

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013 Thèse N° :...../

TITRE

**ETUDE EPIDEMIO CLINIQUE DES DERMATOSES CHEZ
L'ENFANT DE 0-15 ANS AU SERVICE DE
DERTOMATOLOGIE DU CNUAM BAMAKO MALI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le // 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

M. KEITA Mahamane

JURY

PRESIDENTE : Pr. Mariam SYLLA

MEMBRES : Dr. Ousmane FAYE

CO-DIRECTEUR : Dr Adama A DICKO

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Somita KEITA

Bismillahi Rahmaani Rahiim

Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux

Je dédie cette thèse

A ALLAH Soubanah wa t'Allah

Lis, au nom de ton Seigneur qui a créé,

Qui a créé l'homme d'une adhérence,

Lis ! Ton Seigneur est très noble,

Qui a enseigné par la plume « le Calame »,

A enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Sourate 96 « l'Adhérence » verset 1 à 5.

Par ta miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie,

Je te prie Seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi. Fasses que je me souvienne toujours de Toi en toutes circonstances et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « **CHAHADA** ».

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent,

Je ne vous demande, ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais quelle est votre souffrance ?

A mon Père : **Biramou Keita**

Ton calme n'a sans doute pas été une indifférence, mais celui de la sagesse et de la conviction religieuse.

Que ce travail, fruit de tes efforts, soit le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection, que **Dieu** le tout puissant te garde très longtemps auprès de nous pour que nous puissions encore bénéficier de tes conseils si précieux dans la vie.

A ma mère : **Korotoumou Traoré**

Femme sage, humble, prévenante, attentionnée, vigilante : tu es un exemple de vertu et de modestie.

Toi qui dirigeas mes premiers pas, toi, qui à chaque instant de mon évolution, as été présente.

Ce travail te revient intégralement. Que ce travail soit un réconfort et une revanche sur les temps difficiles de ta vie.

Qu'Allah le tout puissant te garde le plus longtemps possible à nos côtés !

A mon oncle : **Boubou Keita**

Nous avons longtemps cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans les souffrances.

Toi qui as contribué de façon louable à la réalisation de cette thèse et à la réussite de mes études.

Ce travail est à votre honneur.

Ma tante : **Fanta Traoré**

Ta sympathie, ta simplicité, et tes soutient m'ont permit de surmonter des difficultés .Je te dis merci infiniment. Que dieu t'accorde longévité et prospérité.

A tous mes frères, sœurs, cousins, cousines dont je me garderai de citer les noms par souci d'en oublier. Je vous invite à plus de courage et de rigueur dans tout ce que vous allez entreprendre dans la vie. Qu'ils trouvent ici L'expression de mon éternelle reconnaissance.

MES REMERCIEMENTS VONT :

A la direction et au corps enseignant de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie pour la qualité des formations données.

- **A la direction et à tout le personnel du CNUAM**, pour la qualité de l'encadrement que vous offrez à tous les étudiants stagiaires, internes et DES.
- **A tout le personnel du service de dermatologie**, votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable, et il fait aussi bon d'être à votre compagnie ; merci pour tout, je vous serai reconnaissant.
- **A tous mes maîtres de stage : Pr Keita Somita, Dr Traoré Pierre, Dr Karim Coulibaly, Dr Ousmane Faye, Dr Dicko Adama**. Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.
- Au docteur **Adama A Dicko**, vous avez été pour moi en plus d'un formateur, un grand soutien dans les situations difficiles. J'ai appris avec vous en plus du domaine médical le respect des valeurs morales. Merci que le seigneur vous rembourse au centuple pour tous ce que vous avez fait pour moi et aussi pardon pour toutes les fois où mon respect a fait défaut.

- **Sanata Koné, Mme Sogoba Jokebed, Mme Coulibaly Martha Samaké, Mme Bocoum Layla**, merci pour votre disponibilité.
- **A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie** : les Majors **Guimba Camara, Siaka Sanogo, Alexis Tiénou**, les infirmiers et infirmières ; sans vous ce travail serait périlleux, je vous suis reconnaissant.
- **A mes amis et compagnons d'études** : **Mariam Diakité, Dr Mariam Koumaré, Dr Boubacar Sidibé, Dr Boubacar Kané, Dr Seydou Sanogo, Djan Diallo, Dr Amadou Dembélé, Feu Dr Mahamadou Korkos, Dr Souleymane Diombana, Dr Yaya Fofana**: je vous remercie pour votre soutien.
- **A mes collègues** : **Dr Fatoumata Diarra Dr Prosper Mounkoro, Dr Ousmane Sylla, Dr Jean Dembélé, Dr Bakary Bagayogo, Dr Chacka Fomba, Dr Adama fassé Kéita, Aboubacrine Traoré, Dr Lassine Keïta, Ibrahim Traoré, Lamissa Cissé**. Nous avons partagé de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments difficiles !

Remerciement sincère à tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réussite de ce travail tant précieux pour moi.

A notre maître et Président du jury, Professeur Mariam SYLLA

Professeur Agrégé de Pédiatrie à la FMOS,

**Responsable de l'Unité de Néonatalogie du service de Pédiatrie
du CHU Gabriel TOURE.**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse, nous avons pu apprécier tout au long de notre formation l'excellente qualité de votre enseignement, votre rigueur scientifique, et votre souci permanent du travail bien fait.

Trouvez ici le témoignage de notre estime et de toute notre reconnaissance.

A notre maître et membre du jury, Docteur Ousmane FAYE
Spécialiste en dermatologie vénéréologie et histopathologie
cutanée.

Ph. D en Santé publique et Science de l'information biomédicale
(Université Pierre et Marie Curie)

Maitre-assistant en Dermatologie à la faculté et
d'odontostomatologie.

Chef de service de l'unité Dermato-Lépro-vénéréologie au CNAM

Cher maître,

Vous avez toujours été à l'écoute de vos élèves. Votre grande
connaissance médicale, votre rigueur dans le travail, votre attention,
sans pareils vis à vis des autres vous valent toute notre admiration.

Recevez, à travers cette thèse, l'expression de notre profonde gratitude
et de notre respect.

A Notre maître et co-directeur de thèse, Docteur Adama DICKO
Spécialiste en dermato-vénérologie.

Maitre-assistant à la FMOS en service au Centre National d'Appui à
la lutte Contre la Maladie (CNAM)

Cher maître,

Nous nous réjouissons de la confiance que vous placez en nous, en acceptant comme étudiant.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Permettez nous cher maître de vous réitérer, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre indéfectible disponibilité.

**A notre maître et directeur de thèse, Professeur Somita KEITA
Professeur titulaire en Dermato-Lépro-Vénérologie.**

Chef du département Dermato-Lépro-Vénérologie à la FMOS.

**Coordinateur de l'enseignement post universitaire de Dermato-
Lepro-vénérologie (DES).**

Chevalier du mérite de la santé

Chef du département clinique au CNAM

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant dans votre service, au-delà de vos qualités de pédagogue reconnu par tous, nous avons découvert en vous un homme plein de générosité, rigoureux dans le travail, dont l'esprit scientifique ne cessera jamais d'émerveiller tant vos collaborateurs que vos étudiants. Cher maître la formation de qualité que vous vous êtes évertué à nous donner nous servira énormément dans notre carrière, veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

C M V : Cytomégalovirus

C.N.U.A.M : Centre national universitaire d'appui à la lutte contre la maladie

E A : Effectif Absolu

I L X : l'Ichthyose Liée au Sexe

Ig E : Immunoglobuline E

Kg : Kilogramme

KMNO₄ : Permanganate de potassium

M P E : Malnutrition Protéine calorique

Mg : Milligramme

N F 1 : Neurofibromatose de type 1

O M S : Organisation Mondiale de la Santé

UV : Ultraviolet

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	2
III. GENERALITES	3-66
IV. METHODOLOGIE	67-69
V. RESULTATS	70-78
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	82-85
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	86-87

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXE

I. Introduction :

Les maladies cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays en développement. [38]

Elles occupent une place de choix dans les consultations dermatologiques en Afrique et englobent en grande majorité les infections bactériennes, parasitaires, mycosiques et virales observé beaucoup plus chez les enfants. [38]

Malgré le caractère banal de la plupart de ces infections cutanées, leur prise en charge précoce et adaptée est nécessaire pour éviter les complications qui peuvent être très graves. [5]

Une étude réalisée à Ouagadougou a rapporté sur 1234 enfants vus en consultation dermatologique, 486 présentaient une infection cutanée soit 39,4%. [5]

A Conakry cette fréquence est estimée 13,2% [27].

Au Mali deux études ont été menées sur les dermatoses de l'enfant, elles ont estimé cette fréquence à 50% chez la tranche d'âge de 0- 4 ans et 42,35% chez la tranche de 0-14 ans [11, 20].

Toutes ces études ont montrés que les enfants constituent une couche vulnérable aux dermatoses.

Le but de notre travail est d'étudier les dermatoses observées chez les enfants de 0-15 ans dans l'unité dermatologique au C.N.U.A.M.

II. Les Objectifs:

1. Objectif général :

Etudier les dermatoses observées chez les enfants de 0-15 ans reçus en consultations dermatologique au centre national universitaire d'appui à la lutte contre la maladie. (Unité dermatologique)

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil épidémiologique des enfants inclus
- Classer les différentes dermatoses par ordre de fréquence
- Décrire les aspects cliniques des cas observés

III. GENERALITES

A - RAPPEL: STRUCTURE ET FONCTIONS DE LA PEAU [7]:

a – STRUCTURE DE LA PEAU

Le revêtement cutané comporte la peau, ses annexes et les muqueuses superficielles. La peau est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur par 3 couches distinctes : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

1- l'épiderme :

L'épiderme est un épithélium malpighien pluristratifié composé de 5 couches cellulaires superposées de la surface à la profondeur :

- La couche cornée : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse et composée des cellules mortes appelées cornéocytes dépourvues de noyaux.
- La couche claire : est formée d'une seule assise de cellules claires très aplaties. Cette couche ne s'observe qu'au niveau des paumes des mains et plantes des pieds.
- La couche granuleuse : comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvres en mitochondries et à noyaux granuleux.
- La couche épineuse ou corps muqueux de malpighie : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales : les keratinocytes malpighiens. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.
- La couche basale : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette couche germinative est le siège d'une forte activité mitotique.

- Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogenèse (les mélanocytes) et les cellules immuno compétentes (cellules de Langherans).

2- Le derme :

Le derme comprend deux zones anatomiques différentes.

- Le derme superficiel ou papillaire contenant le réseau vasculaire superficiel et les terminaisons nerveuses sensibles;
- Le derme profond riche en fibroblastes (synthèse du collagène et l'élastine) baignant dans la matrice extracellulaire ou substance fondamentale.

3- L'hypoderme :

Il est constitué de grandes cellules graisseuses : les adipocytes.

On trouve dans l'hypoderme les récepteurs du tact grossier : récepteurs de Pacini d'où partent les fibres nerveuses.

a- FONCTIONS DE LA PEAU:

1- Protection :

- mécanique : elle est assurée par les fibres élastiques du derme, la couche cornée et le coussin graisseux de l'hypoderme.
- chimique : par l'action du film hydrolipidique assuré par l'ensemble des glandes.
- Contre les microbes : par l'action de la couche cornée, le sebum et les cellules de Langherans.
- Contre les radiations salaires : a travers les mélanocytes qui sécrètent la mélanine, les poils et cheveux et enfin la couche cornée qui s'épaissit sous l'action des UV

2- Thermorégulation :

- ✓ Passive : par la constitution isolante de la peau à travers la couche cornée, le sébum superficiel et la graisse de l'hypoderme ;
- ✓ Active : c'est l'action des filets nerveux sympathiques par vasodilatation augmente la sudation pour baisser la température ou par vasoconstriction pour augmenter la température.

3- Information :

Ce rôle est assuré par les terminaisons sensorielles qui déterminent les sensations tactiles, douloureuses et thermiques.

4- Excrétion :

L'élimination des produits de déchets et des produits toxiques est assurée par l'intermédiaire de la sueur.

5- Métabolisme :

La synthèse de la vitamine D par la peau est faite grâce à l'action des rayons lumineux ultraviolets.

6- Absorption :

La peau permet l'absorption des topiques, grâce à cette propriété l'entretien de la peau est possible ainsi que les traitements locaux et les différents tests cutanés.

STRUCTURE DE LA PEAU

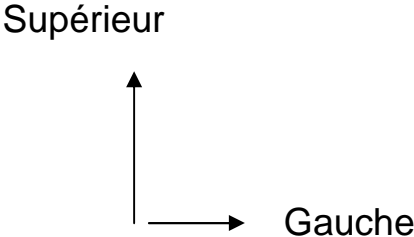
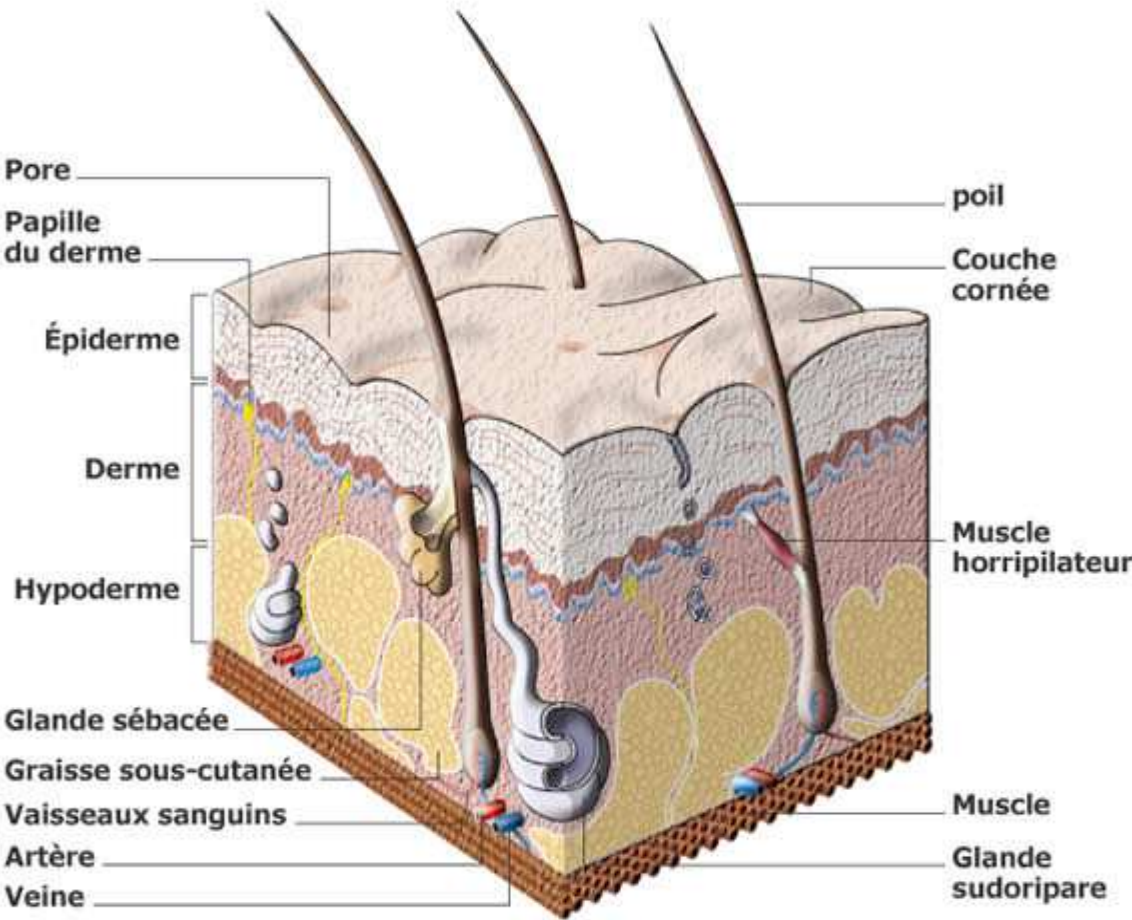


Figure 1 : Structure de la peau vue tridimensionnelle de la peau



Tiré d’anatomie et physiologie humaine,

Elaine N Maried, 4^{ème} édition ; 1999.

