

Ministère de l'Éducation Nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple- Un But- Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2005-2006

N°

THESE



Présentée et soutenue publiquement le2006 à Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Monsieur Sadia DIARRA**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Mamadou TRAORE
Membre : Docteur Mamadou Souncalo TRAORE
Codirectrice : Docteur N'diaye Hawa THIAM
Directeur de Thèse : Professeur Somita KEITA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

Doyen : **MOUSSA TRAORE**- PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **MASSA SANOGO**- MAITRE DE CONFERENCES

2^e ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO**- MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETARE PRINCIPALE : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE**- MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENTCOMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie- Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo- Phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Général
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Medicine interne
Mr Ali GUINDO	Gastro- Entérologie

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie- Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseyni Ag MOHAMED	O.R.L

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie- Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L DIOMBANA	Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale et Thoracique
Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Djéneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie- Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie- Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco Obstétrique
Mr Tiémoko D COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie- Pathologie- Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yenimegué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F M TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Mr Ibrahim I MAIGA	Bactériologie- Virologie

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdourahmane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bourema KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie- Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie- Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie

5- ASSISTANTS

Mr Mangara M BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y SACKO	Biochimie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**1. PROFESSEURS**

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie chef de D.E.R
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro- Entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumany SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Medicine Interne

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COUILIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro- Entérologie

4- MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses

5- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hepato-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T DIARRA	Hepato-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoit KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
---------------------	-------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A MAIGA	Santé Publique
-------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A DICKO Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Bio statistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mr MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA Bromatologie
Pr Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP Biochimie

DEDICACES

Bismillahi Rahmaani Rahiim
Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux

Je dédie cette thèse

➤ ***A ALLAH Soubanah wa 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. Fasse 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 mes grands parents maternels et paternels (in mémorium)***

Je ne vous ai pas bien connu.
Puisse Dieu le tout puissant vous garder en paix.

➤ ***A mon père feu Harouna DIARRA***

Exemple de fermeté et de droiture,
Tu es parti très tôt.
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 très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

Oh ! Père repose en paix, que la terre te soit légère et que le paradis soit ta demeure.

➤ **A ma mère** Nana Kadidia TRAORE dite Mah

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

Maman, tu as aujourd'hui un fils qui a choisi la médecine comme métier.

Puisse ce travail être un début de couronnement de tes efforts.

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

➤ **A mes frères** : Boubacar DIOP, Thierno Hady DIARRA, Gaoussou DIARRA, Cheick Tidiani CAMARA dit Bébé.

Nous avons longtemps cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans les souffrances. J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire

➤ **A mes sœurs** : Aïcha DIARRA, Aïssata DIARRA, Aminata DIARRA, Rokiatou DIARRA, plus particulièrement à

Feu Rabiadou DIARRA : Rabi, me voir médecin a longtemps été un de tes souhaits. Pour cela, tu as su toujours m'encourager, me soutenir, me prouver ton amour et ta confiance. Que ce travail, soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

Repose en paix Rabi, que la terre te soit légère et que le paradis soit ta demeure.

➤ **A mon oncle** Ousmane Asseye TOURE et ma tante Mah DIARRA.

Vous m'avez accueilli à Bamako avec beaucoup de sympathie, ce qui m'a permis de terminer mes études supérieures. Je vous suis infiniment reconnaissant.

➤ **A mes cousins et cousines de Bamako et d'ailleurs**

- **A mes amis** : Tiémoko Zié DIARRA, Sanoussy DAFPE, Mamadou Baba SYLLA, Bassékou KOUMA, Madani Asseye TOURE, Bah TOURE, Moussa Ousmane TOURE, Karamoko TOGO,

Nous sommes restés unis malgré le temps et les difficultés, je voudrais vous signifier ma profonde gratitude.

Puisse Allah le tout puissant garder nos pas dans le chemin de l'amitié et de la fraternité

- **A mes amies** : Kadiatou TOURE, Sarata DOUMBIA, Aïssata Apégné DOLO, Kamissa DIAKITE.

Je n'oublierais jamais votre aide inestimable et les années que j'ai passé avec vous. Ce travail est l'occasion de vous réaffirmer ma considération et ma profonde gratitude.

- **A ma fiancée** : Tenimba SAMAKE

Tu as été et sera toujours pour moi le refuge idéal. J'ai toujours trouvé le réconfort souhaité et la sérénité nécessaire pour mieux affronter les lendemains difficiles. Par tes sages conseils et ta forte présence, j'ai évité beaucoup d'embûche. Tu n'as ménagé aucun effort pour l'aboutissement de ce travail.

Je profite de ce canal pour te réitérer ma profonde affection et ma gratitude.

- **A mon tonton** Mamadou Sadia TRAORE

Tu as toujours été à mes cotés, grâce à tes conseils, j'ai acquis une certaine expérience dans ce monde. Je soutiens cette thèse aujourd'hui grâce à vos efforts conjugués. Du fond de mon cœur je t'exprime ma reconnaissance. A toi longue vie et prospérité.

- **A mon petit frère benjamin** Check A T CAMARA

Tu es encore jeune enfant, cette thèse est une preuve d'encouragement. Que ce travail te serve de modèle dans la vie et de tremplin. Je te souhaite longue vie et prospérité dans un état de santé meilleur afin que tu puisses faire mieux que moi, je compte sur toi.

A ma petite fille Rabiadou, je te souhaite longue vie.

REMERCIEMENTS

MES REMERCIEMENTS VONT :

- A tout le personnel de l'unité de dermatologie du centre de santé de référence de la commune V plus particulièrement
 - Dr N'diaye Hawa THIAM
 - Interne Siaka Sacko
 - Interne Gounon SAYE
 - Interne Daouda TRAORE
 - Interne Karim SAMAKE
 - Interne Adama KEITA

- A tout le personnel de l'hôpital Gabriel TOURE
- Aux infirmières et aides soignantes
 - Mme KAMPO Fatoumata FOMBA
 - Mme SOW Djeneba MAÏGA

- A mes collègues

Sanoussy DAFPE, Mamadou Baba SYLLA, Brehima TRAORE, Gazaga SISSOKO, Oumar TRAORE, Abdoulaye TRAORE, Sidi, Krimo

Pour votre franche collaboration. Courage.

- A toute ma promotion.

Courage et persévérance

- A tout les amis de la FMPOS.

Je garde de vous un heureux souvenir. Je ne citerais pas de noms de peur d'en oublier

- A la direction, et tout le personnel de la FMPOS

- A tout ceux qui m'ont soutenu et aidé de près ou de loin

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES ET JUGES

« Chaque homme réunit en lui un certain nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient de remédier s'il le désire.

Et le simple alors est de recourir aux bons offices d'un maître compétent ».

(GEORGES GUSDORF)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur agrégé en gynéco obstétrique

Secrétaire général adjoint de la SAGO (Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique)

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.

Votre sens de l'organisation, votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité constante nous ont fasciné et font de vous un maître admiré de tous.

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Vos critiques seront les bienvenues et contribueront nous en sommes convaincus, à son amélioration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de nos remerciements les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou Souncalo TRAORE

Docteur en santé publique

Directeur National de la santé

Nous sommes émerveillés par votre simplicité et votre sens élevé du travail bien fait. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury et ce malgré vos multiples occupations.

Veillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Docteur N'DIAYE Hawa THIAM

**Spécialiste en dermato-mycologie,
Chef de service de dermatologie du centre de santé de référence de la
commune V**

Nous-nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous,
en nous acceptant comme élève.

Votre respect et votre amour pour le travail bien fait ont forcé en nous
estime et admiration. Vous constituez pour nous un model de simplicité,
de courtoisie et de cordialité.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude
et soyez assurée de notre attachement.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Somita KEITA

**Agrégé en dermato-lépro-vénérologie
Chef du département dermato-lépro-vénérologie à la FMPOS
Chevalier du mérite de la santé
Chef de l'unité de dermato-vénérologie au CNAM.**

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce
sujet.

Vous êtes toujours rester disponible et c'est le moment de vous rendre
un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à
votre compétence et à votre savoir faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous
rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

ABREVIATIONS ET SIGLES :

ATB	= Antibiotique
App	= Application
Bko	= Bamako
C	= Commune
Inf	= Inférieur
Cp	= Comprimé
CSCOM	= Centre de Santé Communautaire
Dx	= Douleur
FMPOS	= Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
H	= Heure
IST	= Infections Sexuellement Transmises
IV	= Intraveineuse
IEC	= Information- Education- Communication
J	= Jour
KPP	= Keratodermie palmoplantaire
Kg	= Kilogramme
Mbre	= Membre
Mg	= Milligramme
N°	= Numéro
Pdt	= Pendant
Pharm.	= Pharmacie
SIS	= Système d'Information Sanitaire
Sup.	= Supérieur
%	= Pourcentage
DA	= Dermatite atopique
Mn	= Minute

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
I- GENERALITES	5
II- METHODOLOGIE	48
III- RESULTATS	55
IV- ICONOGRAPHIE.....	69
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	74
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	79
VII- REFERENCES	82
VIII- ANNEXES	
◆ Fiche signalétique	
◆ Fiche d'enquête	
◆ Serment d'Hypocrate	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La dermatologie est une discipline médicale qui concerne la peau (sa structure, ses fonctions, ses maladies et leurs traitements) (1).

Elle occupe une place importante en pathologie humaine car près de 30% des consultants en médecine générale présentent une dermatose et/ou une IST (3).

Au Brésil, entre 1974 et 1975, une enquête épidémiologique des maladies de la peau chez les écoliers vivants dans la vallée du Purus notamment à Rio Branco révèle que 90 % présentaient une dermatose (8).

En Jamaïque les dermatoses représentent 6% des consultations dans les centres de santé périphériques en milieu rural (10).

En Tunisie, entre 1992 et 2002, 797 cas de teigne ont été diagnostiqués dans la région de Sfax avec une nette prédominance des teignes inflammatoires 12 % suivi des kériions 6,02 % (10).

En Zambie, de septembre 1977 à septembre 1978 dans le service de dermatologie du CHU de Lusaka, 12610 cas de dermatose ont été observés dont 8343 (66,2 %) patients adultes et 4267 (33,81 %) enfants (7).

Au Mali, la dermatologie comporte, d'une part les affections spécifiques au climat chaud et à la peau noire, d'autre part les affections cutanées rencontrées dans les pays tempérés. Elle constitue ainsi une pathologie vaste et complexe. Les dermatoses représentent 11 % des motifs de consultation à Bamako (7). Leur grande fréquence et la gravité de certaines d'entre elles en font un problème de santé publique.

En 1990, 9894 consultations ont été enregistrées au bureau des entrées de l'Institut Marchoux (l'actuel CNAM). Cet effectif allant de 11416 en 1991 à 13019 en 1992 ne cesse d'augmenter. La pathologie dermatologique observée dans cette structure de troisième niveau est donc importante en nombre et assez variée. En effet on y rencontre les affections virales (rougeole, varicelle, zona, herpès, condylome acuminé etc...), parasitaires (scabiose ou gale, myase rampante, onchocercose, leishmaniose cutanée; schistosomiase etc...), fongiques (pityriasis versicolor, dermatophytie, herpès circiné, teigne du cuir chevelu etc...), les affections microbiennes (impétigo, syphilis, tuberculose), de

mécanisme immuno-allergique (eczéma, prurigo strophulus, urticaire etc...) et les affections de causes inconnues (lichen plan, psoriasis, vitiligo etc...) (6).

Par ailleurs des cas de dermatoses sont référés dans cette structure assez souvent à des stades compliqués, notamment les cas d'érythrodermie, d'ulcères cancérisés, de syndrome de Lyell et des bulloses auto-immunes.

Le coût de la prise en charge de ces affections semble non négligeable.

Les complications et l'augmentation du coût de la prise en charge des dermatoses semblent liées notamment à la mauvaise qualité de la prise en charge par des agents de santé pour la plupart non formés dans ce domaine. A cet effet l'absence de service de dermatologie dans les structures de deuxième niveau appelées centre de santé de référence doit être corrigée.

Face à cette situation les autorités sanitaires commencent à créer des unités de dermatologie dans les centres de santé de référence et à y affecter des jeunes médecins spécialisés en dermatologie. Cette nouvelle stratégie de la politique sanitaire vise à apporter aux personnels non spécialisés une ligne de conduite adéquate face aux problèmes des affections cutanées. (6 ; 3)

D'autre part la création d'une unité de dermatologie a pour but de prendre en charge les références provenant des structures périphériques de niveau I et de référer au centre hospitalier de niveau III tous les cas dépassant le niveau II.

Le centre de santé de référence de la commune V est considéré comme pionnier de cette approche décentralisée de la dermatologie dans le pays.

Le but de cette étude est de rapporter notre expérience vécue dans ce centre de santé de deuxième niveau sur la prise en charge des affections cutanées et des infections sexuellement transmissibles.

LES OBJECTIFS

- **Objectif général :**

Etudier les dermatoses observées au centre de santé de référence de la commune cinq.

- **Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des cas de dermatoses et IST.
- Décrire les aspects cliniques des dermatoses et IST observées.
- Déterminer les modalités de prise en charge des cas.

GENERALITES

I. GENERALITES :

A - RAPPEL DE LA 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 zones distinctes:

L'épiderme, le derme et l'hypoderme.

a) 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 est dépourvue de noyaux.
- **la couche claire**: est formée d'une seule assise de cellules très aplaties.
- **la couche granuleuse**: comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvres en mitochondries
- **la couche épineuse** ou corps muqueux de Malpighi: c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales: Les kératinocytes. 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 génératrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogénèse: les mélanocytes.

b) Le derme

C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes, fibrocytes).

c) L'hypoderme

C'est un tissu adipeux divisé en lobules par des travées conjonctives. Dans le derme et l'hypoderme cheminent les formations vasculaires et nerveuses.

d) Les annexes

La peau renferme diverses formations dites annexes:

- Le follicule pilo-sébacé formé du poil et de la glande sébacée appendue au canal pileux.
- Les glandes sudorales eccrines et apocrines.

e) Autres composants cellulaires de l'épiderme :

- Les mélanocytes : responsables de la synthèse de la mélanine.
- Les cellules de Langherans : sentinelles Immunoallergiques de la peau.
- Les corpuscules et terminaisons nerveuses : récepteurs des stimuli et points de départ de l'influx nerveux .

