

Ministère de l'Éducation

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire : 2018-2019

Thèse N° :...../.....

THESE

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients
hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU Point
G (Bamako/Mali)**

Présentée et soutenue publiquement le .../... / 2019 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

M^{lle}. Juliette NYANGONO NDZIE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : **Pr. Hamar Alassane TRAORE**

Membres : **Dr. Adama DICKO**

Co-directeur : **Dr. Garan DABO**

Directeur : **Pr. Daouda Kassoum MINTA**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017– 2018

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur
VICE-DOYEN : **M. Ousmane FAYE**-Professeur
SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre-assistant
AGENT COMPTABLE : **M. Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

Mr. Yaya FOFANA
Mr. Mamadou L. TRAORÉ
Mr. Mamadou KOUMARÉ
Mr. Ali Nouhoum DIALLO
Mr. Aly GUINDO
Mr. Mamadou M. KEITA
Mr. Sinè BAYO
Mr. Sidi Yaya SIMAGA
Mr. Abdoulaye Ag RHALY
Mr. Boukassoum HAIDARA
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ
Mr. Massa SANOGO
Mr. Sambou SOUMARÉ
Mr. Abdou Alassane TOURÉ
Mr. Daouda DIAL
Mr. Issa TRAORÉ
Mr. Mamadou K. TOURÉ
Mme. Sy Assitan SOW
Mr. Salif DIAKITÉ
Mr. Abdourahmane S. MAIGA
Mr. Abdel Karim KOUMARÉ
Mr. Amadou DIALLO
Mr. Mamadou L. DIOMBANA
Mr. Kalilou OUATTARA
Mr. Mahamdou DOLO
Mr. Baba KOUMARÉ
Mr. Bouba DIARRA
Mr. Brehima KONARÉ
Mr. Toumani SIDIBÉ
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Bakoroba COULIBALY
Mr. Seydou DIAKITÉ
Mr. Amadou TOURÉ
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA
Mr. Filifing SISSOKO
Mr. Djibril SANGARÉ
Mr. Somita KEITA
Mr. Bougouzié SANOGO
Mr. Alhousseini AG MOHAMED
Mme. Traoré J. THOMAS
Mr. Issa DIARRA
Mme. Habibatou DIAWARA
Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ

Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacologie
Médecine Interne
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
Santé-Publique
Médecine interne
Legislation
Toxicologie
Chimie Analytique
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
Chimie-générale et Minérale
Radiologie
Cardiologie
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Parasitologie
Chirurgie générale
Zoologie-biologiste
Stomatologie
Urologie
Gynéco-Obstétrique
Psychiatrie
Bactériologie
Bactériologie-Virologie
Pédiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Cardiologie
Histo-Embryologie
Néphrologue
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Dermato-Léprologie
Gastro-entérologue
O.R.L
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Dermatologie
Entomologie-Médicale
Biologie Cellulaire,

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

Mr. Mahamed TOURÉ
Mr. Alou BAH
Mr. Bocar SALL
Secouriste
Mr. Balla COULIBALY

Pédiatrie
Ophtalmologie
Orthopédie-Taumatologie-
Pédiatrie

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Gangaly DIALLLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
Mr abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie



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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofaciale
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculai
36. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
38. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie



MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L.-C.C. F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr. Bougady COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Layaes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr. Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr. Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale
<u>ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE</u>	
Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama DIARRA	Physiologie
2. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie chef de DER
4. Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
3. Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
4. Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire
5. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
6. Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdoulay KONE	Parasitologie-Mycologie
2. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
6. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie et Cytogénétique
7. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
12. Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
13. Mr. Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique



**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

15. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
16. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie



ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
7. Mr. Djakaridja TRAORE	Hématologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pediatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALLO	Cadiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie
Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie
Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Djibril SY	Médecine Interne
Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadou YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire



**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Mr. Drissa Massa SIDIBE
Mr. Salia KEITA
Mr. Issa Souleymane GOITA

Médecine de la Famille/Communautaire
Médecine de la Famille/Communautaire
Médecine de la Famille/Communautaire



ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

Mr. Seydou DOUMBIA Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr. Samba DIOP Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4. Mr. Mamadou Soucalo TRAORE Santé Publique-