B-ETUDE DES DERMATOSES COURANTES CHEZ L'ENFANT AU MALI :

Cette partie portera sur une revue succincte des données de la littérature sur les dermatoses couramment observées chez les enfants dans le service de dermatologie du (C.N.U.A.M) Bamako (Mali)

1- Dermatose d'étiologie bactérienne :

1-1 Pyodermites : ce sont des infections de la peau par des agents pathogènes bactériens qui sont habituellement le staphylocoque aureus et / ou le streptocoque β hémolytique du groupe A. Elles peuvent être primitives ou secondaires à une dermatose [16].

a- Les folliculites et ostiofolliculites primitives :

Des lésions papulo-pustuleuses inflammatoires centrées par un poil en sont l'expression la plus superficielle. Elles s'associent volontiers à d'autres pyodermites staphylococciques : impétigo, périonyxis, perlèche. Elles sont favorisées par les pansements occlusifs et la macération.

b- Le furoncle : c'est une atteinte inflammatoire périfolliculaire profonde qui commence par une induration chaude et douloureuse aboutissant en quelque jour à une suppuration éliminant le follicule nécrotique sous forme d'un gros bourbillon jaune.

c- L'impétigo : Il s'agit d'infections cutanées superficielles d'origine bactérienne, favorisées par une mauvaise hygiène, contagieuse. Elles peuvent être primitives, ou secondaires à une dermatose sous-jacente qui s'est surinfectée, notamment du fait d'un prurit (gale, eczéma, teigne, piquûre d'insecte...) [38].

C.1. Diagnostic :

On affirme le diagnostic sur l'un ou l'autre des critères suivants : présence de croûtes jaunâtres (couleur de miel), de bulles superficielles (ressemblant à une ampoule ou à une brûlure superficielle), de pus, d'une plaie d'allure sale, de signe d'inflammation locale ou régionale (chaleur, rougeur, douleur, tuméfaction, adénopathie). Ces signes peuvent être isolés, ou associés à ceux de la dermatose sous-jacente lorsqu'il s'agit d'un impétigo secondaire.

Le prélèvement bactériologique met en évidence un streptocoque le plus souvent du groupe A et/ou un staphylocoque doré. Ce prélèvement n'est indispensable que si l'on craint une épidémie (collectivités).

. Ecthyma :

Cette infection est surtout d'origine streptococcique et se caractérise par des lésions nécrosantes, creusantes, prurigineuses, couvertes d'une croûte noirâtre avec un pourtour inflammatoire marqué ; elle touche surtout les membres inférieurs chez les sujets à hygiène défectueuse, dénutris.

C.2. Diagnostic différentiel : se fait avec

-La syphilis congénitale : qui réalise un tableau de pemphigus syphilitique avec éruption periorificielle et palmoplantaire. La découverte du tréponème pâle dans les sécrétions et le TPHA/VDRL apportent le diagnostic.

-Le pemphigus auto-immun qui est fait de bulles flasques et la confirmation est rapporté par la biopsie et l'immunofluorescences direct.

-La dermatite à IgA linéaire faite des petites bulles qui sont localisées aux extrémités. L'immunofluorescences direct apporte le diagnostic.

-Epidermolyse bulleuse congénitale : il s'agit des nourrissons présentant des bulles de tailles différentes, flasques de localisation ubiquitaire. L'immunofluorescences direct apporte le diagnostic.

- Le prurigo strophulus de nature ectoparasitaire avec des lésions papulo-vésiculeuses, voire bulleuses très prurigineuses des jambes chez l'enfant.

C.3. Evolution et pronostic :

Le plus souvent, l'évolution est favorable avec la mise en place du traitement. Les lésions régressent en quelques jours sans cicatrice sauf pour l'ecthyma.

Des complications sont toujours possibles :

.Locales : dissémination locorégionale (auto-inoculation) ; abcès ; lymphangite ; cellulite ; ostéo-arthrite.

.Générales : pneumonie ; septicémie ; glomérulonéphrite post-streptococcique ; le syndrome toxinique appelé syndrome de Lyell staphylococcique ou maladie de Ritter-Lyell.

C.4. Traitement :

But :

Obtenir rapidement la guérison

Stérilisé le foyer infectieux

Eviter les complications

Eviter les récurrences

Moyens :

-Antibiothérapie par voie générale (pénicilline M [Bristopen^R], macrolides Erythromycine [Ery^R250], synergistine [Pyostacine^R]) et locale (acide fucidique [fucidine^R], mupirocine [Bactroban^R].

-Antiseptiques :

.Chlorehexidine : Septéal* solution

.Hexamidine : hexomédine*solution

.KMNO₄ comprimé

- Hygiène corporelle et vestimentaire

Conduite du traitement :

Le traitement de l'impétigo est local et général. Il doit toujours débiter après la réalisation des prélèvements bactériologiques au niveau des lésions, au niveau des orifices (recherche de foyers infectieux latents).

. Traitement local : il doit éliminer les croûtes mélicériques très contagieuses et limiter la prolifération des germes ;

Les antiseptiques doivent être actifs et bien tolérés on peut utiliser :

Le permanganate de potassium dilué au 1/10000 ou (1 comprimé dans 10 litres d'eaux ; ½ comprimé dans 5 litres d'eaux)

Les pommades antibiotiques permettent de ramollir et d'enlever les croûtes.

Acide fucidique (fucidine^R) en application locale 2 fois par jour ou

Mupirocine (Bactroban^R) en application locale 2 fois par jour

Le traitement local peut permettre à lui seul la guérison dans les formes très localisées.

Traitement général par l'antibiothérapie :

Pénicilline M (oxacilline [Bristopen^R] : 35 à 50 mg/kg/j chez l'enfant ;

Macrolide Erythromycine (Ery^R250 mg sachet) à la dose de 50 mg/kg/j chez l'enfant ;

Dans tous les cas l'antibiothérapie doit être poursuivie pendant 10 jours.

Mesures adjuvantes :

IEC (Information, Education, Communication) sur le respect des règles d'hygiène classique

Traitement de la fratrie ;

Prélèvement et traitement des gîtes chez l'enfant et toute la famille en cas de récurrence ;

Port de sous-vêtements propres ; ongles coupés courts.

d-L'érysipèle : L'érysipèle est une dermo-épidermite aiguë, infectieuse, œdémateuse due au streptocoque bêta hémolytique du groupe A et/ou streptocoque des groupes B C et G.

d.1.Etiologie :

.La porte d'entrée du germe est le plus souvent locorégionale : parfois évidente (intertrigo fissulaire interorteil, ulcère, piqûre ou plaie minime, orifice naturel infecté : orifice narinaire) ; mais parfois inapparente (piqûre ou plaie méconnue).

.Les facteurs favorisants sont soit : locorégionaux (œdème de stase veino-lymphatique) ; généraux (immunodépression, malnutrition, traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien).

d .2. Diagnostic positif :

. Aspect clinique : le début est brutal avec un syndrome infectieux (fièvre entre 39 et 40°C), altération de l'état général, frisson ; associé a une plaque inflammatoire rouge vif et luisante, chaude et tendue avec présence parfois de pustules ou vésicules : cette plaque donne un aspect en peau d'orange, il est douloureux ; sa limite est souvent nette avec une bordure en relief réalisant un bourrelet périphérique ; une lymphangite ou une adénopathie satellite sont fréquemment associées.

. Localisation : l'érysipèle peut survenir sur n'importe quel point du tégument :

L'érysipèle de la jambe est le plus fréquent. Il se traduit par une grosse jambe rouge, aigue fébriles le bourrelet. Le bourrelet périphérique est très rarement retrouvé. Il peut s'associer a une thrombophlébite profonde ;

L'érysipèle du visage débute de façon unilatérale et peut se localisée aux deux joues. Son incidence est en régression. Le bourrelet périphérique est souvent net et l'œdème est très souvent important ;

D'autres localisations d'érysipèle peuvent être rencontrées (sur les membres supérieurs, sur les fesses, sur le tronc après une intervention chirurgicale...).

.Les signes para cliniques :

La bactériologie met en évidence le streptocoque, écho doppler permet d'éliminer une thrombophlébite.

On recherche également un syndrome inflammatoire, une polynucléose, le dosage des antistreptococcique (ASLO, antistreptodornase B).

d. 3.Diagnostic différentiel :

.Au niveau de la jambe on discutera un eczéma de contact aigu ; une dermo-épidermite caustique ; une lymphangite isolé (cordon sous-cutané douloureux induré) ; une phlébite profonde qui peut cependant être associée à l'érysipèle et qui justifie la pratique d'un écho-doppler veineux.

.Au niveau du visage on discutera un zona ophtalmique (unilatéral et présence de vésicule) ; un eczéma de contact aigu (caractère œdémateux) ou une photosensibilisation ; un œdème de Quincke ; une staphylococcie maligne de la face.

d-4- Evolution et pronostic :

L'érysipèle guérit rapidement en quelques jours avec desquamation périphérique fine lorsqu'un traitement antibiotique précoce et adapté est instauré.

C'est une infection non immunisante qui récidive volontiers, surtout lorsque le terrain favorisant n'est pas corrigé (insuffisance veino-lymphatique).

.Complication précoce :

-la trombo-phlébite profonde

-la cellulite nécrosante (par la prise d'AINS et sur terrain d'immunodépression)

.Complication tardive :

Œdème résiduel ; la glomérulonéphrite.

d. 5.Traitement :

. But

Stérilisé le foyer infectieux

Eviter les complications

. **Moyens:** Les mesures hygiéniques, repos au lit, hospitalisation si possible, surélévation du membre atteint, rééducation et kinésithérapie après guérison.

Pénicilline G (10à 20 millions d'unité par jour pendant 3 à 4 jours) ;

Macrolides : Erythromycine (Ery^R250 sachet dose 30-50mg/kg/j)

Antalgiques et antimycosiques

Dakin solution : lavages, en bains locaux ou en irrigation. Soit en compresses imbibées ou en pansement humide.

Permanganate de potassium est dilué au 1/1000(½ comprimé dans 5 litre d'eaux ou 1comprimé dans 10 litres d'eaux) il se présente en comprimé de 0,50g ou en sachet de 500mg. Les effets secondaires surviennent avec des concentrations élevées.

.Indication :

Erysipèle aigue non compliqué :

Le traitement de la porte d'entrée est nécessaire : traiter l'intertrigo (antimycosique) et plaie traumatique (antiseptique).

Pénicilline retard : 600000UI à 1,2MUI chez l'enfant selon l'âge pendant 3 à 4 jours puis relais avec amoxicilline 50 à 80 mg/kg/jour en deux prises pendant 10 à 15 jours ou

Macrolide : Erythromycine (Ery^R250 sachet dose 30-50mg/kg/j) dans les formes simples

Erysipèle compliqué : (la fasciite nécrosante) la prise en charge est médico-chirurgicale et doit être précoce avec détersion des lésions et une greffe secondaire sous une bonne couverture antibiotique.

2-Dermatoses d'étiologies parasitaires :

2-1- Larva migrans cutanée : [2]

- **Définition** : elle est liée à la pénétration trans-épidermique de larves d'ankylostome infestant diverses espèces animales. (Chien, chat etc....)

- **Symptomatologie** : les lésions débutent par une papule prurigineuse, peu évocatrice à laquelle succède un trajet serpiginieux, inflammatoire très évocateur.

La migration parasitaire va de quelques millimètres à un centimètre par jour et peu durer plusieurs semaines, délais au bout duquel la larve en impasse parasitaire chez l'homme, meurt entraînant la guérison clinique.

La dermite rampante ankylostomienne se développe au niveau d'une zone découverte ayant été en contact avec un sol contaminé. Les lésions siègent habituellement aux mains, pieds, fesses.

- Diagnostic :

Diagnostic positif: il repose sur la clinique, la notion d'un séjour en pays endémique chaud et humide et la notion de contact avec un sol infesté par les déjections des chiens et chats riches en larves d'ankylostome (plages).

La mise en évidence de la larve est très évocatrice.

Le diagnostic différentiel se pose avec la dermatite rampante à anguillule (larva currens) siège le plus souvent dans la région péri anale ou fessière.

- Traitement : Le traitement est basé sur le thiobendazole (mintézol) par voie local associé à un émollient soit albendazole ou d'ivermectine par voie générale (15-20mg/kg/j)

2.2. La gale : (la scabiose)

2.2.1. Définitions : IL s'agit d'une maladie due à un parasite cutané microscopique (le *Sarcoptes scabiei, variété hominis*), contagieuse pour les sujets vivant en contact étroit avec un cas avéré. Endémique dans la plupart des pays tropicaux, en milieu rural aussi bien qu'urbain, elle peut connaître des pics épidémiques impressionnants. [38]

2.2.2. Diagnostic :

Le diagnostic de gale est en général très facile. Il existe en effet le plus souvent une association des symptômes :

-un prurit intéressant plusieurs régions du corps

-ce prurit s'accompagne de lésions cutanées visibles (pyodermites, petites élevures...) qui siègent dans des localisations particulières, caractéristiques de la gale : espace interdigitaux des mains, aisselles, poignets, coudes, genoux, fesses, organes génitaux externes chez le sujet de sexe masculin, mamelons chez la femme ; chez le nourrisson, l'atteinte prédomine au niveau des paumes et des plantes, sous forme de pustules.

- enfin, il existe des symptômes analogues chez une ou plusieurs des personnes vivant dans la même concession que le cas suspect.

En pratique, le diagnostic de gale peut être affirmé en présence de l'un ou l'autre des deux critères suivant :

- Prurit familial,
- Et/ou lésions prurigineuses visibles siégeant au niveau d'au moins deux des sites caractéristiques de la gale.