STRUCTURE DE LA PEAU

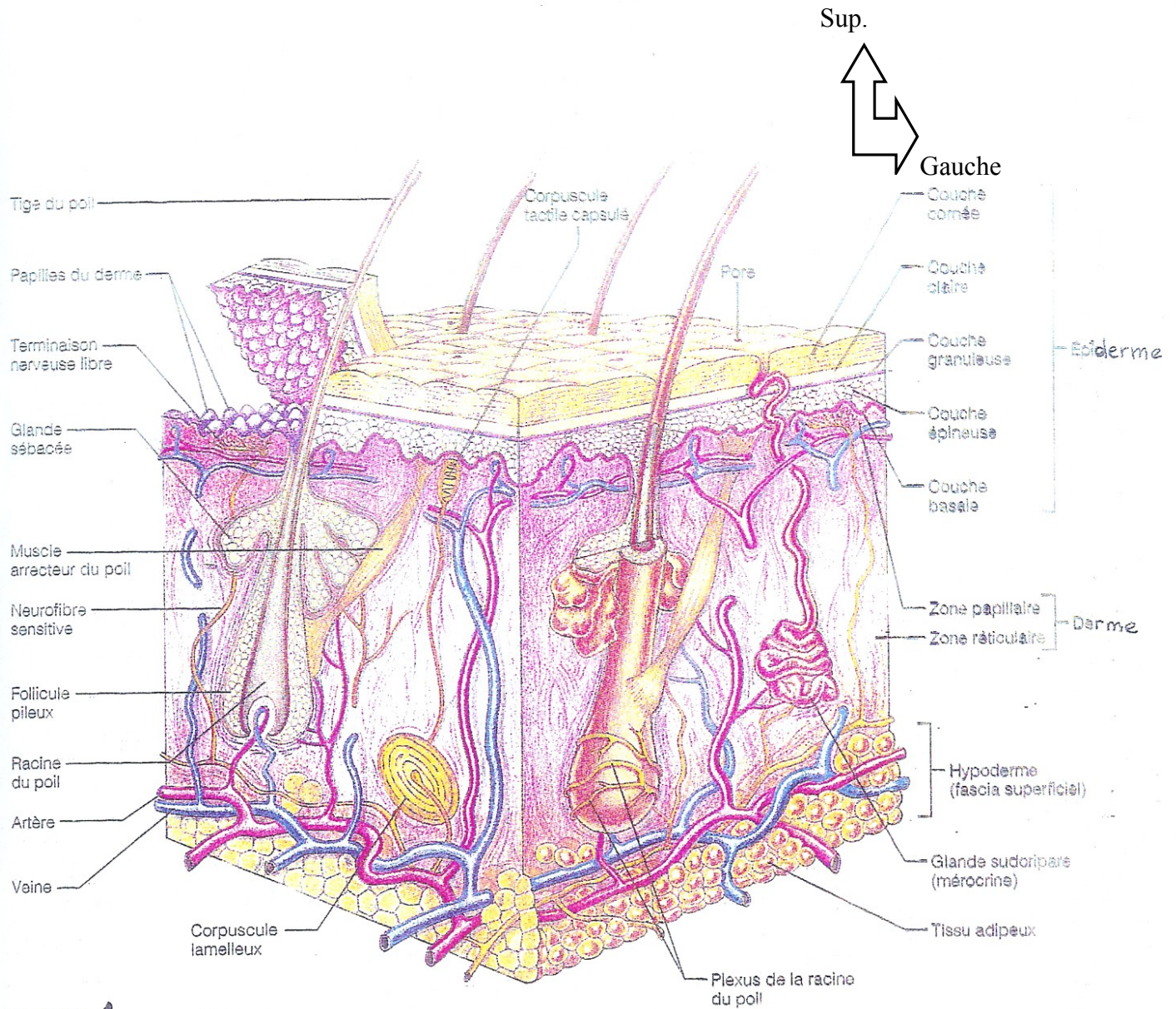


FIGURE 1

Structure de la peau. Vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous-cutanés. L'épiderme et les couches du derme ont été soulevés dans le coin supérieur gauche pour montrer les papilles du derme.

Tiré de Anatomie et physiologie humaine,
Elaine N Maried, 4^e édition ; 1999.

B- ETUDE DES DERMATOSES COURANTES AU MALI :

I. LES DERMATOSES INFECTIEUSES :

1. Mycoses superficielles cutanéomuqueuses : Les mycoses sont des infections causées par des champignons microscopiques. Elles peuvent être superficielles intéressant épiderme et muqueuses. Elles peuvent être profondes, semi profondes ou systémiques. Nous allons nous limiter à l'étude des mycoses superficielles. Trois grands groupes de micro-organismes sont à l'origine des diverses entités cliniques : les dermatophytes, les levures et les moisissures.

1.1 Epidémiologie (Agents causales)

Trois types de dermatophytes sont à l'origine des dermatophytoses (ou dermatophyties).

- **Les dermatophytes anthropophiles** : ceux-ci sont strictement d'origine humaine et la transmission directe ou indirecte se fait toujours d'homme à homme. Les agents sont :
 - Trichophyton rubrum agent cosmopolite
 - Trichophyton interdigital
 - Trichophyton Violaceum, T. Rosaceum, T. Tonsurans, T. Soudanensae et enfin Trichophyton Schoenleinii
 - Epidermophyton Floccosum
 - Microsporum Audouinii
- **Les dermatophytes zoophiles** : ils sont transmis à l'homme par les animaux. Les agents responsables sont :
 - Microsporum Canis, transmis le plus souvent par le chat, mais aussi par le chien, le lapin, le hamster...
 - Trichophyton Mentagrophytes transmis par le cheval et la souris blanche
 - Trichophyton Ochraceum transmis par les bovidés
- **Dermatophytes géophiles** : ceux-ci sont transmis à l'homme par le sol. Le principal agent est le microsporum gypseum.

Ces notions d'épidémiologie sont intéressantes à connaître car elles permettent de dépister le contaminateur, de le traiter et de prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

1.2 Aspects cliniques des dermatophytoses :

Les dermatophytes sont à l'origine des lésions de la peau glabre, des ongles, des plis et du cuir chevelu (teignes).

1.2.1 Dermatophytoses de la peau glabre

L'aspect clinique est celui de lésions arrondies, circonscrites, annulaires (appelées aussi herpès circiné, terme abandonné), recouvertes de squames avec une bordure d'extension ayant tendance à la vésiculation alors que le centre tend à guérir, les lésions sont plus ou moins prurigineuses. L'examen des squames montre des filaments mycéliens. Les dermatophytoses de la peau glabre sont le plus souvent dues au *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes* et *Trichophyton rubrum*.

1.2.2 Dermatophytoses des grands plis

Les plis inguino-cruraux, le pli interfessier et les plis axillaires peuvent être atteints. Les agents en cause sont des dermatophytes anthropophiles : *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum* et *Trichophyton interdigitale*.

La dermatophytose inguino-crurale (eczéma marginé de Hébra, terme ancien, aujourd'hui discutable) est la plus fréquente. Elle se localise à la racine des cuisses d'un ou des deux côtés, parfois déborde sur le périnée et le pli interfessier et même les fesses. Elle se manifeste par une plaque prurigineuse, qui part du fond du pli, s'étend de façon excentrique sur la face interne des cuisses alors que le centre a tendance à guérir, la périphérie reste active polycyclique, squameuse et vésiculeuse.

1.2.3 Dermatophytoses des petits plis

Les pieds sont plus souvent intéressés que les mains. Le pli prend un aspect macéré blanchâtre avec une fissure centrale. Le 4^e espace interorteil est le plus fréquemment atteint. Les lésions débordent souvent sur la face plantaire et la face dorsale du pied et des orteils sous forme d'un processus vésiculeux et desquamatif représentant ce qu'on appelle l'"Athlétic foot". L'athlétic foot est favorisé par la macération, la transpiration, l'humidité, le port de chaussures en caoutchouc.

1.2.4 Dermatophytoses unguéales

Le trichophyton rubrum est le plus souvent en cause. Les ongles des orteils sont plus fréquemment atteints que les ongles des doigts. L'ongle devient épaissi, jaunâtre, friable, ailleurs il est rongé, détruit. Cette atteinte commence toujours par son bord libre et ne s'accompagne pas de péri onyxis. Le diagnostic doit être confirmé par un prélèvement.

1.2.5 Teignes du cuir chevelu

A- Teignes Tondantes :

a) Teigne microsporique :

Elle est due à des microsporums d'origine humaine (*M. Audouinii*) ou d'origine animale (*M. Canis*). Cette forme de teigne atteint les enfants d'âge scolaire et préscolaire et guérit spontanément à la puberté ou même avant pour le *M. Canis*. La teigne microsporique ne laisse pas de cicatrices après guérison, la repousse du poil est donc totale. La contagion se fait d'une façon directe ou indirecte (objets de toilette, chapeaux...) pour le *M. Audouinii* ; souvent au contact de l'animal pour le *M. Canis* (chat, chien). La lésion commence par une tache rose qui se couvre rapidement de squames fines, poudreuses, cendrées et les cheveux cassent à quelques millimètres de leur émergence (cheveux en poils de brosse). Sur les plaques, il n'y a pas de cheveux sains. Les plaques sont généralement peu nombreuses (une à deux), rarement plus. Les cheveux cassés sont fluorescents à la lampe de Wood.

b) Teigne trichophytique :

Due à un champignon du genre trichophyton.

Les lésions débutent par des taches roses nombreuses (plusieurs dizaines parfois) pouvant passer inaperçues, puis elles se couvrent de fines pellicules et les cheveux cassent, souvent très court apparaissant parfois sous la forme de points noirs (comme des comédons), parfois ils sont entortillés, tordus en S en Z. Au sein des plaques, émergent quelques cheveux sains si bien que cette teigne est dite imparfaitement tondante.

L'examen du cuir chevelu ne montre pas de fluorescence à la lumière de Wood.

L'examen microscopique du cheveu parasité montre un parasitisme endothrix

B- Teigne Favique

Son début est insidieux et se manifeste par des plaques croûteuses surélevées, grises, jaunâtres ou jaune soufre, irrégulières de contour et d'étendues variables. Ces plaques sont constituées de "godets faviques" agglomérés. Le godet est une cupule centrée par un poil, il est de couleur jaune soufre, fait de matière friable (masse compacte de mycélium), d'odeur "niche de souris". Au-dessous des plaques, la peau est déprimée, lisse, rouge, inflammatoire ou même ulcérée et suppurante. Les cheveux persistants par touffes sont ternes, décolorés, atrophiés.

L'examen à la lampe de Wood montre des cheveux fluorescents sur toute leur longueur.

C- Teignes inflammatoires (Kérion)

Le type est le Kérion de Celse transmis généralement par les animaux.

Ces teignes débutent par une plaque squameuse qui gonfle brusquement, devient rouge et suppure. Il y aura formation de pu à la base de chaque poil. Entraînés avec le pu les poils tombent spontanément au bout de quelques jours. Le parasitisme est le type megaspore.

1.3 Traitement

1.3.1 Buts :

- Guérir le malade de ses lésions
- Guérir les sujets contacts atteints
- Donner des conseils pour éviter la ré contamination

1.3.2 Moyens et posologies :

a- Les molécules utilisées en traitement général :

- **La griséofulvine** : Griséfuline dosée à 125, 250 et 500mg

Elle est administrée à la dose de 15mg/Kg/j adultes et enfants en deux prises au moment des repas. La durée est de 4-8 semaines sauf pour les onychomycoses ou la prise peut être prolongée jusqu'à 12 et même 18 mois.

- **Les dérivés azolés** : les imidazolés (Miconazole, Kétoconazole) et les triazolés (Itraconazole, Fluconazole) ont un large spectre d'action.
- Le nitrate de Miconazole (Daktarin) : sous forme de gel et comprimé de 125mg. IL est administré chez l'adulte à la dose de 1g /j pdt 10j et chez l'enfant ¼ de comprimé/Kg/j.
- Le Kétoconazole (Nizoral),

La dose moyenne pour l'adulte est de 200mg/j ; pour l'enfant 3-4mg/Kg/j au moment des repas.

- L'Itraconazole : les doses requises sont de 100-200mg/j en prise post-prandiale immédiate.
- La Terbinafine (Lamisil) : à la dose de 250mg/j est fongicide pour les dermatophytes et fongistatique à l'égard de Candida albicans.

b- Moyens utilisés en traitement local :

De nombreux topiques sont actifs sur les champignons.

- **Les dérivés azolés** : ce sont le Miconazole (Daktarin), le Kétoconazole (Kétoderm), l'Econazole (Pévaryl), le Difonazole (Amycor), le Sulconazole (Myk 1%), l'Isoconazole (Fazol), le Tioconazole (Trosyd).
- **Les Allylamines** avec la Terbinafine (Lamisil), la Naftaline (Exoderil) sont fongicides et fongistatiques.
- **La Ciclopiroxolamine** (Mycoster) doué d'un large spectre sur les agents fongiques mais aussi sur les bactéries à gram + et – pénétrant la Kératine.
- **1.4 Indications :**

1.4.1 Les lésions de la peau glabre

Dans les épidermatophyties circonscrites, un traitement local poursuivi pendant trois à quatre semaines suffit dans les cas peu étendus.

Dans les cas étendus il faudra ajouter un traitement par voie générale pendant 2 à 4 semaines.

1.4.2. Les teignes

1.4.2.1 Les teignes tondantes et favus

Le traitement associe la griséofulvine, per os (15 mg/kg) a un traitement local, 2 fois par jour, consistant en l'application d'un antifongique imidazole en lotion ou en crème (exemple : miconazole).

Ce traitement est à poursuivre pendant 8 semaines. Faire le rasage du cuir chevelu 2 fois par semaine.

1.4.2.2 La teigne inflammatoire

Dans ces formes en plus du traitement précédant on ajoute un anti-inflammatoire ou un anti-infectieux si surinfection.

1.4.2.3 Les onyxis dermatophytiques

Ces formes nécessitent un traitement par voie générale à la Griséofulvine ou à la Terbinafine per os pendant 3 à 6 mois pour les ongles des doigts et 6 à 12 mois pour les ongles des pieds. Un traitement local comportant le meulage à intervalle régulier de l'ongle et l'application 2 fois par jour d'une crème antifongique telle que la naftinine ou mieux la terbinafine pendant la même durée que le traitement général. Il est conseillé de surveiller l'hémogramme pendant ce long traitement.

1.5 Effets secondaires :

- **De la Griséofulvine** : les effets secondaires sont rares et généralement réversibles à l'arrêt du traitement : céphalées, vertiges, nausées, diarrhée, réactions allergiques cutanées.
- **Des dérivés azolés** : on observe des manifestations d'intolérance mineure telles que : nausées, céphalées, troubles digestifs, épi gastralgies. Le risque majeur est le déclenchement d'une hépatite toxique (1 cas pour 10 000)

1.6 Les moyens préventifs

Ce sont essentiellement :

- La bonne hygiène corporelle et vestimentaire
- Le nettoyage du corps avec une serviette personnelle
- La réduction du contact pieds nus avec certaines surfaces (sol, piscine, salle de gymnastique)
- Le port de sous-vêtements et de chaussures en coton
- Le respect de la durée de traitement antimycosique
- L'éviction scolaire temporaire pour les cas de teignes.