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO Information Médicale
Mr. Massambou SACKO Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA Nutrition

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
Mr. Ousmane LY Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO Santé Publique
Mr. Oumar THIERO Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY Épidémiologie

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane COULIBALY Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE Nutrition-Diététique
Mr. Bakary DIARRA Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY Gestion des Ressources Humaines

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. Souleymane GUINDO Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulaye KALLE Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA Chimie-Organique
13. Mme. Doulata MARIKO Stomatologie
14. Mr. Elimane MARIKO Pharmacologie
15. Mr. Issa COULIBALY Gestion

ENSEIGNANTS EN MISSION

Mr. Lamine GAYE Physiologie



DÉDICACES

Je dédie ce travail au **Dieu** tout puissant, mon créateur et mon maitre, à **JESUS CHRIST** mon seigneur et mon sauveur et au **SAINT-ESPRIT** ma force et mon ami.

Je dédie ce travail à **mes parents Mr NDJIE Elie et Mme NDJIE Philomène ABOMO** qui n'ont ménagé aucun effort pour m'accompagner, depuis ma naissance jusqu'à ce jour.

Je dédie ce travail à **mes frères et sœurs : Mme NGONO née NGAMBIDA MADELEINE CAROL, ENGUENE Antoine Marie, ABORA Suzanne Dorine, NDJIE ABOMO Elie, NDJIE NDJIE Leslie, NDJIE Brice etc...** qui m'ont toujours soutenue.

Je dédie ce travail au reste de ma famille : **oncles, tantes, cousins, cousines nièces, neveux. Et en particulier à mes autres mères tantine AGNES, tata DELPHINE, tata HELENE.**

Je dédie ce travail à **Mr ETEME NDJIE Lucien à Mr CHRISTOPHE AYINA**

Je dédie ce travail à **mon autre frère DIALLO Mountaga** qui m'a servi de tremplin pour réaliser mes projets.

Je dédie ce travail à **Mme ASSOUMOU NDZIE NOMO Gisèle Claudine et Mme DIPITA née BIETEKE MOLO** Inès celles ont été ma boussole.

Je dédie ce travail à **la P'Association des Elevés, Etudiants et Stagiaires Camerounais au Mali (AEECM)**

Je dédie ce travail à **la promotion S.T.A.T.E. (Solidaires, travailleurs, armées de transparence pour l'excellence)**

Je dédie ce travail à **mes amis de Bamako : MOUNKORO marcel, KOUAM KAMDEM Ulrich Franck, Mme CAMARA Jeanine BAGAYOKO, TCHAPEBONG Jean Paul COULIBALY Mariam, NINKO EKOKO Arnauld, ARMAND, MAIGA Ibrahim, Dr Jean Paul DEMBELE, KANA Pierre, N'DJAMENI Charlène, MAKAM Vanessa DIAKITE Souleymane, COULIBALY Kaleb Serge NZOYEM.**

Je dédie ce travail à **mes amis du Cameroun : Mme DJOUENANG Leila TOUNDJI, NANTCHOUANG Philomène, BODO BELLA Claude Vanina, TCHAKAP WOUTCHOP Julienne Ladouce, DJOUOMOU YEPMO Méline Laure, FONKEU Simplicie NOMO Barthelemy Joël.**

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Je dédie ce travail **aux docteurs : MOLO Inès, MBEUMO Natacha, KAMGA Jacques, KOUAMEN BATCHATO Diany, CHAWA Adhémar, MANFO Hermann, DJAWE Samson, NOUMI NDJOUBISSI Gaël, KADJE Christian, NGUETA Zuride Dochertine, YMELIE Cédric, AGHOANI Giles, AKOUA Jean-Jacques, à Mr EKEN Christian, FOFANA Youssouf, SIDIBE Moussa, SIMO NOTUE Fabienne, GADJIGA NDJICTOL Sollers, Bassaro TRAORE, EPAPE Catherine Aminata Coulibaly.**