Formes cliniques :

a. Gale du nourrisson:

Elle est particulière par l'existence :

- vésiculo-pustules et palmaires ;
- nodules scabieux péri-axillaire ;
- atteinte possible du visage.

b. Gales profuses :

Elles se caractérisent par le caractère profus et étendu de l'éruption cutanée, par sa survenue chez des sujets immunodéprimés, en particulier par le [VIH] et un nombre important de parasite. Le prurit est présent, le cuir chevelu peut être touché.

c. Gales hyperkératosiques dites Norvégiennes : Il s'agit de gales caractérisées par l'absence de prurit et une prolifération parasitaire extraordinaire. Le tableau clinique est celui d'une érythrodermie croûteuse avec onyxis.

d. Gale des « gens propres »

Elle est trompeuse car pauci-lésionnelle. Il faut y penser devant tout prurit diffus persistant. Le diagnostic repose sur l'anamnèse et la recherche de lésions spécifiques.

e. Formes compliquées :

On distingue :

- la surinfection avec impétiginisation des lésions ;
- l'eczématisation : secondaire à la gale ou à son traitement ;
- les nodules postscabieux : lésions papulo-nodulaire prurigineuses rouges ou cuivrées pouvant persister plusieurs semaines après un traitement efficace. Leur siège est ubiquitaire. Elles ne contiennent pas de sarcopte et sont d'origine immunoallergique.

2.2.3. Diagnostic différentiel :

- La pédiculose corporelle se caractérise par un prurit généralisé, notamment du dos, des lésions de grattage chez des sujets à

l'hygiène très défectueuse. Les poux responsables sont facilement retrouvés dans les vêtements.

- Les prurits métaboliques (cholestase, insuffisance rénale...), le prurit lié à un éventuel lymphome, les prurits en relation avec la sécheresse cutanée comportent surtout des lésions de grattage mais pas de sillon, ni de topographie particulière.

2.2.4. TRAITEMENT

But

- ❖ Calmer le prurit
- ❖ Eradication du parasite,
- ❖ Désinfecter linges et literies.
- ❖ Prévenir les complications liées au prurit.

Moyens

Moyens locaux

★ Les scabicides

- ❖ L'Ascabiol® (benzoate de benzyle, flacon de 125 ml)
- ❖ le Sprégal® (esdépallétrine, aérosol de 152 g en flacon pressurisé)
- ❖ Elenol® (lindane ; tube de 90 g)
- ❖ Scabécid 1%® (lindane, flacon de 150 ml)
- ❖ Crotamiton (Crème Eurax)

★ **Dermocorticoïdes:** Désonide (Locapred).

★ **Antiseptiques:** KMNO₄ 1 cp/10l d'eau en bain quotidien

★ **Emollients:** Vaseline à l'urée

★ **Kératolytiques:** Vaseline salicylée 10%

Moyens généraux

- Ivermectine 200 µg/kg en prise unique per os.
- Antibiotiques : Erythromycine 25-50 mg/kg/j

Indications : Le traitement est triple et concerne le malade, sa literie et ses vêtements, et son entourage proche.

Traitement local

- Benzoate de benzyle Lotion (Ascabiol) : 1 application unique de 6 à 12h (nourrissons et enfants)
- Crotamiton (Prurex) : 2 applications de 24h (nourrissons et enfants)
- Pyréthrinoïdes (spregal) : 1 application de 12h à 24 h (nourrissons et enfants)
- Lindane : 1 application de 6 h pas avant deux ans

Traitement général : Repose sur l'ivermectine à la posologie de 200 µg/kg en prise unique per os. Les principales indications sont : Les gales hyperkératosiques, les formes de l'immunodéprimé et les épidémies en maison de retraite.

Cas particuliers

Gale impétiginisée : Les surinfections sont traitées par des antiseptiques locaux ou un traitement général antibiotique : Bain permanganaté et érythromycine 25-50 mg/kg/j pendant 7 jours. Il précède l'application du produit scabicide. La recherche d'une protéinurie à la bandelette, après 3 semaines, est recommandée chez l'enfant ;

Gale eczématisée : Dermocorticoïde de classe III ou IV, pendant 4 à 5 jours, 24 heures après le traitement spécifique. En fait, un traitement

émollient intensif à la fin du traitement scabécide permet souvent de se passer des dermocorticoïdes et de réduire le prurit résiduel ;

Gale Norvégiennes :

Le traitement est local par benzoate de benzyle associé à une prise d'ivermectine renouvelée 2 semaines plus tard. La gale hyperkératosique impose l'isolement en hospitalisation.

Traitement de l'entourage: Tous les membres de la famille ou de la collectivité en même temps.

3. Dermatoses d'étiologie mycosiques :

Les mycoses cutanées font parties des infections superficielles semi-profondes ou profondes causées par des champignons microscopiques.

Nous allons traiter les mycoses superficielles.

3.1. Dermatophyties :

Les Dermatophyties sont des affections causées par des champignons filamenteux microscopiques qui ont une affinité pour la kératine. Ces champignons très répandus déterminent chez l'homme un certain nombre de maladies dermatologique appelées dermatophyties.

3.1.1. Agents pathogènes : ces champignons appartiennent aux genres trichophyton, epidermophyton, microsporum.

3.1.2. Epidémiologie : les dermatophytes ont en général une répartition géographique ubiquitaire. Quelques espèces sont présentées dans certaines régions du globe mais leur importation peut être responsable de cas autochtone. [31]

Les dermatophytes sont repartis en trois groupes : anthropophiles, antropozoophile, géophile.

Les espèces anthropophiles : parasite humain exclusif, se transmettent soit directement par contact interhumain soit indirectement (par les linges, les vêtements, les sols, dans les salles de bains, dans les salles de sports, dans les piscines, plages...).

Parmi ces espèces on retrouve : *microsporium audouinü*, *trichophyton rubrum*, *T. interdigitale*, *T.vialaceum*, *T. schvenleini*, *epidermophyton floccosum*. *Trichophyton rubrum* est l'espèce la plus fréquemment rencontrée.

Les espèces antropozoophiles : se transmettent à l'homme par le contact d'un animal contaminé.

Microsporium canis transmis généralement par le chat est l'espèce la plus souvent isolée. *T. mentagrophyte* est transmis par les chevaux et les petits rongeurs (souris de laboratoire notamment), mais il existe également sur le sol. *T. ochraceum* est transmis par les bovidés se rencontrent chez les ruraux et les vétérinaires.

Les espèces géophiles :

Retrouvés dans le sol. Exemple : *microsporium grioiseum*.

3.1.3. Aspects cliniques :

a. Dermatophytie de la peau glabre : Débute par une macule érythémateuse, prurigineuse, squameuse, à bord vésiculopapuleux et à extension centrifuge, parfois en cocarde.

Le diagnostic différentiel se fait avec une dermite nummulaire, une eczématide, le pityriasis rosé de Gibert ou le psoriasis.

b. Dermatophyties des grands plis :

La localisation élective est la face interne de la racine des cuisses ou la lésion débute dans le creux inguinal par une petite plaque érythémateuse d'évolution centrifuge de part et d'autre des plis l'extension aboutit à la formation d'un vaste placard limité par une bordure active, érythémato-vésiculeuse et squameuse. La lésion est souvent prurigineuse. Elle est parfois associée à une mycose interdigitale ou unguéale, à l'origine des rechutes. [31]

c. Teignes du cuir chevelu :

Les teignes du cuir chevelu sont dues à des parasites kératinophile de la tête du genre *microsporum* (*M .canis* ou *M. langeronii* essentiellement) ou *trichophyton* (*T. soudanense*, *T. violaceum*, et *T. tonsurans*). Chez les enfants d'âge scolaire avant la puberté, elles sont la première cause d'infection mycosique [1].

Elles restent d'une part un problème d'actualité car elle sévit à l'état endémique touchant de nombreux enfants. Les facteurs de risques demeurent cependant peu connus et controversés même si l'on décrit des fréquences élevées dans certains milieux notamment les établissements scolaires, les medersas et écoles coraniques, les orphelinats, les garderies et les consultations des centres de protection maternelles et infantiles. [28]

Elles sont contagieuses et transmises soit de l'animal (zoophile), soit d'un malade à un porteur sain (entropozoophile). [27]

Les teignes retrouvées sont majoritairement anthropophile et les deux espèces les plus fréquemment isolées sont *T. soudanense* et *M. langeronii*. Ces deux pathogènes sont également retrouvés avec une grande fréquence en Afrique de l'ouest. [1]

c.1. Teignes tondantes :

Dermatophyties cosmopolite du cuir chevelu et des cheveux chez les enfants. Les lésions guérissent spontanément à la puberté sans alopecie cicatricielle, sauf dans certains cas de teignes tondantes trichophytique qui peuvent persister et être à l'origine des teignes chronique chez l'adulte.

.Teigne tondante microsporique : elle se présente sous forme de placard érythémato-squameux unique ou en petit nombre de trois à six centimètre de diamètre, sur le quel sont cassés à 2 ou 3 mm de leur émergence.

.Teignes tondantes trichophytiques : ces teignes se manifestent par de nombreuses petites plaques érythémato-squameuses du cuir chevelu, de 1 à 2 cm de diamètre. Les plaques peuvent confluer et les cheveux cassés au ras du cuir chevelu.les teignes trichophytiques peuvent s'accompagner d'atteinte de la peau glabre et des ongles.

c.2. Teignes suppurées : (kérion de Celse)

Les lésions débutent par un ou plusieurs placards érythémato squameux, arrondis et prurigineux qui évoluent en un macaron inflammatoire, le plus souvent unique sur le cuir chevelu. On observe une suppuration des orifices folliculaires du kérion avec une chute des cheveux. Elles confèrent en général une immunité durable.

c.3. Favus : (teigne favique)

La teigne favique est une dermatophytie du cuir chevelu, observée à tout âge et caractérisée par le godet favique aboutissant à une alopecie définitive. L'agent responsable est *T. shoenleini* qui se trouve en Afrique du nord, au proche orient et en inde.

La lésion caractéristique est le godet favique petite masse de 0,5 à 1,5cm de diamètre, jaune soufre cupuliforme, périfolliculaire, pouvant confluer aux godets voisins. Les cheveux deviennent mats et se cassent à quelque centimètre de leurs émergences. En absence de traitement, l'affection évolue vers une alopecie cicatricielle laissant un cuir chevelu fragilisé qui apparaît à la longue le lit d'un carcinome cutané.

d. Dermatophytie des ongles : quatre formes sont décrites dans les atteintes dermatophytiques des ongles :

d.1. Onychomycoses sous unguéale distale : cette forme probablement la plus fréquente débute par une invasion fongique dans le tissu sous unguéal qui, en s'épaississant soulève l'extrémité distale de l'ongle.

La couleur de l'ongle peut varier du jaune au brun, avec le temps la lame superficielle est attaquée par le dessous aboutissant à la destruction totale de l'ongle : onychomycodystrophie totale.

d.2. Onychomycoses sous unguéale proximales :

Il s'agit d'une atteinte sous unguéale qui débute au niveau de la lunule et qui progresse distalement avec un blanchissement de l'ongle cette forme rare est assez observée au cours du syndrome de l'immunodéficience humaine. Plusieurs trichophytons anthropophiles sont impliqués. Il s'agit

d'une atteinte sous unguéale qui débute au niveau de la lunule qui progresse distalement avec blanchissement des ongles.

d.3. Leuconychie superficiel : elle se traduit par l'apparition d'une ou de plusieurs tâches blanches dans la lame superficielle de l'ongle. La localisation superficielle de l'infection permet souvent un traitement local par l'élimination mécanique du tissu parasité, associé à un anti fongique appliqué sur l'ongle.

d.4. onychomycodistrophie totale : l'aspect clinique des lésions est généralement évocateur d'une dermatophytie mais il est toujours préférable d'effectuer un examen mycologie qui permet de confirmer le diagnostic et constituer un moyen de surveillance au cours du traitement.

3.1.4. Traitement

- **But :**

-Détruire les dermatophytes *in situ* ;

-éviter l'auto contamination et la transmission à l'entourage par l'élimination des débris cornés et phanériens parasités et l'isolement éventuel du patient.

Le traitement des dermatophyties s'effectue par application des topiques locaux associés ou non à un traitement par voie orale selon la localisation et la sévérité de la mycose.

- **Moyen :**

Traitement généraux :

- la griséofulvine : 10-20mg /kg/ j Chez les enfants à partir de deux ans, pendant 6 à 8 semaines.

- l'itraconazole : 100-200mg /j pendant 2-4 semaines

- le kétoconazole : 4-7mg /kg/j

Traitements locaux :

- Les dérivés de l'imidazole : sont commercialisés sous forme de pommade, crème, lotion.

-L'acide salicylique (vaseline salicylée de 2 à 10/1000)

-pommade de Winfield (acide benzoïque 4g, acide salicylique 2g, lanovaseline 25g).

- dérivés de l'acide benzoïque, ammonium quaternaires quelque soit le produit utilisé, il doit être appliqué sur les lésions deux fois par jour pendant au moins deux semaines.

- **Indications Thérapeutiques :**

Un traitement local de 2 à 4 semaines suffit dans la plupart des infections de la peau glabre. Les formes extensives nécessitent l'addition d'un traitement per os prescrit jusqu'à la guérison. Il faut décontaminer les vêtements (chaussettes, chaussures fermées, chapeaux) par l'usage des aérosols de dérivés imidazole.

Onychomycoses : la prise en charge est souvent longue et difficile .Le traitement per os est de règle sauf dans la leuconychie superficielle à T. interdigitale, dans la leuconychie le raclage direct de la partie infectée permet l'élimination mécanique du tissu atteint et on complète le traitement par l'application de topique locaux. L'application de vernis ciclopiroxolamine (mycooster).

Par voie générale, l'itraconazole et la terbinafine sont les plus prometteurs. Le traitement *per os* peut durer trois à six mois en cures courte espacé de fenêtre thérapeutique. L'avulsion chirurgicale ou chimique de la partie infestée de l'ongle permet d'améliorer le résultat et de réduire la durée du traitement.

Teigne simple : le traitement associe un antiseptique et un antifongique par voie locale et par voie générale.

-Traitement local :

Antiseptique : (Bétadine solution dermique)

Antifongique local : dérivés imidazolés :

isoconazole=Fazol^R crème

miconazole=Daktarin^R lotion, gel

-traitement par voie général :

Griséofulvine (comprimé 250 et 500 mg) 10 à 20 mg /kg/j pendant 6 à 8 semaines.

Teigne surinfectée :

Le traitement associe une antibiothérapie par voie locale et générale et un traitement antifongique.

Traitement local :

-Antiseptique : (Bétadine solution dermique) en application deux fois par jour

-tétracycline pommade : en application pour faire tomber les croûtes.

Traitement général :

Griséofulvine (comprimé 250 et 500 mg) 10 à 20 mg /kg/j pendant 6 à 8 semaines

Teigne favique :

Le traitement doit toujours associer un traitement par voie local et général

-traitement local : rasage du cuir chevelu au niveau des plaques et en périphérie.