2. Les infections cutanées bactériennes

2.1- L'impétigo

2.1.1- Définition :

L'impétigo est une infection superficielle contagieuse de la peau qui peut être due au streptocoque, au staphylocoque ou à l'association des deux.

2.1.2- Signes cliniques :

a) Type de description : l'impétigo de l'enfant d'âge scolaire

Il débute par une ou quelques petites taches érythémateuses sur lesquelles surviennent des bulles fragiles à liquide clair ou légèrement trouble, entourées d'un liseré érythémateux, rapidement le contenu des bulles devient purulent, leur toit se rompt, laissant place à des croûtes jaunâtres mélicériques (couleur miel) et à des érosions arrondies groupées en élément annulaire.

Chez l'adulte l'impétigo primitif est rare, il s'agit en règle de l'impétiginisation d'une dermatose préexistante, habituellement prurigineuse (eczéma, gale...).

2.1.3- Formes cliniques :

a) Impétigo bulleux : touche surtout le nourrisson, il est généralement staphylococcique

b) impétigo miliaire : fait de vésicules confluentes en nappes

c) Impétigo sec et circiné : réalise de petites plaques à bordure polycyclique faite de vésicules confluentes.

2.1.4- Complications :

Les complications de l'impétigo non traité sont :

- L'ecthyma
- La lymphangite
- La glomérulonéphrite aiguë
- La septicémie (rare)
- La généralisation par auto inoculation

2.1.5- Traitement :

Le traitement comporte obligatoirement une antibiothérapie générale par macrolides, quinolones, betalactamines. Cette thérapeutique a une action très rapide Visant :

- la suppression de la contagiosité
- arrêt de l'évolution et cicatrisation des lésions en 2 à 5 jours

Le traitement local par les antiseptiques tend à éviter la dissémination des germes.

Les pommades antibiotiques (fucidine crème ou pommade, La mupirocine (Bactroban) vont ramollir les croûtes et facilitent leur ablation.

2.2- Le furoncle :

2.2.1- Définition :

Est une infection aiguë du follicule pilo-sébacé, due au staphylocoque doré et ayant une évolution spontanée nécrosante. L'infection touche la partie moyenne du follicule pilo-sébacé qui s'élimine avec les zones voisines dermiques nécrosées sous forme de "bourbillon".

2.2.2- Epidémiologie :

Facteurs favorisants : on recherchera toujours un terrain fragilisé : diabète, alcoolisme, immunodépression primitive ou secondaire à un traitement.

2.2.3- Diagnostic :

Le furoncle est de diagnostic assez facile. Le début est une simple folliculite, puis rapidement apparaît une zone indurée, rouge, chaude, douloureuse, avec au centre une pustule jaunâtre.

La douleur peut être intense et s'accompagner d'une adénopathie et d'une fièvre.

En quelques jours, le bourbillon s'élimine laissant place à une cicatrice déprimée.

Le furoncle peut siéger n'importe où, mais il est favorisé par le frottement sur le dos, les fesses, le périnée. Sur le visage, il est surtout dangereux s'il est localisé à la région médiane du visage (aile du nez, lèvre supérieure).

Dans cette localisation médio faciale, il faut toujours craindre la complication majeure qu'est la staphylococcie maligne de la face. Elle se voit surtout après manipulation intempestive du furoncle et se traduit par un syndrome infectieux majeur avec frisson, fièvre à 40°C, œdème du visage. Les hémocultures sont positives et l'évolution spontanée est mortelle, par thrombophlébite des sinus veineux caverneux et atteinte méningée.

2.2.4- Traitement :

Devant un simple furoncle :

- désinfection locale par des lotions antiseptiques
- élimination du bourbillon au bistouri
- pansements avec crèmes antibiotiques (fucidine,) si lésion humide
- pansement avec antiseptique liquide (solution AgNo3).

Sur terrain débilisé, une antibiothérapie générale sera instaurée. Il faudra conseiller : une hygiène acceptable de la peau avec savons antiseptiques, brossage des ongles matin et soir et traitement antiseptique des gîtes microbiens tels que le nez et la marge anale. Par ailleurs il faut assurer la désinfection des lésions cutanées à l'aide de l'alcool à 70 %, septéal, hexomédine, betadine solution dermique.

Dans tous les cas, la prévention étant préférable, il faudra toujours traiter un furoncle pour éviter l'apparition d'un anthrax.

2.3- Anthrax :

2.3.1- Définition :

Il résulte de la confluence et de la prolifération de plusieurs furoncles

2.3.2- Signes cliniques :

Il est surtout vu dans les zones de transpiration importante. Il se traduit par une tuméfaction érythémateuse, douloureuse, chaude, dont on sent la profondeur au palper et qui est centrée par une ulcération nécrotique d'où sort un pus franc. Ce pus est riche en staphylocoque doré.

L'anthrax s'accompagne de fièvre et d'une adénopathie locale. L'anthrax doit être différencié du kyste sébacé infecté ou d'un abcès fistulisé.

2.3.3- Traitement :

L'antibiothérapie doit être générale, poursuivie pendant 10 jours. Localement, on favorisera la collection du pus par des pansements alcoolisés. Une mise à plat chirurgicale sera faite suivie d'un nettoyage soigneux. On recherchera toujours une pathologie métabolique associée (diabète).

3. Les viroses cutanées ;

3.1- La varicelle

3.1.1- Définition :

Maladie infectieuse contagieuse, correspondant à la primo invasion du virus varicelle zona (VZV) du groupe des Herpès virus.

3.1.2- 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. Les formes de l'adulte sont très rares mais souvent plus sévères ; exceptionnellement, la varicelle peut atteindre l'enfant avant 6 mois car il est habituellement protégé par les anticorps maternels. La contagiosité débute 48 H avant l'éruption et se prolonge jusqu'au 6^e jour de l'éruption. Les sujets non immunisés peuvent contracter l'affection en présence d'un zona.

3.1.3- Manifestations cliniques :

- incubation : 14 jours avec des extrêmes de 10 à 20 jours
- la phase d'invasion est souvent inapparente, elle est très courte (24 H) marquée par une fébricule à 38° C, un malaise général et parfois une éruption scarlatiniforme.
- La phase d'état : éruption faite de macules roses, arrondies, bien limitées, chacune se recouvrant 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, devient jaunâtre, la vésicule se plisse en son centre, c'est le stade de dessiccation.
- Du 2^e au 4^e jour, se forme une croûte brunâtre qui tombera vers le 8^e jour laissant une cicatrice rose, puis blanche qui disparaît en quelques mois.

L'ensemble du revêtement cutané peut être touché, mais c'est surtout le tronc et la face qui sont atteints. Le cuir chevelu est souvent touché de

façon précoce. 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 NFS montre une leucopénie avec lymphomonocytose.

La Guérison survient au bout de 8 à 10 jours.

3.1.4- Complications : elles sont rares et peuvent être entre autre :

- Une Surinfection généralisée ;
- Une atteinte oculaire à type de kerato conjonctivite
- Une complication pulmonaire (pneumopathie varicelleuse)
- Une complication cérébrale (ataxie cérébelleuse).

La varicelle chez l'immunodéprimé se caractérise sur le plan clinique par un tableau infectieux souvent accompagné d'une éruption cutanéomuqueuse plus ou moins disséminée, faite de lésions ulcéronécrotiques et hémorragiques.

3.1.5- Traitement :

Localement, les antiseptiques sont prescrits pour éviter la surinfection bactérienne, qui sera traitée si elle survient par antibiotiques antistaphylococciques.

Le prurit est habituellement bien calmé par des anti histaminiques.

L' acyclovir (Zovirax) est indiqué chez les immunodéprimés, par voie intra veineuse 500 mg/m² toutes les 8h chez l'enfant et 10mg/kg/8h chez l'adulte pendant 8à10 jours. Il est également prescrit dans les formes sévères de l'adulte immunocompétent, de la femme enceinte et chez le nouveau-né à risque de varicelle néonatale.

Chez les sujets à risque (femme enceinte, immunodéprimé), l'immunisation passive par les immunoglobulines polyvalentes IV doit être réalisée dans les 72 H suivant un contage possible.

3.2- Le Zona

3.2.1- Définition :

C'est une ganglioradiculite postérieure aiguë liée à la réactivation du VZV. Il se caractérise par une éruption érythémato-vésiculeuse unilatérale et hyperalgique siégeant dans le territoire d'un dermatome.

3.2.2- Aspects cliniques :

Type de description : le zona intercostal

Au début, le patient ressent une douleur intercostale en hémi ceinture plus ou moins intense à type de brûlure associée à une adénopathie axillaire et à un discret syndrome infectieux. Deux à trois jours plus tard, débute l'éruption localisée tout d'abord au niveau du rachis pour atteindre la région axillaire, puis le sternum sans dépasser la ligne médiane. Il s'agit d'éléments papuleux plus ou moins nombreux qui confluent pour former un placard se recouvrant en 12 à 24 H de vésicules d'abord groupées en bouquet puis confluentes pour former éventuellement des bulles. Plusieurs poussées peuvent se succéder expliquant les lésions d'âges différents avec parfois quelques éléments aberrants. Ces vésicules vont se troubler, se flétrir et se dessécher pour laisser place aux croûtes brunâtres ou jaunâtres vers les 5^e -7^e jours.

La douleur est d'intensité variable soit modérée chez le sujet jeune soit intense en éclair, insomnante chez l'adulte. Des douleurs vasomotrices peuvent s'observer, associées à une hypo sudation. Le zona guérit en 3-4 semaines conférant habituellement une immunité mais des récurrences peuvent se voir surtout chez l'immunodéprimé.

Le problème majeur est représenté par les algies post zostériennes entraînant des douleurs avec accès paroxystiques chez l'adulte et intolérables chez le sujet âgé, s'associant à une hypoesthésie du territoire atteint. Ces douleurs peuvent persister longtemps et être invalidantes ; elles pourraient être d'origine hypothalamique.

3.2.3- Formes cliniques :

Tous les dermatomes peuvent être atteints donnant autant de manifestations cliniques :

- **Zonas cervicaux** : de C1 à C3 : zona cervico- occipital (la nuque, le cuir chevelu et le pavillon de l'oreille). C3-C4 : zona cervico sus claviculaire ; C4-C7 : zona cervico brachial
- **Zona lombo-abdominal** : atteinte de l'abdomen, région inguinale et organes génitaux externes.
- **Zona des membres** : il peut s'accompagner d'une paralysie des nerfs moteurs avec paralysie du SPE (steppage)
- **Zona des nerfs crâniens**
- **zona ophtalmique**, le plus grave des zonas céphaliques, traduit l'atteinte du ganglion de Gasser.
- **Zona du ganglion géciculé** intéresse les branches sensibles du III, il entraîne une otalgie vive avec adénopathie prétragienne, agueusie des 2/3 de l'hémi langue et une éruption au niveau du conduit auditif externe (tympan et conque de l'oreille), une paralysie faciale peut se voir vers les 5^e et 6^e jours.

3.2.4- Complications

Les complications neurologiques sont les plus fréquentes : il s'agit principalement d'une paralysie des nerfs crâniens et d'une paralysie périphérique dans le territoire du nerf atteint (1-6 %).

Le zona généralisé, grave et nécrotique s'observe chez les sujets immunodéprimés.

3.2.5- Traitement :

Dans le **zona simple** localisé, le traitement local comporte essentiellement des antiseptiques.

Une antibiothérapie per os est prescrite s'il y a une surinfection qui est le plus souvent staphylococcique. Si douleurs : antalgiques habituels (dérivés salicylés, paracétamol) sont généralement suffisants, sinon il faut recourir à des analgésiques plus puissants ou à des benzodiazépines.

Zona des sujets immunocompétents de plus de 50 ans : valanciclovir (zelitrex 1 g 3 fois/j pendant 7 j per os) et le famciclovir (oravir 500 mg 3 fois/j pendant 7 j) prescrits dans les 72 H de l'éruption préviennent les douleurs à la phase aiguë et post-zostérienne.

Chez l'immunodéprimé, que le zona soit localisé ou disséminé, le traitement se fait avec l'acyclovir (10 mg/kg/8 H pendant 7 à 10 j IV) ou

valanciclovir (zelitrex 1 g 3 fois/j per os) ou le famciclovir (oravir) 500 mg 3 fois/j pendant 7 à 10 j.

4- Les infections cutanées parasitaires

4.1 La gale acarienne humaine

4.1.1- Définition :

La gale est une maladie ectoparasitaire due à un acarien, le *sarcoptes scabiei hominis*, qui vit dans la couche cornée de l'épiderme.

4.1.2- Epidémiologie :

Elle est transmise dans l'immense majorité des cas par contact inter humain direct. Elle se fait par les femelles fécondées qui sont noctambules. Le parasite ne survit que quelques jours en dehors de son hôte.

L'acarien femelle adulte a une bonne mobilité pour des températures de 25 à 30°C ; en dessous de 20°C, il est immobile et meurt rapidement ; au-dessus de 55°C, il est tué en quelques minutes.

La gale se transmet par contact :

- direct : chez les personnes partageant le même lit et lors des rapports sexuels : il s'agit ainsi d'une IST,
- en raison de la fragilité de l'acarien en dehors de son hôte humain le contact indirect (draps, vêtements infestés) est une éventualité plus rare.

4.1.3- Signes cliniques :

a) Dans sa forme typique :

L'incubation est très variable, de 2 jours (en cas de ré infestation) à plusieurs semaines (3 semaines en moyenne).

Elle se caractérise par un signe subjectif important : le prurit, initialement localisé aux régions interdigitales et aux fesses, il s'agit souvent d'un prurit généralisé ne respectant que la tête et le dos présentant une recrudescence nocturne, et un caractère conjugal ou familial.

Devant un prurit si caractéristique, on recherchera :

- Des lésions objectives spécifiques de gale :

- le "sillon scabieux" est pathognomonique, il se traduit par un trait fin, sinueux, filiforme de 5 à 15 mm de long : on le recherchera soigneusement entre les doigts et les faces antérieures des poignets.

- à l'une des extrémités du sillon, on peut avoir parfois une élévation de couleur nacré : c'est "l'éminence acarienne" : elle correspond à la position de la femelle adulte ; le reste du sillon est occupé par les œufs pondus.

- Les nodules scabieux sont de grosses papules infiltrées et excoriées siégeant dans la région axillaire et génitale ("chancre" scabieux de la verge et du scrotum).

➤ Des lésions non spécifiques de la gale :

il s'agit de lésions de grattage, de papules excoriées et de placards lichénifiés.

Ces lésions de grattage ont une topographie antérieure (à l'exception des fesses) et symétrique très évocatrice : ainsi, les lésions siègent dans les espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets, les coudes, les fesses, la face antérieure des cuisses.

Chez les femmes, le prurit bilatéral du mamelon et de l'aréole mammaire avec lésions excoriées et croûteuses est un signe évocateur. Chez l'homme l'atteinte des organes génitaux externes se traduit par : "chancre" scabieux. Le visage, le cou et le dos sont épargnés.

Nous insisterons sur le fait que les lésions objectives de la gale peuvent être extrêmement discrètes, notamment chez les gens propres, parfois tout se résume à un prurit dont le caractère persistant, parfois familial et nocturne justifie pleinement un traitement d'épreuve.

4.1.4- Formes cliniques :

a) Gale des gens propres :

Les signes spécifiques sont souvent très discrets : on s'appuiera sur les caractères évocateurs du prurit (familial, exacerbation nocturne). On recherchera l'existence du "chancre" scabieux.

De toute façon, au moindre doute, un traitement d'épreuve, véritable test diagnostique est justifié.

b) Gale du nourrisson et de l'enfant :

Elle se caractérise en plus par :

- la présence de nodules scabieux sur le périnée et les aisselles,
- des lésions papulo-pustuleuses des paumes et surtout des plantes sont particulièrement évocatrices,
- l'atteinte du visage a pu être observée
- la gale est volontiers impétiginisée

c) La gale norvégienne :

L'aspect est déroutant : le prurit est d'intensité très variable, de modéré à féroce parfois absent. Les lésions sont croûteuses et hyperkératosiques. Elles prédominent sur les zones de pression (coudes, genoux, fesses) et les extrémités (paumes, plantes, verge). Les ongles sont épaissis.

Parfois un tableau d'érythrodermie squamo-croûteuse est réalisé pouvant prêter à confusion avec un psoriasis.

4.1.5- Evolution :

Non traité, la gale persiste indéfiniment et peut être à l'origine de complications qui sont :

- L'impétiginisation des lésions,
- L'eczématisation favorisée par le prurit persistant et les traitements locaux.

Traité efficacement, le prurit disparaît le plus souvent en quelques jours. Parfois, il persiste plus longtemps et s'atténue spontanément en 2 à 3 semaines ; Passé ce délai, on envisagera la possibilité d'une ré infestation ou d'une persistance de l'affection (désinfection insuffisante).

4.1.6- Diagnostic :

Il est habituellement facile et repose sur :

- le prurit à recrudescence nocturne, épargnant le visage avec notion de contagé familial ou conjugal
- la topographie caractéristique de l'éruption

- la mise en évidence des sillons : test à l'encre imprégnant électivement les sillons de gale
- c'est dans les formes déroutantes que l'on s'aidera :
 - . de l'examen au microscope des squames ou de l'extrémité d'un sillon ou du scotch test,
 - . enfin et surtout du test thérapeutique.

4.1.7- Diagnostic différentiel :

Il peut se poser avec la pédiculose corporelle (association fréquente), l'eczéma, l'impétigo,... la gale acarienne due à des variantes de sarcoptes d'origine animale (chats, chiens) qui guérissent spontanément en 48 heures quand cesse le contact avec l'animal responsable.

4.1.8- Traitement :

Benzoate de benzyle (Ascabiol*) ; en application sur tout le corps sauf le visage ; et attendre 24h pour se rincer chez l'adulte ; et 12h chez l'enfant.

Mettre le linge et la literie au soleil.

Traitement des contacts (toutes les personnes vivant sous le même toit que le patient) .

5- Les dermatoses immuno-allergiques :

5.1- Les eczémas

L'eczéma est le plus fréquent des dermatoses, 1/3 des malades d'une consultation externe de dermatologie est atteint d'eczéma.

5.1.1- Définition

L'eczéma est une dermatose érythémato-vésiculeuse prurigineuse, en nappes ou en placards très récidivante et dont la lésion histologique prédominante est la spongiose du corps muqueux de Malpighi.

5.1.2- Etude clinique

Ce groupe d'eczéma, comporte deux entités bien définies :

- l'eczéma de contact allergique
- l'eczéma constitutionnel encore appelé dermatite atopique

a) L'eczéma de contact allergique dans sa forme typique :

Sur le plan sémiologique, les lésions élémentaires sont représentées par :

- l'érythème : il s'agit d'un érythème congestif inflammatoire qui disparaît à la vitro pression,
- les micros vésicules de la taille d'une tête d'épingle, sont remplies d'un liquide clair,

L'eczéma évolue par poussée. Le prurit est pratiquement constant, la poussée d'eczéma évolue en 4 phases :

- La phase érythémateuse :

Un placard érythémateux, œdémateux, chaud, inflammatoire, parsemé de petites élevures, donnant un aspect chagriné de la peau. A ce stade initial, le prurit est toujours intense.

- La phase vésiculeuse :

Les vésicules caractéristiques de l'eczéma, apparaissent sur les lésions érythémateuses, elles sont transparentes et renferment une sérosité claire. Elles peuvent confluer pour réaliser de petites bulles. Ces

vésicules sont fragiles, elles se rompent spontanément ou à la suite du grattage et nous entrons dans la troisième phase.

- La phase de suintement :

Les vésicules se rompent et laissent écouler un liquide séreux jaunâtre, le placard se couvre alors de petites croûtes jaunâtres, résultat de la coagulation de la sérosité.

En quelques jours, les croûtes vont se dessécher et tomber, nous entrons alors dans la dernière phase.

- La phase de réparation : phase de desquamation :

Lorsque les croûtes sont tombées, le tégument prend un aspect érythémateux, lisse. Rapidement la rougeur diminue, la surface de la peau se craquelle et se recouvre de squames fines.

Ces squames tombent et peu à peu la peau reprend son aspect normal. Dans certains cas d'eczéma chronique où le prurit est extrêmement important, la peau garde un aspect épaissi, lichénifié, infiltré.

Il faut retenir que :

- les bords des lésions d'eczéma sont généralement émiettés
- le prurit est constant
- un de ces 4 aspects peut prédominer voire être en apparence isolé.

5.1.3- Les formes cliniques :

a) formes symptomatiques :

Plusieurs aspects sémiologiques peuvent être observés dans les deux grandes formes évolutives de l'eczéma de contact allergique.

- Au cours de l'eczéma aigu on peut observer :

L'eczéma papulo-vésiculeux :

Il se présente sous forme de petites élevures papuleuses, légèrement infiltrées, de teinte rose vif avec, au centre, une vésicule. Ces papulo-vésicules sont analogues à celles du prurigo simplex.

L'eczéma nummulaire : (en pièces de monnaie)

Il est très prurigineux, les vésicules sont groupées sous formes de petits médaillons bien limités.

L'eczéma bulleux :

Les vésicules sont grandes et prennent la forme de bulles, se voient surtout aux mains et aux pieds.

- **Au cours de l'eczéma chronique** on peut observer :

L'eczéma sec :

Il est constitué de taches rosées recouvertes de squames sèches : c'est une forme dans laquelle la vésiculation est atténuée.

L'eczéma kératosique :

Il est caractérisé par un épaissement marqué de la couche cornée. Il réalise de véritables carapaces kératosiques blanc grisâtres, épaisses et fissurés.

b) Les formes topographiques :

L'eczéma peut apparaître sur n'importe quel territoire cutané. Nous ne décrivons que l'atteinte particulière du visage et des extrémités des membres (mains et pieds).

- **L'eczéma aigu du visage**

Il est caractérisé par une rougeur intense œdémateuse avec suintement, simulant un érysipèle dépourvu de bourrelets périphériques, les lésions sont prurigineuses, sans adénopathies, sans phénomènes généraux.

- **L'eczéma dysidrosique des paumes et plantes**

Il se localise essentiellement au niveau des mains et des pieds, surtout au niveau des faces latérales des doigts, il est fait de vésicules profondes enchâssées dans l'épiderme du fait de l'épaisseur de la couche cornée.

c) Les formes compliquées :

- **l'eczéma sur infecté : eczéma impétiginisé**

La rupture de la barrière cutanée par érosion des vésicules lors du grattage est une porte d'entrée pour les germes infectieux.

Le suintement perd son caractère sereux : il devient louche, puis purulent. Les placards d'eczéma se recouvrent de croûtes épaisses, jaunâtres. Dans certains cas, l'eczéma s'accompagne d'adénopathies douloureuses dans le territoire lymphatique afférent, et parfois de poussées fébriles.

- **l'eczéma lichénifié :**

C'est un eczéma de longue durée, le prurit persiste et la peau soumise à un grattage incessant réagit en s'épaississant et ou en se pigmentant.

- **l'eczéma généralisé : eczéma erythrodermique**

L'eczéma débute à l'endroit du contact de la peau avec l'allergène, mais peut ensuite pour des raisons mal connues s'étendre à distance. Les 2/3 ou toute la peau est atteinte, réalisant une érythrodermie érythémato-vésiculeuse.

5.1.4- Diagnostic positif :

Plusieurs critères sont nécessaires pour affirmer le diagnostic positif :

a. le diagnostic d'eczéma est affirmé :

- Devant les lésions cliniques à type d'érythème, de vésicule, de suintement, de desquamation associés au prurit.
- Devant les lésions histologiques telles que la spongiose, la vésiculation, l'exocytose à lymphocyte T.

b. la nature allergique de l'eczéma de contact est affirmée :

Par une enquête allergologique aboutissant au diagnostic étiologique. Deux étapes sont nécessaires au cours de cette enquête :

- **L'interrogatoire**

Il a une importance fondamentale et il faut y consacrer le temps nécessaire. Les deux questions préalables sont :

- Où l'eczéma a-t-il débuté? Cette localisation aidera à s'orienter vers des allergènes précis. Exemples :
 - dos des mains : contact professionnel, ménagère,....
 - visage : cosmétique, produits aéroportés...
 - paupières : vernis à ongles, collyres....
 - poignet : montre, bracelet.....
- Quant l'eczéma a-t-il débuté et comment évolue-t-il? les poussées sont rythmées de façon nette par les contacts. Exemple : dans les eczémas professionnels, l'eczéma s'améliore pendant les vacances ou arrêt de travail et récidive dès la ré exposition à l'allergène.

- Les principaux allergènes de contact :

- Sels de chrome : bichromate de potassium: c'est une cause fréquente d'eczéma de contact professionnel ;
- Ciments, peintures, eau de Javel, solution pour chromage, huiles de coupe (soudure),...
- Nickel : accessoires vestimentaires, boutons métalliques, bijoux de fantaisie,...
- Caoutchouc : pneus, câbles, objets domestiques, bottes, gants,
- Le groupe des aminés en paraphénylène diamine ; colorants, sulfamides, teinture de cheveux, constituant des cosmétiques (lanoline, parfum) donnent des allergies croisées.

5.1.5- Le traitement de l'eczéma de contact allergique :

a. Buts :

- Guérir la poussée de l'eczéma et calmer le prurit
- Eviter la récurrence par la suppression du contact avec l'allergène.

b. traitement symptomatique :

- **Moyens et posologie :**

- **Moyens locaux :**

- **Médicaments spécifiques : les dermocorticoïdes.**

Betaméthazone : il se présente sous forme de crème et pommade.

Pour le traitement d'attaque : une application matin et soir pendant une semaine.

Pour le traitement d'entretien : une application par jour pendant une semaine, puis une application tous les deux jours, ensuite une application tous les trois jours jusqu'à l'arrêt progressif du traitement avec le disparition des lésions.

- **Adjuvants :**

Les antiseptiques : les lotions aqueuses légèrement antiseptiques.

Permanganate de potassium : sous forme de comprimé et de poudre en sachet dosé à 500mg ; on l'utilise dilué à 1/10000^e ou 1/20000^e dans l'eau en lavage deux fois par jour.

L'éosine aqueuse à 2% : éosine 2g+eau distillée 100ml sous forme de compresse humide matin et soir

L'antibiotique local : l'acide fucidique

Sous forme de crème et pommade. Il est utilisé pour supprimer la surinfection. On l'applique sur la lésion matin et soir jusqu'à guérison de la surinfection.

Les Kératolytiques : l'acide salicylique

Il est utilisé avec les corticoïdes pour renforcer leur activité.

La posologie est de 3% à 5% chez l'enfant

5%, 10% ou 20% chez l'adulte

• **Moyens généraux :**

- **Les antihistaminiques anti H1 :**

Hydroxyzine (Atarax ®) sous forme de comprimé dosé à 25mg et de sirop dosé à 400mg (1c à c=10mg, 1c à s= 40mg)

Posologie : chez l'enfant 1mg/Kg/j ; chez l'adulte 25 à 75mg/J soit 1cp ½ par jour.

Dexchlorphéniramine (Polaramine ®) sous forme de comprimé de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1c à c=0,5mg)

Posologie : chez l'enfant de 1 à 6 ans ½ à 1 cuillère mesure par jour, de 6 à 12 ans 1 comprimé de 2mg/j ; chez l'adulte 1 comprimé de 6mg/j

- **Les antibiotiques** : ils ne sont utilisés que lorsqu'il existe une surinfection et que la dermatose est trop étendue pour que cette surinfection soit incontrôlable par un topique.

L'érythromycine sous forme de comprimés dosés à 500mg et de poudre en sachet dosé à 125mg et 250mg.

L'amoxicilline sous forme de gélules dosées à 500mg et de sirop dosé à 125mg et 250mg

Posologie des antibiotiques :

Chez l'enfant 1g/j pdt 7j

Chez l'adulte 2g/j pdt 7j

- **Les corticoïdes par voie générale**

Prédnisone (Cortancyl ®) : Voie orale, comprimé dosée à 1mg et 5mg

Posologie : l'administration se fera de préférence en une prise unique le matin à 8H, chez l'adulte 1 à 2mg/Kg/j et chez l'enfant 0,5 à 1mg/j, ensuite la posologie sera réduite de façon progressive jusqu'à l'obtention de la dose minimale efficace.

- **Les indications** :

- **Dans l'eczéma très aigu et généralisé** : corticoïde local, bain permanganate de potassium.
- **Dans l'eczéma vésiculeux et suintant** : bain permanganate de potassium, pommade de Dalibour, Hydroxyzine comprimé ou sirop.
- **Dans l'eczéma surinfecté avec des croûtes** : bain permanganate de potassium, antibiotique en pommade, Erythromycine en poudre ou comprimé, Hydroxyzine en sirop ou comprimé, dermocorticoïde après guérison de la surinfection.
- **Dans l'eczéma subaigu** : corticoïde en crème.
- **Dans l'eczéma chronique, Kératosique ou lichénifié** : corticoïde pommade associé à l'acide salicylique

- **Contre indications et effets secondaires** :

- **Les dermocorticoïdes** : classe 2 (Bétaméthazone)

Contre-indications : infections bactériennes, virales, fongiques et parasitaires même si elles comportent une composante inflammatoire ; lésions ulcérées, acnés, Hypersensibilité à l'un des constituants.