En cas de plaque alopécique hyperkératosique, décapage par vaseline salicylée 1 à 5 p. cent chez l'enfant.

Le traitement antifongique local ,1 à 2 fois par jour

Antiseptique (Bétadine solution dermique^R)

Dérivés imidazolés :

isoconazole=Fazol^R crème

miconazole=Daktarin^Rlotion,gel

econazole=Pevaryl^Rlotion,spray ou crème)

-traitement général est Systématique et doit être poursuivie 6 à 8 semaines

Griséofulvine (comprimé 250 et 500 mg) 10 à 20 mg /kg/j

3.2. Les levures :

3.2.1. Pityriasis versicolor (P.V) :

Le pityriasis versicolor est une mycose cutanée superficielle due à *malassezia furfur*, levure lipophile pouvant être saprophyte de la peau saine. [19]

. Symptomatologie :

Marquer par un prurit, Elle se manifeste par des macules périfolliculaire finement squameuses, s'étendant en périphérie et pouvant confluer entre elles pour former des plaques étendues. Leur couleur varie du jaune brun sur peau claire et achromique sur peau bronzée ou noire.

Les lésions prédominent sur le tronc et la racine des membres supérieurs [19].

. Diagnostic :

Il est facile à reconnaître souvent très extensif. Cliniquement le Pityriasis versicolor est constitué de macules de coloration chamois ou rosée de taille variable sur peau noire. Les macules chamois sont bruns foncées ou grises très squameuses voire kératosique. Cette hyperkératose

donne souvent un <<signe de copeau>> c'est-à-dire décollement d'une petite squame cornée au grattage à l'ongle ou à la curette.

Le prélèvement est effectué en raclant les macules afin d'obtenir des squames infectées. Au microscope, les squames sont parasitées par des courts filaments mycéliens et des petits amas de levures ovalaires.

En culture sur milieu de Dixon ou de sabouraud recouvert d'huile, les colonies de malassezia se développent en 4 à 5 jours à 28°C. La lumière de Wood montre une fluorescence vert jaunâtre.

. **Diagnostic différentiel** : pityriasis versicolor se discute cliniquement avec le : vitiligo, Pityriasis alba, l'érythrasma, pityriasis rosé de Gibert, la dermatite séborrhéique.

.Traitement :

Dérivée de l'imidazole (les antifongiques)

Fluconazole sirop : 1 cuillerée mesure pour 10 kg poids

Ketoconazole 3-4 mg/kg/j au moment des repas

Les antifongiques en application sur les lésions deux à trois fois par jour pendant trois semaines.

Il faut aussi désinfecter les linges

L'évolution est généralement chronique.

3.2.2. Candidoses:

Les candidoses sont des mycoses cosmopolites, sur les très nombreuses espèces du genre *Candida* (environ 150) une dizaine peut se développer à 37°C et devenir pathogène pour l'homme.

Des circonstances particulières sont nécessaires pour que le *Candida albicans* devienne pathogène : diminution des défenses immunitaires, modification hormonales spontanées ou iatrogènes, altération préalable de la peau ou des muqueuses pouvant être liées à des facteurs exogènes comme la chaleur, la macération ou à des maladies de système (diabète, obésité, hémopathie maligne, grossesse, infection à VIH) les infections à levure peuvent être liées à la pullulation d'un endosaprophyte (*C. albicans*) ou à une contamination exogène directe ou indirecte de toutes les autres espèces pathogènes.

- **Aspect clinique :**

Perlèche : la perlèche est une inflammation aiguë ou chronique des commissures labiales et le principal agent pathogène est le *Candida albicans*.

La perlèche candidosique doit être différenciée de la perlèche streptococcique, de l'herpès labial, de la syphilis commissurale et de la syphilis secondaire.

L'évolution est chronique en absence de traitement adapté.

Chéilite candidosique :

La chéilite candidosique est un état inflammatoire chronique ou subaigu des vermillons des lèvres et *Candida albicans* est le plus fréquent. Elle

accompagne volontiers une perlèche et ou une stomatite candidosique. Elle se traduit par un érythème, un œdème, une desquamation des lèvres qui peuvent se fissurer en certaines lésions évolutives pouvant évoquer un état pseudo-épithéliomateux.

Gingivo- stomatite candidosique :

Elle atteint tout ou partie de la cavité buccale (joues, langue, palais, gencives, etc....). Elle débute par un érythème diffus de la muqueuse, qui devient sèche, lisse, brillante et douloureuse ; la langue peut se dépapiller. Quelques jours plus tard apparaissent de petits dépôts blanchâtres d'aspect grumeleux ou crémeux ; ils sont adhérent à leur base érythémateuse, qui s'érode et saigne si on les arrache. Les patients accusent une sécheresse de la bouche, s'accompagnant d'un goût métallique, de soif et d'une sensation de brûlure. Gênant parfois la succion chez l'enfant, la mastication et la déglutition. Elle peut devenir chronique et, parfois, être à l'origine d'une dissémination. L'examen mycologique permet de faire le diagnostic différentiel avec les autres affections inflammatoires de la muqueuse buccale ainsi qu'avec les leucoplasies et le lichen plan.

Intertrigo candidosique:

L'intertrigo est une inflammation des plis cutanés *candida albicans* est le plus souvent responsable de ces lésions.

La lésion prurigineuse débute au fond du pli par une vésiculo pustule et s'étend symétriquement de part et d'autre sur les surfaces cutanées.

Le fond du pli est fissuré, souvent macéré.

Les berges sont recouvertes d'un érythème en nappe, lisse, rouge foncé, vernissé.

La présence de lésions vésiculopustules satellites est inconstante mais très évocatrice.

L'intertrigo candidosique devra être différencié de l'intertrigo microbien ou dermatophytique, de l'eczéma, du psoriasis, de l'érythrasma.

Onyxis et perionyxis candidosiques :

L'onyxis est une infection de la lame unguéale. Le perionyxis est une tuméfaction inflammatoire du repli sus unguéale. Le *Candida albicans* est responsable environ de 70% des cas. Favorisés par l'humidité, la contamination se fait le plus souvent à partir d'un réservoir chez l'individu lui-même. Aux mains, le début se fait le plus souvent par une paronychie : les replis sus et péri-unguéaux se tuméfient, la peau devient rouge, brillante, tendue, puis desquame. La pression sur le bourrelet inflammatoire peut faire sourdre une gouttelette de pus contenant des levures. La douleur continue ou intermittente, est exacerbée par toute pression mécanique souvent par le contact de l'eau. L'onyxis secondaire à une paronychie débute par la partie proximale de l'ongle, plus rarement par ses bords latéraux. Il se traduit par de petites taches jaunes ou verdâtres, des sillons transversaux, occasionnellement par de petites dépressions ; la lame va progressivement s'opacifier, devenir molle et friable, se détacher de son lit et parfois tomber.

Aux pieds l'onyxis est primaire ; il commence sur le bord libre ou les bords latéraux de la lame, qui devient friable, blanchâtre ; verdâtre ou même franchement noire ; l'ongle s'épaissit avant de s'amincir par destruction de sa tablette, entraînant une onycholyse.

Ces lésions doivent être distinguées des perionyxis microbiens, du psoriasis unguéal et de l'onyxis dermatophytique.

- **. Diagnostic :**

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des levures à l'examen direct et l'identification de l'espèce par la culture.

- **. Traitement :**

Les traitements antifongiques couramment utilisés sont :

- Les antifongiques locaux : nystatine, fongizone, miconazole en gel buccal plus les antifongiques par voie générale (ketoconazole, fluconazole, itraconazole) sont utilisés devant les formes chroniques et sévères.

4. Dermatoses d'étiologie virale :

4.1. Molluscum contagiosum : [17 – 21]

Tumeur virale bénigne fréquente chez l'enfant, le molluscum contagiosum est dû à un gros virus du groupe des poxvirus, qui infecte les cellules épidermiques.

- a. Epidémiologie :** Les études épidémiologiques du M.C sont rares. Les enfants de 1 à 5 ans ont l'incidence la plus élevée soit plus du double que pour les enfants de 6 à 15 ans et l'incidence de la petite enfance (1an) était plus élevée.

Diagnostique : IL est généralement clinique sans test de laboratoire.

b. Aspect clinique :

Il s'agit de papules perlées, hémisphériques de 1 à 5mm de diamètre, parfois davantage, sont disposées en semis, particulièrement au visage, aux régions axillaires et génitales. Leur ombilication centrale, qui à la pression laisse échapper une matière blanchâtre correspondant aux cellules épidermiques altérées est très caractéristique. [21]

c. Aspect para clinique :

L'histologie très spécifique, permet alors d'affirmer le diagnostic dans un épiderme acanthosique invaginé en lobules piriformes, les cellules infectées, disposées comme les fruits dans un vase qui contient un très volumineux corps d'inclusion intracytoplasmique, hyalin, éosinophile puis basophile, le corpuscule du molluscum contagiosum, résultant de l'agrégation des particules virales. [21]

d. Traitement : [17 – 25]

Le but du traitement est la destruction de la lésion

Les différents traitements sont soit : le curetage, la cryochirurgie, l'acide trichloracétique cantharidine, etc.) Toutes ces modalités de traitements s'accompagnent de douleur, et de fréquentes récurrences. [25]

. L'électro coagulation nécessite une anesthésie locale et laisse une cicatrice.

. La cryothérapie à l'azote liquide ne nécessite habituellement pas d'anesthésie bien que douloureuse (moins que pour une verrue, le temps d'application étant plus court). C'est une méthode rapide, pratique mais pas toujours efficace en une application.

.Compte tenu de l'évolution spontanément résolutive du molluscum contagiosum, il est possible de ne pas traiter dans certains cas. [17]

En cas de surinfection du molluscum contagiosum on utilise les antiseptiques.

4.2. Varicelle : [9]

a. Définition :

La varicelle est une maladie infectieuse éruptive ubiquitaire due à un virus de la famille herpes viridae, le virus varicelle zona (V.V.Z). Egalement responsable du zona. La maladie touche essentiellement l'enfant.

b. Epidémiologie

L'homme est le seul réservoir du virus, la contamination se fait essentiellement par les voies aériennes supérieures. Il s'ensuit une brève virémie expliquant le passage du virus à travers le placenta et la possibilité de la contamination du fœtus. La varicelle est endémique et évolue par poussées épidémiques surtout en hiver et au printemps.

La grande contagiosité de la varicelle explique qu'elle atteint surtout l'enfant entre 2 et 10 ans, exceptionnellement, la varicelle peut atteindre l'enfant avant 6 mois car il est habituellement protégé par les anticorps maternels.

La contagiosité débute 48 heures avant l'éruption et se prolonge jusqu'au 6^{ème} jour de l'éruption. Les sujets non immunisés peuvent contracter l'affection en présence d'un zona.

c. Aspects cliniques :

- Incubation : 14 jours avec des extrêmes de 10 à 20 jours.

- la phase d'invasion est souvent inapparente, elle est très courte (24h) marquée par une fébricule à 38°C, un malaise générale et parfois une éruption scarlatiniforme.
- La phase d'état : L'éruption est faite de macules roses, arrondies bien limitées, chacune se recouvre très rapidement en quelques heures d'une vésicule à liquide clair posée comme une goutte de rosée. Après 24 à 48 h, le contenu vésiculaire se trouble, dévient jaunâtre, la vésicule se replie en son centre, c'est le stade de dessiccation. Du 2^{ème} au 4^{ème} jour, se forme une croûte brunâtre qui tombera vers le 8^{ème} jour laissant une cicatrice rose, puis blanche qui disparaît en quelques mois.

L'ensemble du revêtement cutané peut être touché, débute par le cuir chevelu et visage puis descend sur le tronc. Les muqueuses sont aussi intéressées par l'éruption, surtout la cavité buccale mais aussi les muqueuses génitales et oculaires.

Le prurit est souvent intense, occasionnant des lésions de grattage avec des cicatrices indélébiles.

Le syndrome général est réduit à un discret décalage thermique avec des micropolyadénopathies.

La numération formule sanguine(N.F.S) montre une leucopénie avec lymphomonocytose. La guérison survient au bout de 8 à 10 jours.

d. Complications :

Les principales complications observées dans les cas de varicelle compliquée ont été les complications digestives, neurologiques, broncho-pulmonaires, et des infections cutanées.

-Complications digestives (gingivostomatite, diarrhée, anorexie, vomissement, déshydratation)

-Complications neurologiques :

.Les convulsions liées à l'hyperthermie chez le petit enfant ;

. Les complications spécifiques (ataxie cérébelleuse régressive sans séquelles, rarement encéphalite de pronostic défavorable, méningite lymphocytaire, myélite, polyradiculonévrite) ;

. Syndrome de Reye, associant une encéphalopathie, mortelle dans 80 p.100 des cas, et une stéatose hépatique et même polyviscérale, peut survenir de façon exceptionnelle au cours de la varicelle de l'enfant : il est lié à la prise d'aspirine, formellement contre-indiquée.

.Les complications broncho-pulmonaires : pneumonie bactérienne, staphylococcie pleuro-pulmonaire, pneumonie virale, hémoptysie.

.Complications infectieux cutanées : elles ont principalement été des surinfections cutanées (impétigo, impétiginisation, cellulite nécrosante)

e. **Diagnostic:** il est le plus souvent clinique

f. **Traitement :**

-Dans les formes habituelles, il se résume à des antiseptiques locaux, à des poudrages au talc et des antihistaminiques *per os* pour calmer le prurit et des antipyrétiques pour faire baissé la fièvre.

4.3. Le Zona : [4]

a. Définition : il s'agit d'une ganglio-radiculite postérieure aigue, le plus souvent due à la réactivation du virus varicelle-zona resté latent dans les neurones des ganglions nerveux sensitifs crâniens et rachidiens, qui est secondaire à une nouvelle exposition exogène au virus.

b. Aspect clinique :

Le zona intercostal : il débute pendant 3 à 4 jours par une douleur thoracique radiculaires unilatérale à type de brûlure avec syndrome infectieux discret et adénopathies axillaires sensibles. Puis survient l'éruption unilatérale, en bande, s'arrêtant à la ligne médiane. Des placards érythémateux se couvrent en quelques heures de vésicules à liquides clair, groupées en bouquet, confluant parfois en bulles polycycliques. Quelques éléments aberrants peuvent survenir du côté opposé. Après 2 à 3 jours, les vésicules se troublent, se flétrissent puis se dessèchent en croûtelles qui tombent une dizaine de jours plus tard.

.Evolution du zona est habituellement bénigne chez l'enfant.

c. Diagnostic : est clinique mais le virus peut être mis en évidence à l'examen direct ou par culture dans le liquide de vésicule, en immunofluorescence, par immunohistochimique ou par *polymerase Chain reaction* (P C R) détectant l'ADN virale.

Les diagnostics différentiels se fait par l'herpès simplex quand il est étendu et à une topographie zoniforme.

La nécrose du scalp de l'artérite de Horton peut être confondue avec un zona céphalique.

d. Complications : Les complications neurologiques sont les plus fréquents (méningite lymphocytaire, polyradiculonévrite, myélite, encéphalites exceptionnelles.

e.Traitement :

Le traitement local comporte essentiellement des antiseptiques. Une antibiothérapie per os est prescrite s'il ya une surinfection bactérienne, le

plus souvent staphylococcique. En cas de douleur, les antalgiques habituels (dérivés salicylés, glafénine, paracétamol) sont généralement suffisant. Sinon, il faut recourir à des analgésiques plus puissants.

4.4. Pityriasis Rosé de Gibert (PRG) : [3]

C'est une dermatose bénigne caractérisé par des lésions maculo-papuleuses en médaillons de 2 à 10 cm de diamètre.

L'étiologie virale longtemps suspecté devant les prodromes, les caractères saisonniers, les épidémies au sein de petites communautés et l'identification de particule virale dans les biopsies a pu être rattachés récemment au virus de type herpès HV7. [3]

Aspect clinique :

La plaque initiale ou médaillon principal est quelque fois la seule manifestation clinique du PRG, lésion maculo-papuleuse, ovulaire, bien limitée au tronc le plus souvent, le cou (en respectant le visage), la partie proximale des membres.

Diagnostic : il est purement clinique

Il est identique dans le médaillon principal et l'éruption secondaire.

Complications : L'eczématisation ou l'impétiginisation des lésions sont les principales complications de (PRG) due au prurit.

L'évolution se fait sur 3-6 semaines, l'éruption disparaît sans laisser des traces si ce n'est qu'une hypo ou hyperpigmentation. [13]

Traitement : Aucun traitement n'est nécessaire. [3]

- Eviction des habits synthétiques, des éponges rugueuses et des produits parfumés.
- Application des kératolytiques et emollients
- Les dermocorticoïdes sont indiqués si les lésions sont inflammatoires et cuisantes.
- La guérison est obtenue au bout de 2 à 4 semaines

5. Dermatoses des états d'hypersensibilités :

5.1 Prurigo : c'est une dermatose saisonnière causé par les piqûres d'insectes, prurigineux, caractérisé par des papules excoriées qui siègent cependant de préférence sur les parties découvertes : sur la face d'extension des membres, le haut du tronc et les fesses.

- Prurigo strophulus

Le prurigo strophulus est fait d'une éruption essentiellement disséminée et parfois profuse de papules ortiées très prurigineuses, entourées d'un halo rouge et à base inflammatoire parfois très œdémateuse. Cette zone périphérique s'estompe, après quelques heures et ne laisse persister qu'une papule formée, surmonté d'une minuscule vésicule acuminée, qui se dessèche en 5-8 jours, laissant une tache brune ne s'effaçant qu'à la longue.

Dans certains cas la lésion est tellement inflammatoire qu'elle est vésiculeuse ou même bulleuse, aboutit à des excoriations à des croûtes hémorragiques et à une impétiginisation qui pérennise l'affection. De nouvelles poussées surviennent, souvent rythmées par des séjours à la campagne.

- Diagnostic différentiel :

La clinique, l'histologie et l'immunofluorescence permettent d'éliminer un la gale ; urticaire ; lichen plan ; une dermatite herpétiforme ; une dermatose acantholytique transitoire ; une vascularite ; un para psoriasis en gouttes varioliforme.

-Traitement :

Le traitement consiste à une désinfection des lésions pour éviter l'impétiginisation :

- . Les antihistaminiques per - os
- . Crotamiton (Eurax crème ou prurex crème) en application locale

La prévention consiste à la protection contre les piqûres d'insectes par des habits longs (membres) et moustiquaire au coucher.

5.2 Les eczémas :

-Dermatite Atopique ou « Eczéma constitutionnel »

Dermatite atopique est une affection cutanée inflammatoire prurigineuse chronique récidivante, fréquent chez l'enfant, qui est sous la dépendance de facteurs héréditaires mais dont l'augmentation de prévalence s'explique préférentiellement par l'influence de facteurs environnementaux. [6]

L'atopie est une tendance personnelle et ou familiale à produire des anticorps : immunoglobuline E (IgE) lors de l'exposition à des allergènes protéiques (des acariens, des poils ou de la salive d'animaux, des pollens, des aliments...). [6]

L'atopie est une prédisposition héréditaire du système immunitaire à privilégier des réactions d'hypersensibilité médiées. Par les immunoglobines E (IgE) vis-à-vis d'antigène commun dans l'alimentation, l'environnement extérieur ou domestique. [18]

. Clinique :

Les éléments de descriptions les plus utiles pour établir un score lésionnel d'intensité chez les nourrissons sont : l'érythème, l'œdème (papules œdémateuses), les excoriations et le suintement associé aux croûtes.

La symptomatologie clinique comporte :

Le prurit : est souvent marqué et accompagne les lésions d'eczéma

L'érythème : le début de l'éruption se caractérise par un érythème finement granité, disposé en placards mal limités.

Les microvésicules : sur l'érythème apparaissent les microvésicules caractéristiques.

.La topographie : la notion de terrain d'atopie familial, l'âge des malades. Le mode évolutif des lésions fait évoquer la nature atopique de l'eczéma.

Atteinte symétrique des convexités des membres, du visage avec un respect assez net de la région médio faciale, en particulier la pointe du nez. Sur le tronc, les lésions s'arrêtent généralement à la zone protégée par les couches. [6]

-Eczéma constitutionnel du nourrisson :

Le front et les joues sont atteints alors que la partie medio faciale du visage est le plus souvent respectée. L'atteinte des plis est parfois

présente dès cet âge. Sur le cuir chevelu certains enfants ont une atteinte initialement « séborrhéique », comportant des squames jaunâtre, grasse ». [6]

Chez les nourrissons la sécheresse cutanée (xérose) est un élément plus constant et pose fréquemment les problèmes de diagnostic différentiel avec une ichtyose vulgaire qui peut être associée ou non.

L'aspect des lésions est variable selon la gravité de la D.A et le moment de l'examen (poussée ou rémission). Les lésions aiguës sont mal limitées, suintantes puis crouteuses et souvent impétiginisées. Dans les formes mineures, les lésions sont peu inflammatoires et palpables sous forme de rugosité cutanée des convexités.

.Diagnostic : Clinique et anamnestique. Aucun autre examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif.

.Diagnostic différentiel :

Il faut éliminer une gale, une dermatite séborrhéique et un psoriasis. Un examen attentif est indispensable pour ne pas porter par excès le diagnostic de DA devant toute dermatose «eczématiforme».la notion de chronicité et d'évolution à rechute est importante pour le diagnostic. En cas de doute, une biopsie est effectuée. En cas de point d'appel supplémentaire : infections cutanées et/ou profondes répétées, anomalie de la croissance, purpura, fièvre inexpliquée, des examens complémentaires immunologiques seront nécessaires à la recherche d'un syndrome génétique impliquant un déficit immunitaire.

-Dermatite atopique de l'enfant : Les lésions cutanées sont plus volontiers localisées aux plis (cou, coudes, genoux) ou comportent des

« zones bastion » (mains et poignets, cheville, mamelons, fissures sous auriculaire. Elle constitue le plus souvent la suite évolutive d'eczéma du nourrisson dont l'aspect se modifie. Les lésions sont plus souvent fixes, squamo-croûteuses ou lichénifiées. [6]

.Diagnostic différentiel : Le diagnostic différentiel est plus facile ; il faut éliminer un Psoriasis et une dermite de contact. Les tests allergologiques peuvent être utiles.

Traitement :

Traitement de la poussée aiguë : il s'agit de lutter contre la surinfection, le prurit et l'inflammation cutanée.

-Dermocorticoïde classe II

-Le permanganate de potassium dilué au 1/10000 ou (1 comprimé dans 10 litres d'eaux ; 1/2 comprimé dans 5 litres d'eaux)

-En cas de croûtes : Crème antibiotique

-En cas de suintement très importantes, des attouchements avec des antiseptiques (dakin solution).

-Les antihistaminiques.

Si les lésions sont infectées, une cure d'antibiotique (macrolide) per-os sera effectué.

. Traitement d'entretien :

But :

Eviter la surinfection ;

Lutter contre la sécheresse cutanée.

Les conseils font partie intégrante du traitement, il faut mettre en garde les malades contre tout ce qui peut irriter la peau : bains moussants, savon liquide, topiques divers, usage d'éponges rugueuses par le lavage.

- **Eczéma de contact :**

Est une dermatose prurigineuse dont la lésion élémentaire est une vésicule toujours secondaire à l'application répétée sur le tégument de produits ou d'objets allergisants qui peuvent être d'origine industrielle.

. **Etude clinique :**

. **Eczéma aigu :** les lésions débutent au point de contact de l'allergène dessinant tout le contour de cet allergène et peuvent au cours de l'évolution débordée cette topographie initiale. Il se manifeste par une macule érythémateuse qui va se recouvrir de multiples vésicules et le symptôme fonctionnel est le prurit intense. L'évolution peut être plus sévère entraînant de l'œdème et les vésicules peuvent rentrer en coalition pour donner des bulles ou phlyctènes au bout de 3 à 4 jours le prurit fait rompre toutes les vésicules et bulles et il apparaît un suintement de liquide clair.

. **Eczéma subaigu :** les signes inflammatoires diminuent d'intensité, l'œdème disparaît, le suintement se dessèche et les lésions se recouvrent de croûtes, le prurit diminue. Si l'allergène est supprimé à ce stade l'eczéma guéri et la peau retrouve son intégrité sans cicatrice.

.Eczéma chronique : (lichénification)

Si elle n'est pas évitée le prurit va persister, le grattage entraîne un épaissement de la peau qui devient quadrillée et pigmentée.

. Diagnostic positif :

Il est d'abord clinique puis peut être confirmé par l'histologie :

La biopsie cutanée montre une hyperplasie épidermique avec hyperkératose orthokératosique, épaissement du corps muqueux de malpighie imbibé dans la sérosité donnant aspect d'éponge mouillée, le derme superficiel contient un infiltrat lymphocytaire et une dilatation des capillaires sanguins.

. Diagnostic étiologique :

Chez l'enfant plus grand et surtout à partir de 10 ans, la positivité des tests se rapproche de celle de l'adulte. Les substances qui donnent le plus de réponses positives sont : le baume du Pérou, les allergènes végétaux, le mercure, le nickel, les phénothiazines, la lanoline, les constituants du caoutchouc. Ceci est probablement en rapport avec une sensibilisation progressive par des topiques médicamenteux des produits de toilettes, des pièces vestimentaires.

.Traitement et Prévention :

Traitement symptomatique : il repose sur l'application de dermocorticoïdes de niveau d'activité forte à très forte pendant 1 à 2 semaines.

En cas d'impétiginisation, une antibiothérapie générale est nécessaire, sans retarder le traitement par corticoïdes topiques.

Eviction de l'allergène est indispensable à la guérison car il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.

L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et explique la chronicité de certains eczémas de contact.

Il est important d'informer le patient sensibilisé et de lui remettre une liste de produits à éviter.

Lorsque l'éviction de l'allergène est impossible, une protection vestimentaire peut être nécessaire pour éviter le contact (gant, manche longue, chaussures...).

La prévention doit commencer très tôt chez le nourrisson surtout atopique en évitant les produits des parapharmacies potentiellement allergisant utilisés pour la toilette, les bijoux, les parures.

5.3. Urticaire :

5.3.1 Définition :

L'urticaire est une dermatose extrêmement fréquente, s'observant à tout âge. Elle se définit comme une éruption papulo-oedemato prurigineuse fugace dont le diagnostic est facilement posé par l'examen clinique et par l'interrogatoire [4].

5.3.2. Classification :

a. Selon l'évolution on distingue :

- les urticaires aiguës fugaces (moins de 6 semaines)
- les urticaires chroniques (allant de 6 semaines à 3 mois).

b. Selon la topographie on distingue :

- l'urticaire banale qui touche le derme superficiel
- l'œdème de Quincke qui touche le tissu superficiel

c. selon les médiateurs responsables on distingue :

- les urticaires histaminiques et cholinergiques.

5.3.3. Signes cliniques :

a. Type de description :

L'urticaire Commune (superficielle) est de diagnostic facile. Ce sont des papules œdémateuses ortiées, érythémateuses, de tailles variables fugaces, disparaissant en quelques heures, très prurigineuses et réparties sans ordre sur tout le tégument.

b. Les formes cliniques :

L'urticaire profonde (œdème de Quincke) réalise une tuméfaction sous cutanée aiguë de couleur de la peau normale, non prurigineuse avec une sensation de tension cuisante ou même douloureuse siégeant au visage (lèvre, paupière) et aux organes génitaux et pouvant atteindre les muqueuses (œdème de glotte).

L'urticaire aigue est un accident brutal. De début spectaculaire et de disparition rapide, composé d'une ou plusieurs poussés qui durent de plusieurs minutes à quelques heures. La crise d'urticaire dure 4 à 7 jours, sa gravité tient à l'association possible :

- à un choc anaphylactique,
- à la localisation laryngée d'un angio-œdème.

L'urticaire chronique est définie arbitrairement, le délai fixé pour parler de chronicité varie selon les auteurs, il se situe entre six semaines à trois mois, période pendant laquelle surviennent des poussées quasi quotidiennes.

5.3.4. Etiologie de l'urticaire :

Urticaire induites par voie générale :

Urticaire médicamenteuses : pénicilline, sulfamides, barbituriques, aspirine, polymixine...

Urticaire alimentaire :

- Aliments riches en histamine (crustacés, fromages...)
- Aliments histamino libérateurs (fraises, chocolat, œuf, gruyère)
- Les allergies vraies : protéines de lait de vache, œuf, poissons, colorants, conservateurs, pénicillines, fongicides, levures...

Causes infectieuses : phase pré-ictérique de l'hépatite B, foyer infectieux (caries, sinusites), parasitose (parasites intestinaux, ascaris, ankylostome, oxyures).

Pneumallergènes : plus rares.

Urticaire induite par voie locale :

Urticaire de contact :

- Végétaux : orties, plantes marines (méduses)...
- Animaux : piqûres d'insectes, chenilles...
- Produits chimiques : certains produits cosmétiques
- Médicaments : usage externe (rare).

Urticaires physiques :

- Urticaires mécaniques

Dermographisme : stries urticariennes consécutives au frottement de la peau par une pointe mousse,

Urticaire retardée à la pression survient après une pression appuyée (ceinture)

- Urticaire thermique :

Urticaire cholinergique : Lié à l'augmentation de la température corporelle (efforts physiques, émotions, mets/boisson chauds ou épicés)

Urticaire au froid : déclenché par le contact avec les liquides froids.

5.3.5. Traitement :

❖ Traitement étiologique :

Consiste dans la suppression du ou des agents responsables s'ils ont été mis en évidence.

❖ Traitement symptomatique :

La principale cible est la diminution ou l'inhibition de l'activité de l'histamine.