Effets secondaires : atrophie cutanée, vergetures, dermite péri orale, dépigmentation.

- **Les adjuvants :**

Les colorants aqueux (éosine, permanganate de potassium) tachent la peau.

• **Les antibiotiques :**

L'érythromycine

Contre indication : allergie à l'érythromycine (rare)

Effets secondaires : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées.

• **Les antihistaminiques :**

Dexchlorphéniramine (Polaramine*), Hydroxyzine (Atarax*)

Contre indication : Glaucome à angle aigu, rétention urinaire

Effets secondaires : Sédation, sècheresse de la bouche, constipation.

c. Traitement étiologique :

Il consiste à éliminer l'allergène qui est à l'origine de l'affection.

d. Prophylaxie :

- Réduire et limiter le nombre des produits d'hygiène.
- Utiliser de simples savons (savon de Marseille, savon Koulikoro)
- Ne pas utiliser les produits purs (eau de javel), ne pas les mélanger, respecter les dilutions prévues par les fabricants.
- Préférer les fibres textiles naturelles (coton) aux fibres synthétiques.

5.2- Eczéma constitutionnel ou dermatite atopique :

5.2.1- Définition

L'atopie désigne un état particulier caractérisé par une prédisposition génétique à la synthèse accrue d'IgE et aux maladies allergiques : rhinite allergique, conjonctivite, asthme, urticaire, eczéma.

5.2.2- Les signes cliniques :

a. Dermatite atopique du nourrisson :

La maladie débute vers le 2^e-3^e mois de la vie. Il s'agit d'un eczéma toujours prurigineux, érythémato-suintant et croûteux.

Le visage est souvent le premier atteint : front et joues (la bouche, nez, menton sont respectés). L'éruption peut s'étendre aux oreilles, au cuir chevelu. Des lésions sur les membres peuvent se voir.

Bien que la dermatite atopique soit de diagnostic facile, il existe des critères qui orientent vers l'atopie. Trois critères majeurs sont à distinguer :

- ✓ Le Prurit
- ✓ La Chronicité
- ✓ La Topographie

Un critère est présent dans 70 % des cas : antécédents familiaux d'atopie.

b. La dermatite atopique de l'adulte et du grand enfant :

Les lésions sont très polymorphes :

- Placards eczématiformes mal limités
- Lésions lichénifiées et épaissies
- Papules indurées de prurigo définissant le prurigo de Besnier
- Lésions nummulaires

La topographie reste symétrique, localisée tantôt aux plis, tantôt sur les convexités, plus ou moins généralisée.

La sécheresse de la peau reste toujours majeure dans la plupart des cas.

5.2.3- Traitement de la dermatite atopique

Traitement symptomatique

-antiseptiques moussants (cytéal*, asepsil*) ou non moussants (hexomedine, septéal, amuchina) et aussi les colorants (éosine, fluorescéine).

-les dermocorticoïdes : on utilise en général une forme crème (Bétaméthazone), Pour les plaques lichénifiées les pommades au goudron (Carbodome*) sont indiquées.

-les antihistaminiques et les antibiotiques sont également utiles.

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-oedémato-prurigineuse fugace dont le diagnostic est facilement posé par l'examen clinique.

5.3.2- Classification :

a. Selon l'évolution on distingue :

- Les urticaires aiguës fugaces
- 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 sous cutané

c. Selon les médiateurs responsables on distingue :

- Les urticaires histaminiques
- Les urticaires cholinergiques

5.3.3- Signes cliniques :

a) Type de description : l'urticaire commune

L'urticaire commune (superficielle) est de diagnostic facile. Ce sont des papules œdémateuses ortiées, érythémateuses, de taille variable, 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 (lèvres, paupières) et aux

organes génitaux et pouvant atteindre les muqueuses (œdème de la glotte).

- **L'urticaire aiguë** est un accident brutal. De début spectaculaire et de disparition rapide, composée d'une ou plusieurs poussées 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** :

a) **Urticaires induites par voie générale** :

- **Urticaires médicamenteuses** : Pénicilline, Sulfamides, Barbituriques, Aspirine, Polymixine...
- **Urticaires alimentaires** :
 - aliments riches en histamine (crustacés, fromage....),
 - aliments histamino-libérateurs (fraises, chocolat, œuf, gruyère....),
 - Les allergies vraies : protéine de lait de vache, œufs, poissons, colorants, conservateurs, pénicilline, fongicides, levures...
- **Causes infectieuses** : phase pré ictérique de l'hépatite B, foyer infectieux (caries, sinusites), parasitoses (parasites intestinaux, ascaris, ankylostome, oxyures).
- **Pneumallergènes** : plus rares.

b) **Urticaires induites par voie locale** :

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

➤ **Urticaires physiques :**

- urticaire mécanique :

Dermographisme : strie urticarienne consécutive au frottement de la peau par une pointe mousse,

Urticaire retardée à la pression survient après une pression appuyée (ceintures),

- urticaire thermique :

Urticaire cholinergique : conjonction (chaleur, effort) compétition sportive, petites papules, partie supérieure du tronc.

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

5.3.5- Traitement :

5.3.5.1- Traitement étiologique : consiste dans la suppression du ou des agents responsables s'ils ont été mis en évidence.

5.3.5.2-Traitement symptomatique : la principale cible est la diminution ou l'inhibition de l'activité de l'histamine.

Les antihistaminiques H1 sont nombreux

Hydroxyzine (Atarax*) se présente sous forme de comprimés dosés à 25mg et de sirop dosé à 400mg (1 c à c= 10mg, 1c à s= 40mg)

Posologie : chez l'enfant 1mg/Kg/j

Chez l'adulte 25 à 75mg/j soit 1comprimé et demi par jour

Dexchlorphéniramine (Polaramine*) se présente sous forme de comprimés de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1c à c= 0,5mg)

Posologie chez l'enfant de 1 à 6 ans 1cuillère mesure par jour ; de 6 à 12 ans 1 comprimé de deux mg par jour.

Chez l'adulte 1 comprimé de 6mg par jour

Loratadine (Clarytine*) se présente sous forme de comprimés dosés à 10mg et de sirop dosé à 60mg et à 120mg.

Posologie : chez l'enfant de 2 à 12 ans 1 cuillère mesure par jour;

Chez l'adulte et l'enfant > à 12 ans 1 comprimé par jour.

5.3.5.3- Traitements locaux :

Sont peu actifs sur la crise d'urticaire.

5.3.5.4- Indications :

Sont fonction de l'intensité et de la localisation des crises, de leur fréquence et de la gêne fonctionnelle qu'elles entraînent.

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

6- Les dermatoses cosmopolites :

6.1- Le lichen plan

6.1.1- Définition :

Dermatose inflammatoire bénigne, mais chronique, le plus souvent papuleuse, prurigineuse, et pouvant comporter des localisations muqueuses préoccupantes. Le lichen plan est de cause inconnue.

6.1.2- Epidémiologie :

Le lichen plan représente moins de 1% de l'ensemble des dermatoses, il est moins fréquent que l'eczéma et le psoriasis.

Il atteint avec une égale fréquence les 2 sexes. Il débute à l'âge de 20 à 30 ans, rarement avant 10 ans.

6.1.3- Etude clinique :

a) Dans sa forme typique :

La lésion élémentaire est une papule, dont l'aspect est très caractéristique : petite, violine, légèrement saillante, à bords nets et polygonaux, à surface plate, brillante à jour frisant, parfois finement striée (stries de Wickham).

Ces papules sont prurigineuses.

Elles se groupent en nappes de taille variable. Les sièges de prédilection sont la face antérieure des poignets et des avant-bras, la région lombaire, moins souvent les membres inférieurs. Le visage est épargné.

Des papules se groupent en une file le long d'une strie de grattage, c'est le phénomène de Köbner.

L'évolution est variable, chronique, capricieuse. Les poussées sont parfois liées à des difficultés psychologiques. Le plus souvent, le traitement hâte la guérison, des macules pigmentées peuvent persister.

6.1.4- Formes cliniques :

6.1.4.1- Formes topographiques :

- **lichen buccal** : Localisation fréquente souvent associée à un lichen cutané. La face interne des joues (en regard des dernières molaires) est la localisation la plus évocatrice. Le lichen se présente sous forme de stries blanches (porcelainés) formant un réseau pseudo papuleux à la palpation. La muqueuse est souple, pas d'infiltration ni de signes fonctionnels. Diagnostic différentiel : lupus chronique, leucoplasie.
- **lichen lingual** : se localise sur la face dorsale de la langue. Il réalise des taches lenticulaires, rondes blanches, très bien limitées : aspect en feuilles de fougère.
- **lichen des lèvres** : très rare, réalise des lésions finement réticulées.
- **lichen du cuir chevelu** : il s'agit d'un lichen peripilaire réalisant une alopécie cicatricielle à type de pseudo pelade. Diagnostic différentiel : lupus chronique.
- **lichen palmo-plantaire** : réalisant des papules cornées isolées ou confluentes ; kératodermie palmo-plantaire lichenienne. Diagnostic différentiel : Syphilis secondaire.
- **lichen des ongles** : rare, à type de striations longitudinales ou d'onycholyse.

6.1.4.2- Les formes évolutives :

- **lichen aigu** ;
- **lichen bulleux** ;
- **lichen érosif** ;

6.1.4.3- Etiologie

La cause du lichen plan n'est pas identifiée. Les arguments en faveur d'un processus auto-immun sont actuellement les plus convaincants mais aucun signe sérologique n'accompagne l'infiltrat lymphocytaire cutané.

6.1.4.4- Traitement :

- **Antiseptiques locaux** :

Permanganate de potassium : sous forme de comprimé et de poudre en sachet dosé à 500mg ; on l'utilise dilué à 1/10000^e ou 1/20000^e dans l'eau en lavage deux fois par jour.

L'éosine aqueuse à 2% : éosine 2g + eau distillée 100ml sous forme de compresse humide matin et soir

- **Corticothérapie locale.**

Betamethazone : il se présente sous forme de crème et pommade.

Pour le traitement d'attaque : une application matin et soir pendant une semaine.

Pour le traitement d'entretien : une application par jour pendant une semaine, puis une application tous les deux jours, ensuite une application tous les trois jours jusqu'à l'arrêt du traitement avec la disparition des lésions.

Une courte corticothérapie générale, les anxiolytiques, la griséofulvine peuvent être aussi utiles.

6.2- Le psoriasis

6.2.1- Définition :

Le psoriasis est une dermatose fréquente (1 à 2 % de la population), définie par des plaques érythémato-squameuses bien limitées. Il correspond à une hyper prolifération épidermique, toujours limitée et bénigne, à support génétique, et de mécanisme très complexe, encore mal connu malgré de très nombreux travaux.

6.2.2- Epidémiologie :

Le psoriasis débute à un âge variable, souvent avant 20 ans, et évolue par poussées. Les 2 sexes sont atteints. L'affection reste le plus souvent bénigne, il en existe cependant des formes graves.

6.2.3- Aspects cliniques :

a) Type de description : Le psoriasis vulgaire, en plaques

La lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse arrondie à limites nettes. Habituellement, les squames, épaisses, nacrées, recouvrent la totalité de la tache érythémateuse. Le grattage à la curette les détache jusqu'à obtention d'une "rosée sanglante" (abrasion du sommet des papilles dermiques). La plaque psoriasique est parfois entourée d'un anneau clair (de Woronoff). Typiquement non prurigineux, le psoriasis l'est cependant, dans 1/3 des cas environ.

Les lésions psoriasiques sont souvent symétriques, peuvent siéger n'importe où, mais ont des zones de prédilection : coudes, genoux, sacrum, cuir chevelu. On observe parfois le psoriasis à l'endroit d'un traumatisme : c'est le phénomène de Koebner.

6.2.4- Formes cliniques

6.2.5- Selon l'aspect on observe :

- Des formes très hyperkératosiques, crétacées (coudes, genoux),
- Des formes très peu squameuses,
- Des formes en petits éléments : psoriasis en gouttes, psoriasis guttata qui s'observe surtout chez l'enfant et fait volontiers suite à une infection rhino-pharyngée,
- Des formes en plaques annulaires,

A noter que eczématisation et surinfection sont rares.

6.2.6- Selon la localisation :

- **cuir chevelu** : plaques épaisses de "grosses pellicules", squames blanc grisâtres, que les cheveux traversent. Il n'y a pas d'alopécie.
- **Plis** : aspect d'intertrigo sec, rouge, peu squameux, bien limité, non prurigineux (c'est le psoriasis inversé).
- **Paumes et plantes** : hyperkératose importante, parfois fissuraire, très peu érythémateuse (kératodermie palmo-plantaire) posant un diagnostic différentiel avec une mycose (examen mycologique), un eczéma (prurit+), un lichen (prurit, aspect violacé) ou une syphilis secondaire (sérologie, papules squameuses).
- **Visage** : taches rouges bien limitées, avec des fines squames sèches, ou plus grasses et alors difficiles à distinguer de la dermite séborrhéique.
- **Ongles** : ponctués en dé à coudre, hyperkératose sous unguéale, onycholyse.
- **Muqueuses** : langue géographique (glossite exfoliatrice marginée), taches rouges et squameuses du gland.

6.2.7- Evolution :

Les poussées de psoriasis connaissent parfois des facteurs déclenchant infectieux et surtout psychologiques, plus ou moins nets selon les sujets. Ailleurs, elles sont imprévisibles. Leur fréquence est très variable, et il faut se garder de tout pronostic.

L'exposition solaire a le plus souvent une influence favorable sur le psoriasis.

Noter que les bêtabloquants et le lithium, peuvent révéler, ou aggraver un psoriasis.

6.2.8- Traitement :

Il ne peut être que symptomatique, "blanchit" la maladie mais ne met pas à l'abri des récives. L'essentiel du traitement est dermatologique ; il pourra être aidé, en cas de lien avec des difficultés psychologiques, par un abord psychothérapeutique (entretiens, prescription de

psychotropes). Il faut savoir en outre que l'effet placebo est, ici plus qu'ailleurs, important.

a- Les psoriasis localisés :

Le traitement est habituellement local :

- Décapage des lésions hyperkératosiques :
- Bain émollient (savon caditar*, aveenoderm*, polytar*)
- Vaseline salicylée à 5 ou 10 % (kératolytique).
- Traitement réducteur : à l'aide d'une préparation contenant un ou des goudrons (salissants mais efficaces): Carbodome, préparation magistrale, shampooing à l'huile de Cade ou au goudron.
- De l'anthraline Dioxyanthranol (Anaxéryl*, Dithrasis*), en application prolongée ou en traitement court (30 mn) à fortes concentrations (1 à 3 %).
- Corticothérapie locale, justifiée dans les psoriasis localisés : on utilise les dérivés puissants : Diprosone, Topsyne, ...en crèmes, en pommades, gels ou lotions sur le cuir chevelu (très bonne indication). Attention aux consommations abusives (d'autant que les interruptions de traitement entraînent des rebonds) source de complications et d'inefficacité.

b- Chez l'enfant :

Grande prudence thérapeutique, l'évolution est très facilement régressive. On se limite aux préparations réductrices (Ichtyol, goudron), tous les autres traitements ont des effets secondaires (y compris la vaseline salicylée qui, trop concentrée peut provoquer une intoxication salicylée).