Les antihistaminiques H₁ sont nombreux : Hydroxysine (Atarax[®]) se présente sous forme de comprimés dosés à 25 mg et de sirop dosé à 400mg (1C à café = 10 mg, 1C à soupe = 40 mg)

Posologie : Chez l'enfant 1 mg/kg/j

Dexchlorpheniramine (Polaramine[®]) se présente sous forme de comprimés de 6 mg et 2 mg et de sirop dosé à 125 mg (1 c à café = 0,5 mg)

Posologie chez l'enfant de 1 à 6 ans une cuillère mesure par jour de 6 à 12 ans un comprimé de 2 mg par jour.

Loratadine (Clarytine[®]) se présente sous forme de comprimés dosés à 10 mg et de sirop dose à 60 mg et à 120 mg.

Posologie chez l'enfant de 2 à 12 ans Une cuillère mesure par jour ;

❖ Traitements locaux :

Sont peut actifs sur la crise d'urticaire ; on peut cependant appliquer des corticoïdes en pommade.

- ❖ **Indications** : Sont fonction de l'intensité et de la localisation des crises, de leurs fréquences et du gène fonctionnel qu'elles entraînent.

La corticothérapie générale n'est indiquée, pour une courte durée, que dans les situations aiguës : urticaire géante, angioedème.

6. Les Genodermatoses :

6.1. Les ichtyoses héréditaires :

Définition : Sont des maladies cutanées héréditaire et monogéniques apparaissent durant les premiers mois ou les premières années et persistant toute la vie. Ces anomalies héréditaires de la kératinisation forment un groupe hétérogène des maladies caractérisées par l'accumulation de squames épidermiques avec ou sans hyperprolifération épidermique ou inflammation du derme.

-Les ichtyoses congénitales :

État pathologiques permanents ou évoluant sur de longues périodes caractérisés par une desquamation épidermique visible : écailles géométriques mal imbriquer, squames furfuracées ou kératosiques, kératoses plus ou moins noirâtre.

La classification de ces états ichthyosiques est basées sur :

. **La transmission génétique** : récessive, dominante, autosomique liée au sexe.

. **L'aspect clinique** : ichtyose vulgaire, banale ou nigricante, érythrodermie ichtyosiforme sèche ou bulleuse, ichtyose figurée linéaire, en cocardes en bande.

6.1.1. Icthyose vulgaire : apparait au cours des premières années de vie. Elle est caractérisée par une hyperkératose de rétention avec absence ou diminution de la couche granuleuse.

6.1.2. Bébé collodion : aspect clinique congénital, caractérisé par des téguments érythémateux, vernissés brillants, luisants, tendus et infiltrés, ressemblant à une pellicule de collodion desséchée et rigide évoluant vers la craquelure et la desquamation.

- Evolution :

Vers la mort par surinfection et déshydratation (ces enfants doivent être soignés au centre de réanimation). Les soins actuels ont limité la mortalité.

6.1.3. Kératome malin, foetus arlequin :

C'est l'hyperkératose la plus grave, très rare habituellement létale. L'enfant prématuré et hypotrophe est recouvert de larges plaques hyperkératosiques séparées par de profondes fissures. Il présente un ectropion et un éclabion très marqués. La rigidité de la peau hyperkératosique provoque des contractures dermatogènes et entrave la respiration.

-Les associations pathologiques :

L'ichtyose vulgaire est souvent associée à l'atopie. Une érythrodermie ichtyosiforme sèche fait partie du syndrome de Sjögren-Larson

(dégénérescence maculaire, paraplégie spasmodique, oligophrénie, épilepsie).

D'autres associations sont possibles :

Syndrome de Tay (troubles immunitaires, dystrophie pileaire) ; syndrome de Rud (maniome avec oligophrénie). [11]

- Traitement des ichtyoses :

Il est symptomatique et simplement suspensifs.

- Traitements locaux :

L'utilisation d'un topique à base d'acide salicylique est contre-indiquée chez le nourrisson et l'enfant à cause du risque d'intoxication salicylée grave.

. L'urée de 10% à 30% facilite l'hydratation de la kératine. Le propylène glycol à la même action à des concentrations allant de 30-60%, l'application de la solution aqueuse est effectuée après le bain et le malade porte un pyjama en plastic permettant une meilleure hydratation.

Les moyens locaux classiques sont parfois suffisants ou ils réalisent un bon adjuvant : bain émollient, lotion à base d'acide lactique ou de glycérol d'amidon salicylé.

- Traitements généraux

Le rétinoïde aromatique (Tigason) est utilisé à la dose de 1mg/kg/j pendant 20 Jours ne sont indiqués que dans les formes ichtyoses graves.

L'acitrétine (Néotigason, soriatane) dose de 35mg/0,5mg/kg/j

-Indications:

. Dans l'ichtyose vulgaire et l'ichtyose liée au sexe (ILX), les traitements locaux sont suffisants dans l'ILX l'utilisation d'un pansement occlusif est nécessaire (urée 10% ; propylène glycol en solution à 30%) durant l'été, les bains et le soleil rendent inutiles les traitements. Les mêmes soins sans bonnet au niveau du cuir chevelu sont actifs.

. L'érythrodermie ichtyosiforme congénital sèche nécessite des soins constants sans occlusion avec du propylène glycérol à 60% occlusion associés à la prise d'etretinate (Tigason).

Dans l'érythrodermie ichtyosiforme bulleuse, le même traitement est appliqué, mais il est difficile à conduire chez le jeune, pouvant provoquer souvent des poussées bulleuses.

.Dans les autres types d'ichtyose, on utilise le même principe thérapeutique dans l'erythrokératodermie variable de mendes Da costa,

L'etretinate (Tigason) est très actif avec blanchissement complet en deux mois.

- Conduite de traitement

Il faut éviter que les nourrissons soient traités de façon excessive et à l'inverse lutter contre le laisser- aller quand les enfants sont en âge d'être scolarisé

6.2. Neurofibromatoses : [22]

Les neurofibromatoses regroupent ou moins deux maladies bien identifiées à transmission autosomique dominante, la neurofibromatose de type 1(NF1) et la neurofibromatose de type 2 (NF2). Le gène NF1 a été localisé sur le chromosome 17, le gène NF2 sur le chromosome 22. La NF1 représente 99% de l'ensemble des neurofibromatoses.

6.2.1 Neurofibromatoses de type 1 ou maladie de Von Recklinghausen :

-Aspects clinique :

.Principaux signes cutanée de la NF1 :

* Les taches « café au lait » : les TCL sont les premières manifestations de la NF1. Elles sont souvent congénitales et apparaissent rarement après l'âge de 2 ans. Leur réapparition est aléatoire, leurs contours sont nettement tracés et leur teinte marron plus au moins foncé à la limite de la visibilité.

Le diamètre varie de 0,50 à 50 cm. A l'adolescence les TCL sont présentes dans plus de 90% des cas. Au cours de la vie adulte, les TCL deviennent souvent plus pâles, peu visibles et certaines disparaissent.

Les lentigines : elles ressemblent à des taches café au lait de petites tailles, 1 à 3mm de diamètre qui siège électivement dans les plis inguinaux et sous mammaires. Elles peuvent toucher la nuque, l'espace sous mentonnier ou encore être diffuses. Rarement présent avant l'âge de 2 ans, on les retrouve dans 80% des cas après la puberté.

Les neurofibromes cutanés : ce sont des tumeurs bénignes .deux types de neurofibromes cutanés doivent être individualisés : les neurofibromes dermiques(ou superficiel) et les neurofibromes nodulaires périphériques isolés ou en grappe. Les neurofibromes se développent dans le derme

et l'épiderme : ce sont des petites tumeurs molles, mobiles avec la peau, de couleur rosée violacée. Certains de ces neurofibromes ressemblent à des molluscums pendulum. Les neurofibromes dermiques se développent à partir de la puberté ; 95% des malades en ont à l'âge adulte. Les neurofibromes varient en taille, de 0,1cm à quelques centimètres et en nombre de quelques unes à plusieurs milliers.

Les neurofibromes nodulaires ou sous-cutanés sont présents à l'âge adulte chez 20% des malades. Ils apparaissent rarement avant la seconde enfance. Ils sont plus palpables que visible, bombant sous la peau, Sphériques ou ovoïdes, isolés ou en »chapelet », fermes toujours sensibles ou douloureux à la pression.

Les neurofibromes plexiformes : ils sont différents des autres neurofibromes par l'importance de la composante Schwannienne et la structure entravées irrégulières envahissantes ; il existe probablement deux types :

* neurofibromes plexiformes diffus

* neurofibromes plexiformes nodulaires

.Signes extra-dermatologique :

Nodules de lisch : sont de petits hamartomes iriens qui n'entraînent aucun trouble visuel

- Gliomes des voies optiques
- Atteintes osseuses spécifiques

Dysplasie des os longs : elles sont congénitales, atteignent Préférentiellement le tibia

- dysplasie des ailes sphénoïdes : elles sont congénitales
- dysplasie vertébrale

- diagnostic para clinique :

Le bilan de la neurofibromatose de Von Recklinghausen n'est pas univoque, aucun examen n'est spécifique. Habituellement, il comprend un examen clinique complet, notamment cutané et neurologique, l'étude de la généalogie, un électro-encéphalogramme et/ou un scanner cérébral, un examen ophtalmologique à la lampe à fente, des radiographies osseuses (colonne vertébrale, radiographie des rochers), une surveillance de la pression artérielle et de l'audition et un dosage des catécholamines urinaires.

- Critères diagnostiques :

Le diagnostic de NF1 peut être porté chez un individu si au moins deux de sept critères sont trouvés. Parmi ces sept critères diagnostiques trois sont dermatologiques :

- Présence d'au moins 6 taches « café au lait » ou plus de 5 mm dans leur plus grand diamètre des individus pré pubères et de plus de 15 mm chez des individus pubères.
- Présence d'au moins deux neurofibromes de n'importe quel type ou un neurofibrome plexiforme.
- Présence de pseudo éphélides (lentigines) axillaires ou inguinales
- D'un gliome optique
- Présence d'au moins 2 nodules de lisch (hamartomes iriens)
- Présence d'une lésion osseuse caractéristique comme une dysplasie sphénoïde, un amincissement de la corticale des os longs avec ou sans pseudarthrose.

- un parent de premier degré atteint de NF1 suivant les critères précédents.

Maladies associés :

-Atteintes vésiculaires : dysplasies artérielles

-Les atteintes endocriniennes

-Le phéochromocytome puberté précoce

Les difficultés d'apprentissage

Complications cutanées : complications esthétiques majeures

- complications ophtalmiques : le gliome optique peut parfois retentir dangereusement sur la fonction visuelle
- atteinte gastro-intestinal : tumeurs carcinoïdes et d'autre tumeurs peut être rapportée au cours de la NF1
- cancer et NF1

-Le traitement :

La prise en charge est pluridisciplinaire et spécialisée. Doivent être systématiquement demandés : NFS. Radiographie thoracique, examen ORL avec audiogramme, échographie abdominale et pelvienne, tests psychométriques de référence préscolaire.

Il n'y a pas de traitement spécifique. La thérapeutique est soit symptomatique ou en fonction d'un désordre viscéral, soit à visée esthétique.

Le conseil génétique est celui d'une affection autosomique dominante (50% de la descendance atteinte), mais l'expressivité de la neurofibromatose de Von Recklinghausen est variable.

6.2.2 Neurofibromatose de type 2:

▪ Critères diagnostiques :

Schwannomes vestibulaires ou un parent au 1^{er} Degré ayant une neurofibromatose de type 2 et soit :

Un Schwannome vestibulaire

Deux des manifestations suivantes :

- neurofibrome
- Méningiome
- Gliome
- Schwannome
- Opacité subcapsulaire postérieure.

6.3 Angiomes et malformations vasculaires

- **Définition** : Il désigne actuellement un ensemble de malformations et tumeurs vasculaires bénignes.

-**Hémangiome du nourrisson** : cet angiome qui était encore récemment dénommé angiome immature, est caractérisé par son profil évolutif triphasique. Il est très fréquent puisqu'il survient chez près de 10% des nourrissons ou souvent chez la fille. Le risque accru chez le prématuré ne serait réel que pour les grands prématurés de 25 à 29 semaines.

❖ **Clinique** : l'hémangiome du nourrisson peut être tubéreux rouge vif, à bord net, en relief saillant sur le tégument normale avoisinant de surface grenue expliquant la comparaison traditionnelle à une « fraise »

sous cutanée, tuméfaction saillante sous une peau soit normale, soit bleutée ou télangiectasique ; mixte associant une composante superficielle tubéreuse et une composante profonde sous cutanée qui déborde la première d'un halo inflammatoire quelque soit son type.

L'hémangiome est de consistance ferme, élastique, légèrement chaud à la palpation et indolore.

-Angiome plan :

Est une macule érythémateuse, congénitale d'observation fréquente, rose pale à lie de vin. Il siège avec prédilection à la face et aux membres, asymétrique par rapport à la ligne médiane (d'où son appellation de nœvus télangiectasique latéralisée, par opposition aux formes médianes décrites ci-dessous) et peut déborder sur les muqueuses.

7. Dermatoses inflammatoires :

7.1. Psoriasis de l'enfant : [30] dermatose érythémato-squameuse récidivante, débute dans 15% des cas avant l'âge de 10 ans et le contexte familial est alors plus fréquemment trouvée.

La lésion élémentaire : Il s'agit d'une lésion érythémato-squameuse, généralement arrondie et, parfois en relief par rapport à la peau voisine.

Tache de bougie (le grattage des squames à la curette permet de constater d'abord un blanchiment très net de la lésion) ensuite de fine gouttelettes hémorragiques traduisant la mise à nu des papilles dermiques (signe de la rosée sanglante).

- le psoriasis aigu en goutte est très fréquent. Il succède fréquemment à une infection rhinopharyngée, parfois à une vaccination.

- Le psoriasis spinulosique (avec kératose folliculaire) des coudes et des genoux posent des problèmes délicats de diagnostic différentiel avec le lichen et le pityriasis rubra pilaire.
 - Le psoriasis du visage rare chez l'adulte est plus fréquent chez l'enfant, en goutte ou nummulaire ; le cuir chevelu est souvent atteint avec un aspect de fausse teigne amiantacée.
 - Le psoriasis palmoplantaire : se présente comme pulpites sèches ou une dermatose plantaire juvénile, qui ne sont pas spécifiques du Psoriasis.
 - Les aspects peuvent en effet se rencontrer également dans la dermatite atopique, l'ichtyose vulgaire, les dermatites orthoergiques ou allergiques.
- Chez le nourrisson : la dermatite du siège et l'érythrodermie de Leiner Moussous peuvent prendre un aspect très sec et très squameux ressemblant à un psoriasis.
- Le psoriasis des langes du nourrisson est un psoriasis de la zone des langes qui apparaît vers l'âge de 3 Mois dans les plis et sur les convexités en culotte.

Le diagnostic est extrêmement délicat car la dermatite séborrhéique, les candidoses, les dermatites orthoergiques peuvent revêtir des aspects très proches et l'examen histologique n'apporte pas toujours des éléments formels.