Pommade à l'urée et dermocorticoïdes classe III ou IV.

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

1. **Lieu d'étude** : centre de santé de Référence de la commune v

Présentation du centre de santé de Référence de la commune V :

Situation : Le centre de santé de référence de la commune V a été créé en 1982. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger au flanc de la colline de Badalabougou. Il couvre une superficie de 41,59 Km² pour 265690 habitants. L'infrastructure de cette commune comporte en plus du centre de santé de référence neuf centres de santé communautaires (C.S.COM) opérationnels.

A cet effet le centre de santé de référence comprend 7 services et 15 unités qui sont :

- Un service de gynéco obstétrique :
 - Une unité d'hospitalisation /bloc opératoire
 - Une unité CPN
 - Une unité PF
 - Une unité suites de couche
 - Une unité de gynécologie
 - Une unité de compartiment technique bloc
 - Une unité PEV
- Un service de médecine
 - Une unité de pédiatrie
 - Une unité de radiologie
 - Une unité de néonatalogie
 - Une unité labo pharmacie
- Un service de dermatologie
- Un service d'ophtalmologie
- Un service de stomatologie
- Un service de comptabilité
 - Une unité SIS
 - Une brigade d'hygiène
 - Une unité matérielle
 - Une unité parc automobile
- Un service de chirurgie infantile

2. Population d'étude : malades consultant au centre de santé de référence de la commune V pour une dermatose et ou une IST quelque soit l'âge, le sexe et la provenance du malade.

3. Type et durée d'étude : il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive portant sur des cas de dermatoses et IST sur une période de 12 mois du premier mai 2004 au 30 avril 2005.

4. Echantillonnage :

La taille de notre échantillon a été Calculée selon la formule suivante :

$$n = Z^2 \alpha^2 P Q / i^2$$

La proportion des consultations dermatologiques à Bamako étant de 11%, nous estimons qu'avec une précision de 5%, une taille de 151 sujets serait suffisante pour notre étude. En considérant 10% de déperdition, la taille attendue d'échantillon est estimée à 167 patients.

- **Critères d'inclusion :** malades des deux sexes et de tout âge venus consulter pour une dermatose et ou une IST, donnant son consentement à participer à l'étude et revu au moins une fois pour contrôle.
- **Critères de non inclusion :** tout cas de dermatose et IST n'acceptant pas de participer à l'étude ou non vue au moins une fois pour le contrôle.

5. Technique de la collecte des données :

Tout patient inclus a fait l'objet :

- d'un interrogatoire permettant de recueillir les données sociodémographiques, épidémiologiques, les antécédents morbides et des critères de propreté (le patient est considéré comme propre, s'il se lave et change d'habit au moins une fois par jour);
- D'un examen dermatologique minutieux faisant noté les symptômes et signes permettant d'évoquer un diagnostic, et la demande d'un bilan para clinique si nécessaire.
- D'un traitement basé sur des schémas thérapeutiques élaborés en fonction des diagnostics et une estimation du coût des schémas.

- Au terme de l'application des schémas, une décision doit être prise en fonction des résultats : malades à référer ou non dans le service de dermatologie universitaire (niveau III).

Schéma thérapeutique : les schémas suivants ont été élaborés pour la prise en charge de la majorité des dermatoses et IST inclus. Les cas nécessitant une référence immédiate n'ont pas bénéficié de schéma.

- **Schéma I : Teigne**

Schéma I-a : teignes sèches

Miconazole crème 1% : 2 app/j pdt 8 semaines

Griséofulvine 500mg cp : 1cp x 2/j pdt 2 mois chez l'adulte
15mg/kg chez l'enfant.

Si guérison : I E C

Si pas guérison: Référer

Schéma I-b : teignes suppurées

Désinfectant KMNO₄ : 1 app x 2/j (diluer à 1/10000^e ou 1/20000^e)

Erythromycine 500mg cp : 2 cp x 2/j pdt 7 j chez l'adulte
30-50mg/kg/j chez l'enfant

Auréomycine pde 3% : 1 app x 2/j pdt 7 j ou Betadine pde ou fucidine crème

Relais avec Miconazole crème : 1 app x 2/j et Griséfuline 500mg cp :
1 cp x 2/j pdt 2 mois chez l'adulte
15mg/kg chez l'enfant

- **Schéma II : Eczéma**

Schéma II-a : Eczéma aigu

○ **Non suintant** :

Bétaméthazone crème : 2 app/j pdt 7j puis arrêt dégressif 1 app/j pdt 1 semaine puis 1 app tous les 2 j

Antihistaminique (Chlorphenamine ou prométhazine cp) : 1 cp x 2/j si prurit.

Si guérison : IEC (éviction de l'allergène)

Si amélioration : continu traitement + IEC

Si pas amélioration : référer

○ **Suintant et surinfecté**

Désinfectant KMNO₄ : 1 ou 2 app/j, ½ cp pour 5l d'eau chez l'adulte
½ cp pour 10l d'eau chez

l'enfant

Pommade asséchant : pde Dalibour 1-2 app/j pdt 1 semaine

Relais avec Betamethazone crème 1 app x 2/j pdt 15j puis arrêt dégressif, 1 app/j pdt 1 semaine puis 1 app tous les 2 j (15j)

Antibiothérapie: Erythromycine 500mg cp 2 cp 2/j chez l'adulte
30-50 mg/kg/j chez l'enfant

Antihistaminique : Chlorphenamine cp 1 cp x 3/j si prurit

Si guérison IEC (éviction de l'allergène)

Si amélioration : continu traitement + IEC

Si pas amélioration : référer

Schéma II-b: Eczéma chronique

Désinfectant KMNO₄ : 1 ou 2 app/j

Bétaméthazone crème : 2 app/j pdt 1 semaine, puis 1 app 1 j/2 pdt 1 semaine, puis 1 app 1j/3 pdt 15j

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement pendant 1 mois (1 app 1j/3) + IEC

Si pas amélioration : référer

- **Schéma III : Pyodermite(impétigo)**

Schéma III-a :

- Pyodermite localisée sèche

Désinfectant KMNO₄: 1 ou 2 app/j (1/10000^e ou 1/20000^e) +
Tétracycline pde 3%

Bandage si possible

- Pyodermite localisée humide

Polyvidone iodé 1 ou 2 app / j

Bandage si possible

Dans tous les cas en présence de fièvre et ou d'adénopathie satellite ;

Erythromycine 500mg cp 2 cp 2/j chez l'adulte

30-50 mg/kg/j chez l'enfant

Schéma III-b : Pyodermite généralisée

Désinfectant KMNO₄ : 1 ou 2 app/j (à diluer au 1/10 000 ou 1/20 000)

ATB par voie générale : Erythromycine ou Amoxicilline 2gr/j pdt 15j

Bilan à la recherche d'un diabète, d'une insuffisance rénale ou d'un VIH

- **Schéma IV : Varicelle**

Schéma IV-a : Varicelle simple

Désinfectant KMNO₄ : 1 ou 2 app/j

Antihistaminique : Chlorphenamine 1 cp x 3/j chez l'adulte si prurit

Prométhazine sp : 1cac x 3/j chez l'enfant, si prurit

Antipyrétique : paracétamol 500mg 2 cp x 2/j chez l'adulte si fièvre
20-30 mg/Kg/j chez l'enfant si fièvre

Schéma IV-b : varicelle surinfectée

Désinfectant KMnO₄ : 1 ou 2 app/j (1/10000^e ou 1/20000^e)

Antihistaminique : Chlorphenamine 1 cp x 3/j chez l'adulte si prurit

Prométhazine sp : 1cac x 3/j chez l'enfant, si prurit

ATB : Erythromycine 500mg cp 2 cp x2/j pdt 7 j chez l'adulte

30-50 mg/kg/j chez l'enfant

Paracétamol 500mg 2gr /j chez l'adulte si fièvre

20-30mg /kg /j chez l'enfant si fièvre.

- **Schéma V : Gale**

Schéma V- a : gale simple

Lotion type benzoate de benzyle (Ascabiol): 1 app sur tout le corps sauf le visage, attendre 24 H pour se laver chez l'adulte et 12 H pour les enfants.

Traitement des contacts

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement avec benzoate de benzyle pdt 24 H chez l'adulte et 12 H chez l'enfant + IEC

Si pas amélioration : référer

Schéma V- b : Gale surinfectée

Désinfectant KMnO₄ : 1 ou 2 app/j (1/10000^{ème} ou 1/20000^{ème})

Antibiothérapie locale : Tétracycline pde 3% 1 app x 2/j pdt 7j ou polyvidone iodée

Antibiothérapie générale : Amoxicycline 500mg (2g/j pdt 15j)

Relais avec Benzoate de benzyle (Ascabiol) : 1 app sur tout le corps sauf Le visage, attendre 24 H pour se laver chez l'adulte et 12 H pour les enfants.

Traitement concomitant des contacts.

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement + IEC

Si pas amélioration : référer

- **Schéma VI : Ecoulement urétral :**

Ciprofloxacine 500mg cp en 1 seule prise, Cefixime si femme enceinte et enfant inf à 15 ans.

Doxycycline 100mg cp : 1cp x 2/j pdt 7 j au cours des repas

Si guérison : IEC

Si amélioration : continu traitement + IEC

Si pas amélioration : metronidazole cp 1gr/j pdt 7j

Si femme enceinte : metronidazole ovule (1-2 ovules/j) pdt 7j.

Les données de l'examen clinique, les résultats du bilan para clinique ainsi que le traitement ont été enregistrés sur une fiche d'enquête.

La durée et les résultats de prise en charge des cas seront notés :

- . Bon = guérison totale (disparition totale des lésions c'est-à-dire élimination de l'agent causal et guérison clinique).
- . Moyen = guérison partielle ou amélioration (disparition partielle des lésions).
- . Mauvais = aggravation (cas rebelles au traitement ayant fait l'objet d'une référence).

Les fiches d'enquête étaient gardées dans une armoire fermée à clef.

Perdus de vue : il s'agit des patients qui ne sont pas revenus pour le contrôle après avoir reçu un premier traitement adapté ou pas.

6. La saisie et l'analyse des données ont été faites au Logiciel **EPI Info Version 6**.

RESULTATS

III. RESULTATS :

A- LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

Tableau 1 : Répartition des malades en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Proportion
Masculin	71	42,51
Féminin	96	57,49
Total	167	100

Sur 167 malades, 71 sont de sexe masculin.

Le sexe ratio est 0,73 (71/96) en faveur du sexe féminin.

Tableau 2 : Répartition des malades en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Proportion
0 - 9	54	32,34
10 - 19	24	14,37
20 - 29	42	25,15
30 - 39	27	16,17
40 - 49	11	6,59
50 et plus	9	5,39
Total	167	100

La tranche d'âge la plus représentée semble avoir été celle comprise entre 0 – 9 ans soit 32,34 %.

L'âge moyen a été 21,15 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 79 ans.

L'écart type est de 14,99

Tableau 3 : Répartition des malades en fonction de la profession

Profession	Effectif	Proportion
Elèves	38	22,75
Ménagères	48	28,74
Commerçants	10	5,99
Fonctionnaires	9	5,39
Artisans	6	3,59
Autres	56	33,53
Total	167	100

Les ménagères représentent la profession dominante 28,74%.

Autres : ouvriers, paysans, pêcheurs, éleveurs

Tableau 4 : Répartition des malades en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Proportion
Bambara	39	23,35
Sarakolé	32	19,16
Peulh	28	16,77
Malinké	13	7,78
Sonrhäï	11	6,59
Bozo	8	4,79
Dogon	6	3,59
Autres	30	17,96
Total	167	100

Les bambaras et les Sarakolés semblent avoir été les ethnies les plus prédominantes de l'échantillon soit respectivement 23,35% et 19,16%.

Tableau 5 : Répartition des malades en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Proportion
C I	2	1,20
C II	2	1,20
C III	1	0,60
C IV	5	2,99
C V	129	77,25
C VI	28	16,77
Hors de Bamako	0	0,00
Total	167	100

Tous les patients résidaient à Bamako et provenaient de toutes les communes avec prédominance pour la commune V.

B- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**Tableau 6 : Répartition des malades selon l'hygiène corporelle et vestimentaire**

Hygiène corporelle et vestimentaire	Effectif	Proportion
Bonne	162	97,01
Mauvaise	5	2,99
Total	167	100

Seules 2,99% des sujets examinés avaient une mauvaise hygiène corporelle et vestimentaire.

Tableau 7 : Répartition des malades selon le traitement antérieur

Traitement	Effectif	Proportion
Médical seul	21	12,57
Traditionnel seul	7	4,19
Médical + Traditionnel	13	7,78
Autres traitements non spécifiés	77	46,11
Abstention	49	29,34
Total	167	100

70,65% des cas ont subi un traitement avant l'admission au centre de santé de référence.

C- LES DONNEES CLINIQUES**Tableau 8 : Répartition des dermatoses observées dans l'échantillon**

Dermatoses	Effectif	Proportion
Mycosiques	58	34,73
Immuno-allergiques	41	24,55
IST	19	11,38
Virales	16	9,58
Bactériennes	12	7,19
Auto-immunes	3	1,80
Parasitaires	2	1,20
Autres	16	9,58
TOTAL	167	100

Les dermatoses les plus dominantes ont été les mycoses avec 34,73% suivi des immuno-allergies 24,55% puis les IST 11,38%.

Autres : KPP(5), xerose cutanée(2), ichtyose (1), verrue (1), cheloïde (1), angiome (1), dermite seborrhéique (1), acné (4)

Tableau 9 : Répartition des malades selon la durée d'évolution avant notre traitement

Durée d'évolution	Effectif	Proportion
Inf à 1 mois	88	52,69
Sup. à 1 mois	79	47,31
Total	167	100

La durée d'évolution est inférieure à 1 mois dans 52,69%.

Tableau 10 : Répartition des dermatoses d'étiologie mycosique selon les aspects sémiologiques

Dermatoses d'étiologie mycosique	Aspects sémiologiques						Total
	Squames + Prurit	Squames sans prurit	Sans Squames ni Prurit	Impétiginisé + douleur	Suintement + Prurit	Squames + Fissures	
Teigne	10	0	0	4	2	0	16
Pityriasis-versicolor	2	0	0	0	0	0	2
Dermatophytie de la peau glabre	5	3	6	3	4	1	22
Intertrigo	3	1	6	0	2	4	16
Onychomycose	0	0	0	0	2	0	2
Total	20	4	12	7	10	5	58

L'aspect de teigne avec squames + prurit semble être le plus fréquent soit 51,28%

17 cas (7 cas d'impétiginisation plus douleur et 10 cas de suintement) soit 29,31% de sur infection

Tableau 11 : Répartition des dermatoses d'étiologie mycosique selon la localisation des lésions

Dermatoses d'étiologie mycosique	Localisation								Total
	Cuir chevelu	Visage	Pli	Tronc	Organes génitaux	Fesses	Membres sup + inf	Ongles	
Teigne	17	0	0	0	0	0	0	0	17
Pityriasis-versicolor	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Dermatophytie de la peau glabre	0	3	0	10	1	2	3	0	19
Intertrigo	0	0	16	1	0	0	0	0	17
Onychomycose	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	17	3	16	14	1	2	3	2	58

L'atteinte du cuir chevelu est la plus fréquente 29,31%

Tableau 12 : Répartition des dermatoses d'étiologie immuno-allergique selon les aspects sémiologiques

Dermatoses d'étiologie immuno-allergique	Aspects sémiologiques						Total
	Prurit + Erythème	Vésicule + Prurit	Papule + Prurit	Impétigénisation + Prurit	Lichénification + Prurit	Exulcération + Suintement	
Eczéma de contact	2	4	8	2	1	0	17
Dermatite atopique	1	0	3	0	2	1	7
Prurigo	0	1	7	1	2	1	12
Urticaire	1	0	3	0	1	0	5
Total	4	5	21	3	6	2	41

L'aspect de papule + prurit semble être le plus fréquent soit 51,21%

Tableau 13 : Répartition des dermatoses d'étiologie immuno-allergique selon la localisation des lésions

Dermatoses d'étiologie immuno-allergique	Localisation							Total
	Membre Inf	Membre Sup	Visage	Tout le tégument	Tronc + Membre	Visage + Membre	Membre sup + Inf	
Eczéma de contact	1	5	1	1	5	1	0	14
Dermatite atopique	0	0	1	4	2	0	0	7
Prurigo	3	0	0	2	1	1	6	13
Urticaire	0	0	1	6	0	0	0	7
Total	4	5	3	13	8	2	6	41

L'atteinte de tout le tégument semble être la plus fréquente 31,70%

Tableau 14 : Répartition des IST selon l'approche syndromique

Signes fonctionnels	Effectif	Fréquence %
Douleur abdominale	3	15,79
Ecoulement vaginal	6	31,58
Ecoulement urétral	1	5,26
Ulcération génitale	2	10,53
Symptômes associés	7	36,84
Total	19	100

Dans ce tableau (36,84%) des patients souffrent de symptômes associés ; (31,58%) d'écoulement vaginal isolé ; (15,79%) de douleur abdominale isolée ; (10,53%) d'ulcération génitale ; (5,26%) d'écoulement urétral.

(Symptômes associés = prurit + dyspareunie + dysurie)

Tableau 15 : Répartition des IST selon le sexe :

Sexe	Effectif	Fréquence
Masculin	6	31,57
Féminin	13	68,42
Total	19	100

Nous avons observé 19 cas d'IST dont 6 de sexe masculin et 13 de sexe féminin. Sexe ratio 2,16 en faveur du sexe féminin.

Tableau 16 : Répartition des dermatoses d'étiologie virale selon la localisation des lésions

Dermatoses virales	Localisation					Total
	cou + mbre sup	Tronc	Mbre inf	Visage	Tout le corps	
Varicelle	0	0	0	2	7	9
Zona	1	4	0	0	0	5
Molluscum Contagiosum	0	1	0	1	0	2
Total	1	5	0	3	7	16

L'atteinte de tout le tégument est la plus fréquente 43,75%

Tableau 17 : Répartition des dermatoses d'étiologie virale selon les aspects sémiologiques

Dermatoses virales	Aspects sémiologiques				Total
	Nodule ulcéré	vesicule ombiliqué	Croûte Melicerique + douleur	Vésicules + douleur	
Varicelle	0	6	0	3	9
Zona	0	0	0	5	5
Molluscum Contagiosum	1	0	1	0	2
Total	1	6	1	8	16

L'aspect de vésicule plus douleur est le plus fréquent 50%

Tableau 18 - Répartition des dermatoses d'étiologie bactérienne selon la localisation :

Dermatoses bactériennes	Localisation				Total
	visage	Mbres inf	Mbres sup.	Cuir chevelu	
Furoncle	3	1	1	0	5
Impétigo	3	0	1	0	4
Folliculite	0	0	0	3	3
Total	6	1	2	3	12

L'atteinte du visage est la plus fréquente 50%

Tableau 19 - Répartition des dermatoses d'étiologie bactérienne selon les aspects sémiologiques

Dermatoses bactériennes	Aspects sémiologiques				Total
	Pustules + prurit	Pustules + douleur	Ulcération + douleur	Ulcération + suintement	
Furoncle	0	5	0	0	5
Impétigo	0	0	2	2	4
Folliculite	2	1	0	0	3
Total	2	6	2	2	12

L'aspect de pustules + douleur est le plus fréquent 50%

20- Répartition des dermatoses d'étiologie auto-immune:

Nous avons observé trois cas de dermatoses d'étiologie auto-immune ; il s'agit :

- **De la dermatomyosite** caractérisée par un Erythème associé à une fine desquamation localisés au niveau des paupières et le pourtour des orbites ; des douleurs musculaires prédominantes sur les racines des membres ; un œdème ferme, élastique et diffus au niveau du visage.
- **Du lichen plan** caractérisé par des papules brillantes, hyperpigmentées, prurigineuses localisées au niveau de la face antérieure des poignets, le dos des mains, les régions lombaires, les chevilles.
- **Du vitiligo** caractérisé par une macule achromique non prurigineuse à contour net localisée au niveau vulvaire.

21-Répartition des dermatoses d'étiologie parasitaire :

Nous avons observé deux cas de scabiose caractérisés par des papules prurigineuses à recrudescence nocturne prédominant sur les fesses, les espaces interdigitaux, les organes génitaux et aux genoux avec une notion de contagé .

D- LES DONNEES THERAPEUTIQUES**Tableau 22 : Répartition des dermatoses selon les modalités de suivi**

Dermatoses	Modalités de suivi		Total
	Externe	Référence	
Mycosiques	58	-	58
Immuno-allergiques	41	-	41
Bactériennes	12	-	12
Virales	16	-	16
Parasitaires	2	-	2
Auto-immune	0	3	3
IST	19	-	19
Autres	16	-	16
Total	164	3	167

La majorité des malades de l'étude a été prise en charge à l'externe soit 98,20% des cas

Tableau 23 : Résultats des schémas thérapeutiques appliqués

Schémas	Résultat du traitement			Total
	Guérison	Amélioration	récidive	
Schema I	39	18	1	58
Schema II	3	30	8	41
Schema III	11	1	-	12
Schema IV	14	2	-	16
Schema V	2	-	-	2
Schema VI	-	19	-	19
Schema VII	10	5	1	16
Total	79	75	10	164

Nous avons observé 48,17% des cas de guérison.

Tableau 24 : Coût en francs CFA des schémas thérapeutiques

Schémas	Coût du traitement FCFA	
	Cas non compliqués	Cas surinfectés
Schéma I	3900	6700
Schéma II	2050-3550	2950
Schéma III	300-1750	3050
Schéma IV	1650	2750
Schéma V	3010	3610
Schéma VI	1090	2330

Le coût moyen de prise en charge est de : 2241,66 pour les cas non compliqués et de 3565 pour les cas compliqués.

ICONOGRAPHIE

Photo 1: Prurigo atopique



Photo 2: Zona

Photo 3 : Onyxis dermatophytique



Photo 4 : Lichen Plan

Photo 5 : Dermatophytie de la peau glabre

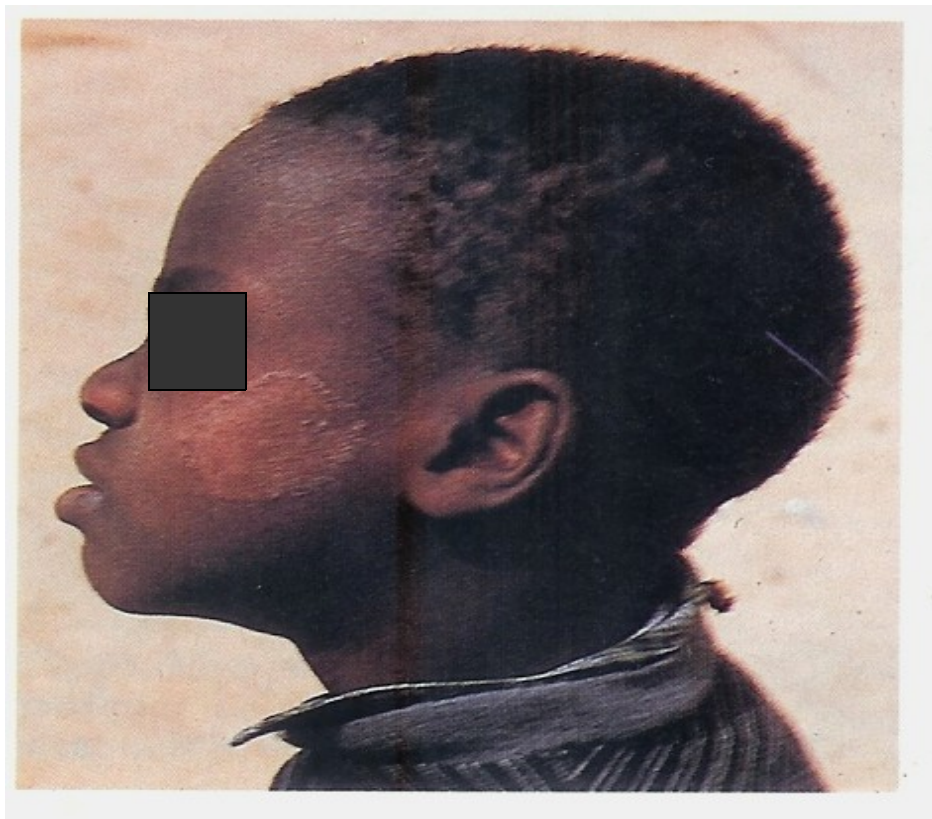


PHOTO 6 : Teigne tondante

Photo 7: Teigne surinfectée

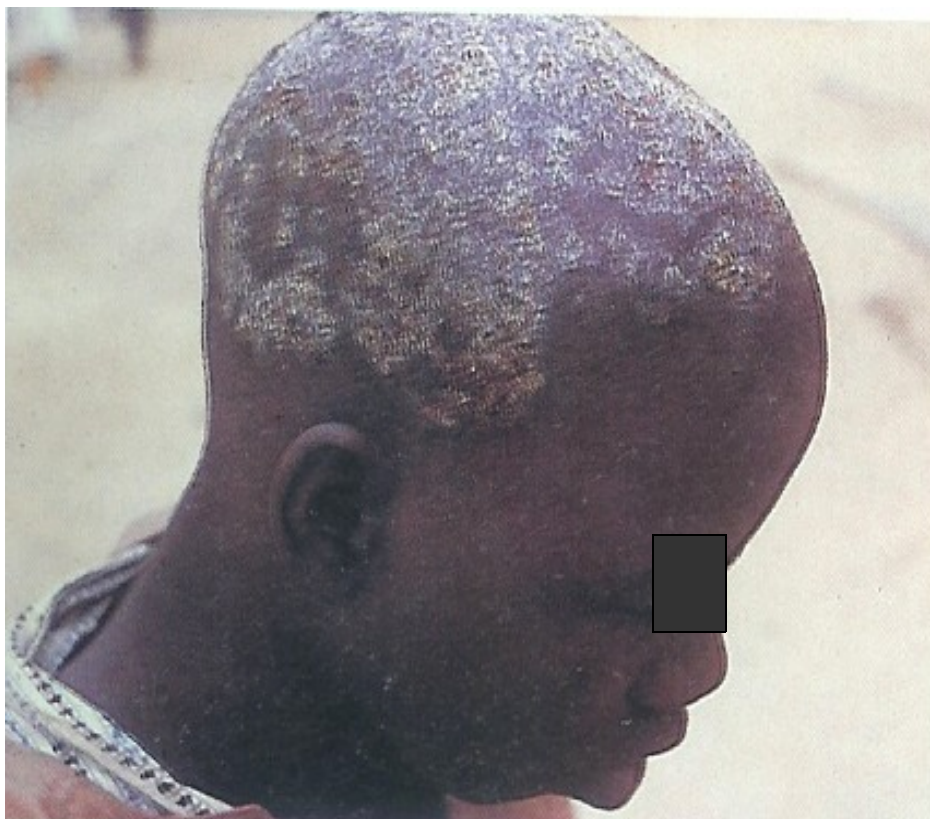


Photo 8: Psoriasis étendu

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

A. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale portant sur tous les malades consultant au centre de santé de référence de la commune V pour dermatose et IST de mai 2004 à avril 2005.

167 cas conformes à la définition ont été inclus dans cette étude.

Les malades provenaient des 6 communes du district de Bamako avec une forte prédominance pour la commune V (77,25%).

Notre échantillon représente 4,57% de l'ensemble des consultations médicales et 25,93% de l'ensemble des consultations dermatologiques.

Les résultats issus de cet échantillon permettent de nous faire une idée sur les caractères épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cas de dermatoses et IST pris en charge au centre de santé de référence de la commune V de mai 2004 à avril 2005.

B. Epidémiologie

- **Selon l'âge et le sexe** : la tranche d'âge la plus touchée a été celle de 0 – 9 ans avec une nette prédominance du sexe féminin ; résultats voisins de ceux de TRAORE Amadou (58,20%).
- **Selon la fréquence des dermatoses** : d'après notre étude, la mycose a été l'affection la plus observée. COULIBALY Amadou (7) dans son étude a trouvé également une prédominance de la teigne.
- **Selon l'ethnie, la résidence, la profession.**
 - ♦ *Les bambaras* ont été l'ethnie la plus représentée dans l'échantillon avec 39 cas (23,35%). Cette fréquence pourrait s'expliquer par la densité des bambaras à Bamako.
 - ♦ *La commune V* a été la plus représentée. Ceci pourrait s'expliquer par l'existence de l'unité de dermatologie dans le centre de santé de référence de la commune v.
 - ♦ *Les ménagères* (28,74%) et les élèves (22,75%) ont été les plus représentés dans notre échantillon. Même constatation faite par DIALLO Kadiatou qui avait trouvé respectivement 56,41% et 15,36%.