7.2. Chez l'enfant plus grand : Il peut exister des psoriasis tout à fait typique avec placards érythémato-squameux bien limités des coudes, des genoux, donnant à la manœuvre du grattage des signes classiques de la tache de bougie et de la rosée sanglante.

L'atteinte est parfois plus diffuse. Les ongles sont habituellement ponctués « en dé à coudre » caractéristique, mais souvent épaissis et opaques comme dans les mycoses.

7.3. Les formes graves :

L'érythrodermie psoriasique congénitale est rare et peut être confondue avec l'érythrodermie congénitale ichthyosiforme non bulleuse. Ils font suite à des infections, les traumatismes, les vaccinations, les facteurs médicamenteux.

- Diagnostic est clinique et la biopsie est inutile ;
- Diagnostic différentiel se pose avec les autres dermatoses érythémato – squameuses ;
- Le pityriasis rosé de Gibert : qui se caractérise par les médaillons de plus grande surface, arrondie ou ovale à bordure érythémato-squameuse et dont le centre plus clair paraît en voie de guérison. L'éruption reste presque toujours limitée au tronc et à la racine des membres épargnant visage et cuir chevelu.
- Eczématides pityriasiforme : finement squameuses, plus ou moins achromiantes, également dénommées Dartre sur le visage, eczéma atopique
- Dermatitis séborrhéique : est localisée aux sillons nasogeniens, à la racine du nez, aux sourcils, cuir chevelu où elle est constituée de nappes érythémateuses couvertes de squames jaunâtre et dans lesquelles s'engluent les cheveux. Il faut rechercher minutieusement les lésions psoriasiques à distance
- Pityriasis rubra pilaire : qui se caractérise par des papules cornées folliculaires sur les plaques, le visage est couvert de fines squames lui donnant un aspect plâtreux.

Le psoriasis des plis pose le problème des intertrigos.

7.4. Traitement :

- corticoïde crème
- vaseline salicylée, sauf chez le jeune nourrisson ;
- vaseline à l'urée.

IV. Méthodologie :

1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de dermatologie du CNAM, situé en commune IV du district de Bamako la capitale du Mali. Elle couvre une superficie de 252 km² et est divisé en 6 communes. Chacune des communes comprend un centre de santé de référence (CSREF) et des centres de santé communautaire (CSCoM). Bamako abrite un EPH¹, le CNUOS, trois CHU² (HPG, HGT et IOTA) et deux EPST³ (INRSP et le CNAM). Ces établissements publics sont rattachés au Secrétariat Général (SG) du ministère de la santé

Le CNAM a été créé par l'ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifiée par la loi N°02-009 du 04 Mars 2002. Il est né de la restructuration de l'institut Marchoux.

Ses missions principales sont: la formation médicale continue (FMC), la recherche opérationnelle et vaccino-logique, l'appui au programme de lutte contre la maladie.

Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermato-vénérologie, et les Infections sexuellement transmissibles (l'IST, VIH/SIDA), la tuberculose, le paludisme et les autres maladies endémo-épidémiques.

L'unité de dermatologie est composée de 5 salles de consultation, d'un laboratoire d'histopathologie cutanée, d'une salle réservée à la chirurgie dermatologique et d'un pavillon d'hospitalisation.

Le personnel

Il est composé :

✓ 1 Professeur titulaire en dermatologie

¹ Etablissement public à caractère hospitalier

² Centre hospitalier universitaire

³ Etablissement public à caractère scientifique et technologique

- ✓ 2 Maîtres-assistants de dermatologie
- ✓ 3 dermatologues praticiens hospitaliers
- ✓ 2 internes des hôpitaux
- ✓ 12 médecins en cours de spécialisation (D.E.S)
- ✓ 4 techniciens de santé
- ✓ 3 aides-soignantes
- ✓ 4 manœuvres
- ✓ 20 étudiants en thèse de médecine.

2-Population, période et type d'étude :

Nous avons mené une étude rétrospective sur les dossiers des enfants atteints de dermatoses et vus en consultation dans le service de dermatologie au C.N.U.A.M, sur une période d'une année (du 05 janvier au 31 décembre 2009).

3-Echantillonnage :

3.1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

Les dossiers des enfants de 0-15 ans qui présentaient une dermatose quelque soit l'étiologie et vus en consultation dans le service de dermatologie au C.N.U.A.M (du 05 janvier au 31 Décembre 2009).

3.2 Critère de non inclusion :

N'étaient pas inclus tous les dossiers incomplets et tous les enfants vus uniquement pour autres pathologies non dermatologiques.

4-Recueil des données :

Le dossier personnel du patient nous a permis de recueillir les données suivantes sur une fiche d'enquête comprenant :

4.1 Identification de l'enfant :

Elle a comporté le recueil des données sociodémographiques de l'enfant : l'âge, sexe, ethnie, profession, résidence habituelle, résidence à Bamako.

4.2 Données cliniques :

Etaient inscrits sur le dossier de l'enfant qui comporte : l'interrogatoire des parents ou de l'enfant le motif de la consultation, mode de début, le mode d'apparition, l'ancienneté des lésions, l'évolution la topographie : les signes fonctionnels et les aspects morphologiques de la dermatose observée.

L'appréciation de l'état général, la recherche d'une affection associée et le classement par ordre de fréquence ont complété les données cliniques.

4.3 Données para-cliniques :

Les bilans para-cliniques n'ont pas été systématiquement demandés pour les raisons suivantes : le tableau clinique évident dans la majorité des cas a permis de poser le diagnostic des dermatoses rencontrées.

4.4 Analyse des données :

Les données ont été recueillies à partir des dossiers 2009 et analysées au logiciel SPSS 12.0 pour Windows.

V. RESULTATS :

Pendant la période d'étude, sur **16339** consultations nous avons enregistré **5184** dossiers de patients dont l'âge est inférieur ou égale à 15 ans (**31,73%**). Parmi ces dossiers nous avons retenus **5149** dossiers d'enfants soit **31,51%** des consultations conformes aux critères d'inclusion.

1) données sociodémographiques :

Tableau I : répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âges	Effectif	Pourcentage
0-5 ans	3003	58,3%
6-10 ans	1261	24,5%
11-15 ans	885	17,2%
Total	5149	100%

La tranche d'âge de 0-5 ans était la plus représentée, plus l'âge des enfants est faible, plus nous observons des dermatoses.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	2838	55,10%
Féminin	2311	44,90%
Total	5149	100%

Il n'y avait pas de différence significative entre sexes (sex ratio= 1,2)

Tableau III : répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Soninké	1432	27,81%
Bambara	1345	26,12%
Malinké	852	16,55%
Peulh	485	9,42%
Diawando	468	9,09%
Sonrhaï	122	2,37%
Dogon	97	1,88%
Bozo	62	1,20%
Sénoufo	39	0,76%
Mianka	36	0,70%
Kakolo	32	0,62%
Somono	28	0,54%
Bobo	28	0,54%
Khassonké	25	0,49%
Samogo	21	0,41%
Dafing	18	0,35%
Maure	17	0,33%
Mossi	15	0,30%
Ouolof	09	0,17%
Gaoulo	09	0,17%
Guana	06	0,12%
Béninois	03	0,06
Total	5149	100%

Les soninkés et les Bambaras ont été les ethnies les plus représentés

Tableau IV : répartition des patients selon la résidence habituelle

Résidence habituelle	Effectif	Pourcentage
Bamako	4313	83,77%
Kayes	256	4,97%
Koulikoro	325	6,31%
Sikasso	112	2,18%
Ségou	81	1,57%
Mopti	20	0,39%
Gao	11	0,21%
Côte d'ivoire	28	0,54%
Benin	03	0,06%
Total	5149	100%

Bamako a été la résidence de la majorité de l'effectif

Tableau V : répartition des patients selon la résidence à Bamako

Commune	Effectif	Pourcentage
Commune I	386	7,96%
Commune II	429	8,84%
Commune III	350	7,22%
Commune IV	1461	30,11%
Commune V	1191	24,55%
Commune VI	1034	21,32%
Total	4851	100%

Les communes IV et V ont été les résidences de la moitié de notre effectif

Tableau VI : répartition des patients selon la scolarisation

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Elèves	1045	20,30%
Medersa	428	8,31%
Elèves coraniques	78	1,51%
Non scolarisés	3598	69,88%
Total	5149	100%

Les enfants non scolarisés constituaient 69,88% de nos cas

2) données cliniques :

Tableau VII : répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Prurit	3886	89,75%
Douleur	444	10,25%
Pas de signe fonctionnel	819	15,90%
Total	5149	100%

Le prurit était le signe fonctionnel le plus fréquent (89,75%)

Tableau VIII : répartition des patients selon le siège des lésions

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage
Cuir chevelu	2261	24,54%
Face	1137	12,34%
Cou	349	3,79%
Tronc	1137	12,34%
Membres supérieur	1253	13,60%
Membres inférieur	1809	19,64%
Région génitale	207	2,25%
Pli (axillaire inguinaux)	581	6,30%
Fesse	478	5,20%
Total	9212	100%

Les régions céphaliques et les membres inférieurs ont été les zones les plus atteintes

Tableau IX : Répartition des patients selon le type de dermatose

Etiologies	Effectif	Pourcentage
Infectieuses	2838	55,10%
Immuno-allergiques	1672	32,50%
Post-inflammatoires	610	11,85%
Génodermatoses	26	0,5%
Dysimmunitaires	03	0,05%
Total	5149	100%

Les dermatoses d'origine infectieuses représentaient plus de la moitié des cas : soit **55,10%**.

Tableau X : répartition des patients selon des dermatoses infectieuses

	Etiologies	Pathologies	Fréquence	Pourcentage
Infectieuses	Mycoses	Teigne	892	17,3%
		Dermatophytie de la peau glabre et des plis	357	6,9%
		Dermite séborrhéique	226	4,4%
		Candidoses	123	2,4%
		Ptoriasis versicolor	33	0,6%
		Total	1631	31,68%
	Bactériennes	Impétigo	626	12,2%
		Erysipèle	23	0,4%
		Lèpre	7	0,1%
		Total	656	12,74%
	Virales	Molluscum contagiosum	208	4%
		PRG	158	3,1%
		Verrue planes	40	0,8%
		Varicelle	17	0,3%
		Zona	11	0,2%
		Total	434	8,4%
		Parasitaires	Larva migrans	60
	Scabiose		57	1,1%
	Total		117	2,3%
	Total		2838	55,10%

La teigne et l'impétigo ont été les dermatoses infectieuses les plus notées avec 17,3% et 12,2%.

Tableau XI : répartition des patients selon des dermatoses immuno-allergiques

Pathologies immuno-allergiques	Effectif	Pourcentage
Eczéma atopique	803	48,03%
Prurigo	487	29,13%
Vitiligo	148	8,85%
Eczéma de contact	143	8,55%
Prurit	35	2,10%
Urticaire	34	2,03%
Toxidermie	13	0,77%
PRP	09	0,53%
Total	1672/5149	100%

L'eczéma atopique était la cause la plus fréquente 48,03% des cas de dermatoses immuno-allergiques

Tableau XII : Répartition des patients selon des dermatoses post-inflammatoires

Pathologies inflammatoires	Effectif	Pourcentage
KPP	386	63,28%
Dermite de couche	105	17,21%
Acné	41	6,72%
Tumeur	37	6,07%
Psoriasis	16	2,62%
Lichen plan	25	4,1%
Total	610/5149	100%

La kératodermie palmo-plantaire représentait plus de la moitié des cas de dermatoses post-inflammatoires soit 63,28% (386 cas).

Tableau XIII : répartition des patients selon des dermatoses génétiques

Genodermatoses	Effectif	Pourcentage
Angiome plan	9	34,62%
Ichtyose congénitale	7	26,92%
Nœvus	7	26,92%
Neurofibromatose	3	11,54%
Total	26/5149	100%

L'Angiome plan à été retrouvé dans 34,62% des cas de dermatoses génétiques

Eczéma Atopique



Photo 1: Dr Dicko

Dermatophytie chez un enfant

angiome plan



Photo 2: Dr Dicko

Zona intercostal



Photo 3: Dr Dicko



Photo 4: Dr Dicko

Psoriasis de la face antérieure des jambes chez un enfant



Photo 5 : Dr Dicko

Pyodermite (impétigo)



Photo 6 : Dr Dicko

teigne surinfectée



Photo 7 : Dr Touré

Gale lésion de la plante des pieds



Photo 8 : Dr Dicko

VI. Commentaires et discussion :

1-méthodologie :

Nous avons mené une étude rétrospective avec recueil des données des anciens dossiers de consultation externe au cours de l'année 2009. Cette étude présente des insuffisances que rencontre toute étude rétrospective.

Au cours de notre étude nous avons rencontré les difficultés suivantes :

Le défaut de numérisation des dossiers, les dossiers des enfants étaient mélangés à ceux des adultes.

Cet échantillon est très représentatif (5149 cas) de l'ensemble des cas de dermatose observée chez les enfants de 0-15 ans vu dans le service. Les résultats issus de cet échantillon ont permis de nous faire une idée sur les caractères épidémiologique et clinique des dermatoses portées sur la population infantile pris en charge dans le service de dermatologie (C.N.U.A.M).

2-Résultat :

Pendant la période d'étude, sur 16339 dossiers consultés vus en consultations nous avons enregistré 5184 dossiers de patients dont l'âge est inférieur ou égale à 15 ans soit 31,73%. Parmi ces dossiers 5149 enfants présentaient au moins une dermatose soit une prévalence de 31,51% des consultations dermatologiques. Nos résultats se rapprochent à d'autres études effectuées au Mali et au Burkina Faso qui rapportent 30,5% et 39,4%. [32 ; 5]

2-1-les données sociodémographiques :

-selon l'âge et le sexe des patients :

La tranche d'âge de 0-5 ans était la plus atteinte soit 58,3%, cela s'explique par la susceptibilité aux infections cutanées de cette tranche d'âge. [16]

Les garçons dans notre série ont été les plus atteints 2838 contre 2311 soit un sex ratio égal à 1,2.

-Selon l'ethnie et la résidence habituelle

Les ethnies Soninké et bambara ont été les plus représentés dans notre échantillon. Cela s'explique par le nombre élevé de Soninké et de Bambara en proximité de notre lieu d'étude par rapport aux autres ethnies.

-Niveau scolaire : les enfants non scolarisés ont été les plus nombreux, cela s'explique par l'âge d'inscription au primaire entre 6 et 7ans au Mali.

2-2-les données cliniques :

-Dans notre étude, les dermatoses étaient prurigineuses chez la plupart des patients avec 89,75%. la douleur n'a existé que dans 10,25% cas. Cela s'explique par le nombre important des dermatoses prurigineuses à savoir : mycoses 31,68%, l'eczéma atopique 15,6%, et l'impétigo 12,2%.

-La région céphalique, suivi des membres ont été les sièges de prédilection des différents dermatoses. Cela peut s'expliquer par leur exposition aux agressions externes, physiques, climatiques etc.... [5]

-les dermatoses de types infectieuses ont été les plus observées avec 55,10%, suivies des dermatoses immuno-allergiques avec 32,5%, ensuite les dermatoses post inflammatoires avec 11,85%, quelques cas de génodermatoses et dysimmunitaires ont été rapportés. Plusieurs études ont rapportées cette prédominance des dermatoses infectieuses, 63,5% ; 34,11%, 34% [33, 34,12].

-Parmi les dermatoses infectieuses la teigne avec 17,3% et l'impétigo 12,2% ont été les plus représentés. Des études faites en Hauts de Seine 2001, Burkina Faso 2002, Guinée Conakry 2004 et au Mali aussi [1 ; 5 ; 27 ; 12] rapportent cette prédominance de ces deux infections. Ces dermatoses sont beaucoup plus observées aux niveaux du cuir chevelu aux membres et autour des orifices naturels. Cela s'explique par la fréquence des jeux de mains et le contact avec la terre ou les animaux domestiques (chat, chien). Les enfants donc sont exposés beaucoup plus tôt à la contamination par contact direct, interhumaine, à partir d'un homme malade ou encore d'un porteur sain ou de manière indirecte par l'intermédiaire d'objets infectés (peignes, brosse à cheveux, tondeuse). Le faible niveau socio-économique (lit commun, échange de vêtements) et le portage bactérien plus marqué dans certaines régions cutanées (plis, orifices naturels, mains) [16]

Par ailleurs il y'avait moins des dermatoses virales et parasitaires, ceci pourrait s'expliquer par le fait que la tranche d'âge la plus représentée (0 à 5 ans) est plus proche de leurs mères qui leurs apportent beaucoup plus de soins.

-Les Dermatoses immuno-allergiques

L'eczéma atopique (15,6%), prurigo (9,5%) ont été les plus observés, d'autre auteur avait fait la même constatation [11]. Toutes les études

épidémiologiques indiquent une augmentation rapide de la prévalence des maladies rattachées à l'atopie en Europe. La dermatite atopique est présente chez 10 à 25% des enfants dans les études récentes, alors que les enquêtes des années 1960 indiquaient des prévalences aux environs de 5%. Ces données sont interprétées comme reflétant l'influence de l'environnement, en particulier l'urbanisation des populations, habitats confinés riches en moquettes permettant l'augmentation des charges en acariens, la présence de polluants automobiles ou industriels, le tabac, la peau est fragilisée par les nouvelles habitudes de lavages (lavages fréquents, détergents, décapants) [16].

En revanche une étude portée sur 105 talibés recensés dans quatre écoles coraniques de Dakar choisis au hasard, vivant dans des conditions de précarité et d'insalubrité a rapportée seulement 2 cas de dermatite atopique. Cette rareté de la dermatite atopique plaide en faveur de la théorie hygiéniste qui affirme qu'une bonne hygiène soustrait l'organisme en développement aux «bienfaits » initiatiques des bactéries et de leurs toxines orientant le système immunitaire vers les réponses de type allergique [35].

-Les Dermatoses pos-inflammatoires :

346 enfants avaient une kératodermie palmo-plantaire soit (7,2%), cela s'explique par l'errance et la marche sans port de chaussure.

Quelques cas de Génodermatoses et dysimmunitaires ont été rapporté.

VIII. Conclusion et recommandations

▪ Conclusion :

L'étude a porté sur les aspects épidémiologiques et cliniques des dermatoses observées chez les enfants durant une période d'un an allant de janvier à décembre 2009. Il a concerné 5149 patients sur la population infantile. Les affections cutanées sont fréquentes chez l'enfant, elles occupent une place de choix dans les consultations dermatologiques au Mali (31,51%).

Elle nous a permis de révéler :

- La tranche d'âge la plus touchée était celle de 0-5 ans (58,3%) avec une prédominance masculine (55,10%).
- Les enfants non scolarisés étaient les plus représentés (69,88%).
- Les régions céphaliques et les membres inférieurs ont été les sièges de prédilections des différentes dermatoses (44,18%).
- Une prédominance des dermatoses infectieuses (55,10%) [teigne (17,3%) et impétigo (12,2%)] par rapport aux autres dermatoses.
- La prédominance de l'eczéma atopique (48,03%) au sein des dermatoses immuno-allergiques.

▪ **Recommandations**

Les résultats de notre étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

1°) Population :

- Consulter rapidement en cas d'apparition de dermatoses.
- Améliorer l'hygiène corporelle, vestimentaire et environnementale.

2°) Personnel de santé :

- Intensifier les campagnes d'I E C ciblé sur la population
- La prise en charge précoce des dermatoses.
- Avoir le réflexe des références vers les spécialistes des cas compliqués.
- Bien remplir les dossiers et bien les archiver.

3°) Aux Autorités sanitaires :

- Notre étude doit déboucher sur une enquête nationale, ciblée sur tous les âges afin de mieux connaître l'ampleur du problème posé par ces affections et prendre des mesures adéquates de prise en charge.
- La création d'un centre de dermato-pédiatrique et d'autre centre de référence en dermatologie à l'intérieur du pays.
- Mettre en place un système d'archivage électronique des données dirigé par un personnel formé à cette tâche.

Références Bibliographiques

1. Che D, Galeazzi G, Aitken G, Morel P.

La transmission des teignes en milieu scolaire et familial.

BEH, France 2001 ; N°49, p : 221.

2 .Heid E. Larva migrans cutanée. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Paris: Masson, 2004 ; 198 – 199p

3. Denguezli M.

Pityriasis rosé de Gibert.

Journal de la Société Tunisienne de Dermatologie Atlas 2006 ; 27-32p

<http://www.atlas-dermato.org/atlas/pv_fin.htm>consulté le 16 décembre 2009.

4. Lethel V, Mancini J.

Zona de l'enfant.

Journal pédiatrique Marseille France puériculture N°3 – 2002 ; 15 : 131-6

5. Traore A. et al.

Les dermatoses infectieuses de L'enfant.

Med tropicale, Burkina Faso, revue pédiatrique 2002 ; 278-301p

<<http://www.chu-rouen.fr/chnpo/annales/pub10.htm>> consulté le 04 décembre 2009.

6- Taib A, Bernard F.

Dermatite atopique : Allergies cutané – muqueuses chez l'enfant et l'adulte. " Ann dermatol vénéréol. 2005 ; 131 :79-83p

7-Karthikean K, Thappa D-M, Jeevankumr J-M.

Plan des dermatoses pédiatriques dans un centre de référence en Inde du sud. Int J Dermatol,Inde, 2004 ; 605006.

8-Floret D, Saurat J-H. Syndrome eczéma. In : Floret D, Saurat J-H. Dermatologie et vénéréologie

Paris : Masson, 2004 ; 49 – 52p

9 .Mallet E. et al.

Evaluation des complications de la varicelle en France.

Département de pédiatrie médicale, CHU Charles- Nicolle, Rouen, France.

Journal Elsevier SAS 2004 ; 1145-1151p.

10. Gathse A, Obengui, Ntsiba H.

Etude rétrospective de 53 érysipèles hospitalisés au CHU de Brazzaville, Congo.

Bull SocPatholExot, 2006; 99, 1, 3-4

11. Coulibaly A.

Dermatose de l'enfant : étude clinique épidémiologique et thérapeutique à l'Institut Marchoux (Bamako-Mali)

Thèse Méd Bamako: 2000; 129 p73

12. Mahe A, Faye O, Fanello S.

Dermatologie et santé dans les pays en voie de développement.

Bull SocPatholExot, 2003; 96, 5. 351-356.

13. Konstantopoulo K, Papadogianni A, Dimopoulo M, Kourelis C, Meletis J.

The Natural History of pityriasis rosé of children.

Revue des manuels scolaires et de descriptions de pityriasis rosé. 2007 ; 161(5) ; 503-506.

14. Laugier P, Saurat J-H. Lichen Plan et Dermatoses Lichénoïdes. In : Lachapelle J-M, Grosshans E, Laugier P, Saurat J-H.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Paris : Masson, 2004 ; 380-383p

15. Denguezli M.

Lichen plan.

<<http://www.atlas-dermato.org/cours/lichen.htm>> consulté le 16 décembre 2009.

Journal de la société Tunisienne de dermatologie ATLAS 2006 ; 75-78p

16. Amblar P. Dermatite atopique. In: Bernard P .et al.

Collège des enseignants en dermatologie de France

Paris: Masson, 2005; 48 – 53p

17. Mary G, Reynold S, Robert G.

The indice of molluscum contagiosum among american Indian and Alaska natives.vol.4, n°4. 2009; p: 525, consulté en ligne le 03 janvier 2010 < <http://www.plosone.org>>

18. Taieb A. Dermatite atopique. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Paris: Masson, 2004 ; 69 - 77p

19. Pierard G-E, Pierard-Franchimont C. Pityriasis versicolor, dermatite séborrhéique. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M.D

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Paris : Masson, 2004 ; 186 - 187p

20. Traoré B.

Dermatoses infectieuses courantes à l'institut Marchoux, aspects épidémiologiques et approches diagnostique et thérapeutique

Thèse Méd Bamako : 1996 ; 76P

21. Lachapelle J-M. Molluscum contagiosum. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Paris : Masson, 2004 ; 67-69p

22. Zeller J, Wolkenstein P. La maladie de Von Recklinghausen. In : Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Paris : Masson, 2004 ; 488-490p

23. Coulibaly A.

Aspect épidémio-clinique, biologique et thérapeutique des mycoses superficielles observées en milieu scolaire à Bamako (mali)

Thèse Méd Bamako : 2004 ; 129 p80

24. Traoré A.

Aspect épidémiologique et étiologique des dermatophyties à Bamako.

Thèse Pharm Bamako : 1997 ; 7p63

25. Metkar A, Pande S, Khopkar U.

Molluscum contagiosum.

Journal de Dermatologie, Vénérologie, Léprologie Indien vol 74 ; n°6 2008.

26. BenSS et al.

L'épidermolyse bulleuse congénitale à propos d'un cas Clinique.

Journal de l'ordre des dentistes du Québec. Vol 43, décembre 2006.

27. Cisse M, Diare F-S, Kab A.

Les teignes du cuir chevelu.

Guinée médical.2004; p: 119

28. Assoumou A, Haddad R-N, Adou – Brynk-D.

Epidémiologie des Teignes à Abidjan.

Med Trop- 2004 ; 64 :171 – 175p.

29.TourraineR, Revuz J. Infection cutanée Streptococcique. In :
Tourraine R, Revuz J. Dermatologie clinique et vénéréologie.

Paris : Revue Jean Masson, 2002 ; 74-81p

30. Jean-Marie M.

Psoriasis de l'enfant.

Paediatrica vol.17, n°6. 2008;24-27p

31. Feuilhade M, BazeJ, ClaudyA.

Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.

Ann Dermatol Vénéréol. 2002; 129 : 2547-2552.

32. Diagne D.

Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la prise en charge des dermatoses observées chez les enfants VIH positifs.

Thèse Méd Bamako : 2007 ; 111p95

33.Tchangai-Walla K, Pitche P, Agbere A, Bakonde B.

Les motifs de consultations des enfants en dermatologie à Lomé (Togo).

Med Afrique Noire, 1995 ; 42 : 391-2.

34. Sékkat A, Sedrati O, Derdabi D.

Les dermatoses de l'enfant dans le service de dermatologie de H.M.I.
Mohamad V (CHU-Rabat).*Nouv. Dermatol.*1992 ; 3 :p8.

35. Niang SO et coll.

La prévalence des dermatoses dans les écoles coraniques à Dakar (Sénégal). Mali médical tome XXIII N°2 ; 6-7p

36. ELAINE N MARIED. Anatomie et physiologie humaine, 4è édition ; 1999.

37. KEITA S et al. Epidémiologie des teignes du cuir chevelu en milieu scolaire à Bamako.

Journal de Mycologie Médical vol.11, n°3.2001; 143-148p.

38. MAHE A, KEITA S, FAYE O et al. Manuel de prise en charge des maladies de peau courante au Mali.

Mali médical. p25

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : Keita

PRENOM : Mahamane

TITRE de la thèse : étude épidémiologique-clinique des dermatoses observées chez l'enfant

Année :

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : dermatologie

Résumé :

Du 05 janvier au 31 décembre 2009 nous avons réalisé une étude rétrospective.

Les maladies cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays en développement.

Les enfants représentent le groupe cible le plus touché. Le but était de déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques des dermatoses observées chez les enfants vus en consultation au centre national d'appui à la lutte contre la maladie et de formuler des recommandations à l'intention de la population, du personnel de santé, aux autorités sanitaires.

Sur 16339 consultations dermatologiques 5149 enfants ont été retenus

La tranche d'âge de 0- 5 ans a été la plus touchée 58,3%.

Le sexe masculin était le plus touché.

De l'ensemble des dermatoses, la teigne a été l'affection la plus observée 17,3%

Cliniquement : 1672 enfants avaient une dermatose immunoallergique, 1631 avaient une affection mycosique, 656 cas d'affections bactériennes, 610 cas d'affections post-inflammatoires, 434 cas d'affections virales, 117 cas d'affections parasitaires, 26 cas de dermatoses génétiques.

Les dermatoses sont favorisées par une hygiène défectueuse, la pauvreté et l'insuffisance de soins médicaux. Une amélioration de la couverture sanitaire dermatologique peut permettre d'en réduire la prévalence. /.

-Mots clés : dermatoses, épidémiologie, clinique, enfant, C.N.A.M

Fiche d'enquête

I. Données Sociodémographiques

Nom :

Prénom

Sexe : Féminin

Masculin

Age : 0 - 5 ans

6 - 10 ans

11 – 15 ans

Ethnie :

. Bamanan

. Soninké

. Malinké

. Dogon

. Peulh

. Sonrhäi

.Diawando

.Mianka

.kakolo

.somono

.bobo

.khassonké

.Mossi

.ouolof

.Gaoulo

.guana

.Dafing

.Maure

. Senoufo

.Bozo

.Samogo

.Autres

District de Bamako

Com I

Com II

Com III

Com IV

Com V

Com VI

Provenance

Kayes

Sikasso

Koulikoro

Ségou

Mopti

Gao

Tombouctou

Autres

Kidal

Niveau d'instruction

Elèves

Non Scolarisé

Medersa

II. Données Cliniques :

Signes Fonctionnels :

Prurit :

Douleur

Pas de signe fonctionnel

Type des lésions élémentaires

Macule

Vésicule

Papule

Croûte

pustule

Nodule

Ulcération

Squames

Excoriation

Bulle

. Siège des lésions

Cuir chevelu

Face

Cou

Tronc

Membre supérieur

Membre inférieur

région génitale

Plis

fesse

Diagnostic Clinique :

Virale

Bactérienne

Mycosique

Parasitaire

Génodermatose

Immuno-allergique

Dys-immunitaire

Post-Inflammatoire

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage Clandestin, d'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 servirait pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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