C. Discussion clinique

➤ Selon la localisation :

- ♦ ***Dermatoses d'étiologie mycosique*** : dans ce groupe de dermatoses, l'atteinte de la peau glabre a été observée avec une fréquence de 37,93%. TRAORE Amadou (12) avait observé 61% pour la même localisation.
La localisation dans les plis a été notée avec une fréquence de 27,58%.
Notre étude a permis de noter la rareté de l'onychomycose 3,4%, même constatation faite par COULIBALY Amadou (7).
- ♦ ***Dermatoses d'étiologie parasitaire*** : nous avons observé deux cas de scabiose avec des lésions localisées au niveau des fesses, aux coudes et aux genoux. Ce qui n'est pas surprenant car les localisations habituelles de ces ectoparasitoses demeurent les fesses et les membres (interdigitaux, coudes, genoux).
- ♦ ***Dermatoses d'étiologie immunoallergique*** :
 - ✓ Douze cas de *prurigo strophulus* avec des lésions localisées aux membres inférieurs et supérieurs ont été observés. COULIBALY Amadou (7) avait retrouvé les mêmes localisations. Cela s'expliquerait par le fait que les parties découvertes sont les plus exposées aux piqûres de moustiques.
 - ✓ *L'eczéma* : les localisations notées ont été le visage, les membres supérieurs et inférieurs. Ces mêmes localisations ont été rapportées par COULIBALY Amadou (7). Cela s'expliquerait par le contact fréquent et répété des pieds avec les chaussures d'une part et d'autres part des mains avec le ciment, les savons caustiques, les détergents. Quant au visage, ce sont les cosmétiques (pommades, parfums ...) qui seraient en cause.
- ♦ ***Dermatose d'étiologie virale*** : chez nos patients les cas de *varicelle* observés étaient des formes généralisées.
Le zona a été principalement observé au niveau du tronc (zona intercostal) ;
Le molluscum contagiosum au niveau du visage. COULIBALY Amadou avait trouvé des localisations similaires.
- ♦ ***Dermatoses d'étiologie bactérienne*** : parmi les patients atteints de *pyodermite*, la localisation au niveau du visage a été la plus

prédominante 30,76%, suivi de l'atteinte des membres supérieurs et du cuir chevelu 23,07%. BASSET (13) avait rapporté une prédominance des localisations céphaliques dans son ouvrage intitulé «dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire».

➤ **Selon les aspects sémiologiques :**

- ♦ ***Dermatoses d'étiologie mycosique*** : les lésions squameuses et prurigineuses ont été les plus fréquemment observées avec 51,28%. COULIBALY Aminata (11) avait trouvé les mêmes aspects sémiologiques (66,02%). 38,48% de cas de surinfection ont été observés, résultat voisin de celui de COULIBALY Amadou 37,10%.
 - ♦ ***Dermatoses d'étiologie bactérienne*** : la plus part des malades sont vus au stade d'impétiginisation associée à une douleur (84,61%). COULIBALY Amadou avait fait la même remarque (7).
 - ♦ ***Dermatoses d'étiologie parasitaire*** : l'aspect sémiologique le plus observé a été les papules avec prurit.
 - ♦ ***Dermatoses d'étiologie virale*** : 8 cas avaient un aspect de vésicules douloureuses soit 50%.
 - ♦ ***Dermatoses d'étiologie immunoallergique*** : 15 cas avaient un aspect de papules prurigineuses (42,85%) ; 5 cas d'exulcération, suintement et impétiginisation 14,28% ; 6 cas de lichénification soit 17,14%.
- **Selon l'ancienneté des lésions** : la consultation dermatologique s'est effectuée après un mois d'évolution. COULIBALY Amadou (7) avait fait la même remarque 91,10%.

D. Discussion thérapeutique :

- **Selon l'itinéraire thérapeutique** des patients avant la consultation dermatologique : l'interrogatoire de nos malades a montré que 118 patients soit 70,65% des cas ont reçu un traitement avant leur première consultation dermatologique contre 29,34%. Parmi eux, 21 ont consulté en médecine moderne, 7 patients ont été vus par les tradithérapeutes, 13 ont combiné divers types de traitements, 77 n'ont pas pu spécifier leur traitement. 49 patients se sont

abstenus de tout traitement avant leur première consultation. Nous n'avons pas observé de cas d'auto médication.

- **Selon le résultat des schémas thérapeutiques**, une guérison totale a été observée chez 48,17% de notre échantillon. Ce faible taux de guérison peut être lié aux dermatoses immuno-allergiques de guérison difficile et de pourcentage plus élevé dans notre échantillon.
- **En terme d'évaluation des schémas thérapeutiques**, le coût du traitement des IST et de l'eczéma a été le plus abordable suivi de celui de la varicelle.

Le coût le plus élevé a été observé dans le traitement des Mycoses (teigne du cuir chevelu). Cela s'expliquerait par le fait que la durée du traitement de ces mycoses est assez longue (8 semaines).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Notre étude a été justifiée par le fait que les maladies cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays en voie de développement.

Elle avait pour but de rapporter les modalités de prise en charge des dermatoses au niveau intermédiaire (niveau 2) de la pyramide sanitaire.

Ainsi nous avons mené une étude descriptive pendant 12 mois chez tous les malades consultants pour dermatose au centre de santé de référence de la commune V.

A travers nos données, les enfants constituent une couche vulnérable vis-à-vis de ces dermatoses. Ils sont très souvent atteints de mycoses superficielles, de pyodermites, de prurigo, de gale

L'étude nous a permis de révéler :

- la prévalence des mycoses (34,73%) par rapport aux autres dermatoses.
- Une nette prédominance du sexe féminin dans la population étudiée.
- Un polymorphisme clinique de nos cas de dermatoses.
- Que face à la diversité du traitement de ces affections, les schémas thérapeutiques appliqués (coût abordable) peuvent être des outils précieux pour le personnel du niveau 2 de la pyramide sanitaire de notre pays.

RECOMMANDATIONS

Les résultats de notre étude ayant révélé une amélioration de la qualité de la prise en charge des dermatoses au niveau du centre de santé de référence de la commune V à travers son unité de dermatologie, nous recommandons :

➤ **Aux autorités sanitaires**

- la formation de spécialistes en dermatologie ;
- la création d'une unité de dermatologie dans les autres centres de santé de référence de Bamako ;
- la formation des agents de santé des structures de 2^e niveau afin de permettre une prise en charge adéquate.

➤ **Aux personnels de santé**

Informations, éducation et conseils auprès de la population afin qu'elle puisse se présenter précocement en consultation dermatologique en cas de problème de peau et à abandonner les attitudes thérapeutiques néfastes.

➤ **Aux cliniciens dermatologues**

le développement des stratégies adaptées à la prise en charge des dermatoses prioritaires dans les structures périphériques.

REFERENCES

VII. REFERENCES

1. **Badame AJ**. Incidence of skin diseases. *Int J Dermatol* 1998; 27: 109-111
2. **Farina MC, Gegundez MI, Pique E** et al. Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic, and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 433-440
3. **Jaiswal AK, Bhushan B, Badrinath S**. Pattern of skin diseases in the Leh-Ladakh region of India. *Int J Dermatol* 1994; 33: 674-675
4. **Verhagen AR, Koten JW, Chaddah VK, Patel RI**. Skin diseases in Kenya. *Arch Dermatol* 1968;98:577-586
5. **Mahé A**. et collaborateurs. Dermatose en milieu tropical 1994 N°214-215
6. **Mahé A, Cissé IA, Faye O, N'diaye HT, Niamba P**. skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol* 1998; 37:373-676
7. **Coulibaly A**. Dermatoses de l'enfant : étude clinique, épidémiologique et thérapeutique à l'institut Marchoux (Bko-Mali) thèse Med 2000 N°129
8. **Bellehell, Haddad N, Pimenta WP, Pagnanol PMG, Melchior E, Fregnam RC, Zanin LC and Arenaba**.
Epidemiological survey of skin diseases in school children living in the purus valley (Aw state, Amazonia, Brazil).
Dermatologica 1981; 163:78-93
9. **N'dir O, N'diaye M, Kane A, Niag A, N'diaye B, Diallo S**
Les mycoses de la peau glabre au Sénégal: étude en milieu hospitalier à Dakar
J. Mycol. Med ; 1994, 4 : 164-167
10. **Gentilini M**. Dermatologie tropicale "Médecine tropicale" dirigée par le professeur Mar GENTILINI. Ed de l'université de Bruxelles/ Aupelf 1993,631 P.
11. **Coulibaly A**. Aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des mycoses superficielles observées en milieu scolaire à Bamako (Mali). Thèse Med 2000

- 12. Traoré A** . Aspects épidémiologiques et étiologiques des dermatophyties à Bamako. Thèse pharm 1997 N°7
- 13. Basset A, Maleville J, Basset M, Liaulaud B.** Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire. Edit Pradel : 31-37
- 14. Mahé A, N'diaye HT, Bobin P.** The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). Int J Dermatol 1997, 36:185-186
- 15. N'diaye HT.** Prévalence des affections dermatologiques dans le district de Bamako. Juillet 1994
- 16. Traoré B.** Dermatose infectieuse courante à l'institut Marchoux : Aspects épidémiologiques et approches diagnostiques et thérapeutiques. Thèse Med Bko 1996
- 17. Dabo J.** Etude de quelques approches simplifiées de diagnostic et traitement des dermatoses courantes applicables dans les structures de soins non spécialisées au Mali. Thèse Med 1995 N°50
- 18. Konaté M.** Aspects épidémiologiques de quelques dermatoses courantes en milieu rural dans la deuxième région du Mali. Thèse Med 1996 N°11
- 19. Dembélé A.** Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des dermatoses de l'enfant déficient à l'institut Marchoux (Bko-Mali). Thèse Med 2001 N°72
- 20. Traoré B.** Dermatoses infectieuses courantes à l'institut Marchoux : Aspects épidémiologiques et approches diagnostiques et thérapeutiques. Thèse Med 1996 N°55
- 21. Badama AJ.** Incidence of skin diseases in Zambia. Br.J. dermatol. 1972. 101: 449-453
- 22. Daniel F.** Dictionnaire de dermatologie. Masson, 1990 : 351-352
- 23. Danielsen D.C, Boek W.** Diseases of the skin, 1948. London New Sydenham society.
- 24. Darde M.L.** Anale de dermatologie- vénéréologie, N°19:99-100
- 25. Fracois A, Humbert P.** The new England journal of Medecine, Mazch 2, 1996 p.612

26. Gentilini M, Duflo B. Médecine tropicale. Dermatologie, 1984.Ed. Flammarion ; chap 15 : 560-561

27. Ratman A.V, Jayarayouk. skin diseases in Zambia. Brit.j.Derm, 1979, 101: 449-4453

28. Touraine R; Revuz J. Dermatologie clinique et vénéréologie, Masson 1984 : 125-128

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : DIARRA
Prénom : Sadia
Nationalité : Malienne
Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des dermatoses et IST au centre de santé de référence de la commune V (Bamako MALI)
Année universitaire : 2004- 2005
Ville de soutenance : Bamako
Pays d'origine : MALI
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé

Notre travail est une étude descriptive transversale menée au centre de santé de référence de la commune V de Mai 2004 à Avril 2005 sur tous les malades consultants pour dermatoses et ou IST.

Au cours de ce travail nous nous sommes proposés de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des malades vus pour dermatoses, de décrire les aspects cliniques observés et de rapporter les traitements institués ainsi que les résultats.

Nous avons colligés 167 cas de dermatoses et IST conformes aux critères d'inclusion.

La saisie et l'analyse des données au logiciel Epi info nous a permis de noter :

- ◆ Une fréquence augmentée des dermatoses d'étiologie mycosique.
- ◆ Une prédominance du sexe féminin avec un sexe ratio de 0,73.
- ◆ La moyenne d'âge était de 40 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 79 ans
La tranche d'âge la plus représentée était de 0 à 9 ans.
- ◆ La majorité de nos patients était des ménagères, des élèves et provenait de toutes les communes.
- ◆ La majorité de nos patients avait consulté une fois.
- ◆ Nous avons observé un taux de guérison de 47,59 %.

Mots clés : dermatoses, IST, cliniques, épidémiologie, prise en charge.

Fiche d'enquête

N° Fiche.....

Date...../...../.....

Identification du malade

Nom.....Prénom.....

Sexe /___/ (1= masculin ; 2= féminin) Age en année : /___/

Profession.....

Résidence.....

Ethnie.....

Scolarisation.....

Antécédents du malade

Personnels.....

Familiaux.....

Collatéraux.....

Traitements déjà effectués

Médical.....

ATB /___/ Posologie..... Durée.....

Corticoïde /___/ Posologie..... Durée.....

Traditionnel /___/ (1= oui ; 2= non)

Chirurgical /___/ (1= oui ; 2= non)

Aucun /___/ (1= oui ; 2= non)

Données cliniques

Etat général /___/ (1= bon ; 2= passable ; 3= altéré)

Examen dermatologique /___/ (1= normal ; 2= anormal)

Nature des lésions /___/ (1= macules ; 2= papules ; 3= nodules ; 4= plaies ; 5= pustules)

Autres à préciser /___/ nombre de lésions /___/ Taille des lésions /___/

Mode d'apparition /___/ (1= brutal ; 2= progressif ; 3= spontané)

Ancienneté des lésions /___/ (1=oui ; 2= non) si oui : durée d'évolution /___/

Topographie /___/ (1= cuir chevelu ; 2= ongles ; 3= peau glabre ; 4= face ; 5= tronc ; 6= paume ; 7= plante ; 8= cou ; 9= pli ; 10= membres ; 11= autres à préciser)

Signes fonctionnels /___/ (1= prurit ; 2= suintement ; 3= squames ; 4= douleur ; 5= autres à préciser /___/

Aspects morphologiques /___/ (1= lésions sèches ; 2= lésions humides)

Hypothèses diagnostiques

.....

Données para cliniques

Glycémie en mmol /___/ (1= normal ; 2= abaissée ; 3= élevée ; 4= non faite)

Test d'Emmel /___/ (1= normal ; 2= anormal ; 3= non fait)

Sérologie HIV /___/ (1= normal ; 2= HIV Positif ; 3= non fait)

Biopsie.....

VDRL

Prélèvement mycologique

Recherche de BH

Radiographie

Prise en charge

Traitement prescrit /___/ (1= oui ; 2= non)

Si oui : nature.....

Posologie.....

Durée.....

Evolution après traitement /___/ (1=guérison ; 2= amélioration ; 3= stabilisation ; 4= aggravation)

Contrôle /___/ (1=oui ; 2= non)

Jour/___/

Coût du traitement

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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