Je dédie ce travail à **toutes les personnes qui m'ont enseigné.**

Je dédie ce travail aux membres de **mes groupes d'études : Mountaga DIALLO, Vanessa MAKAM, Dr Nadia ONDOA, Stéphane OUAFO, Sylla, FEUPING Winnie, Nadia ZOUNA, Cofèle, Dr AVIKPO Olivia, Dr DEGUENON Sophie.**

Je dédie ce travail à **l'équipe choc : Rokia KEITA, Kassoum ALiou NDIAYE, KALOSSSI Issa, DIALLO Kouméli.**

Je dédie ce travail à **ma famille de Bamako : Dr EKWALA Sébastien Constant, Dr MOLO Inès, Dr LISSOH Patricia, Dr NOMO Gisèle, Dr AMOUGOU Sandrine, Dr TIENCHEU Soreile, Dr ASSOUMOU Emerlinda, Dr AKONO Landry, ESSOH César, Dr SIEWE Landry, WEMBE NSOP Cyndy, NINKO EKOKO Arnaud, FEGUE Diesse Eléonore, MONTCHEU Deric, Suzie Laure, ESSOSSINAM Justine Nika, Isidor, HOUNDCHEU Olivia.**

Je dédie ce travail à **Suzie Laure, NYAMSI Aude Danie, MONTCHEU Deric, Nika Justine ESSOSSINAM, LASSINA, DAGBONDZOUKO Fulbert, AKATEGNON Christophe, DIALLO Mountaga.**

Je dédie ce travail à **la famille TOGO**

Je dédie ce travail **aux membres de ma cité : Deric, Aude, DJONGOUE Richie, Moussa, Dr Sekou, KALOSSSI Issa, Nika, Koumeli, Rokia, HOUNDCHEU Olivia, Zuride, Soreile, Ibrahim, Maiga, Jumaelle, Dr SODJIEU Mélanie.**

Je dédie ce travail aux **AMAZONES de JESUS : Dr CHAYA Nadège, Dr YOUMBI Alix, Dr PGEKGBA Rose, Dr AVIKPO Olivia, TCHIENCHEU Dorette, KOUA Roseline**

Je dédie ce travail au **Renouveau charismatique catholique de Bamako**

Je dédie ce travail au **Groupe de prière SAINT-ESPRIT du Point G**

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Je dédie ce travail à la **Communauté Catholique Camerounaise de Bamako (C.C.C.)**

Je dédie ce travail à mes collègues et amis du service de médecine interne :
DAGBONDZOUKO Fulbert, Dr AVIKPO Olivia, AKATEGNON Christophe, KOUMA, DIALLO Ibrahima, DIARRA AOUA, Dr SANGARE Moussa, Mme YEBEDIE Fata SANOGO, SAMA Marius, GOZO Jean Jonathan, NKAMEN Van-Jules, NGUELAMIE Dolvis Artial, LEPTCHEJE DONFACK Mylène, NGOH MADENG Marie-Marcelle, DEGUI Dominique, MVOUTSI Ibrahim.

Je dédie ce travail : au **Réseau des Etudiants en Médecine de l’Afrique de L’Ouest (REMAO)**, à la **cellule REMAO Mali**, à la **comission scientifique du REMAO**, **specialement aux Dr Sollers Gandjirgar NDJICTOL, Fabienne SIMO NOTUE, Aminata COULIBLY, Mountaga DIALLO,**

Je dédie ce travail à mes maitres de médecine interne : Professeurs : Hamar Alassane TRAORE, SOUCKO Assetou KAYA, Mamadou DEMBELE, Abdel KADER, Docteurs : Djibril SY, MENTA, CISSOKO, Ibrahima DEMBELE PETER, Mamadou MALLE, TOGO, aux DES : Adramé Keita, Sidibé, Joseph KONE, Romuald YANKE, Khalil, CISSE,

Je dédie ce travail au à tous **le personnel du service de médecine interne du CHU point g** (manœuvre, GS, infirmiers, majors, externes, rotateurs, internes, DES, médecins spécialiste, maitre assistants, professeurs)

REMERCIEMENTS

À ma chère patrie le **Cameroun**. C'est un honneur pour moi d'être l'un de tes fils. **Merci pour tout !**

À mon pays adoptifs le **Mali**. Merci pour le diatiguiya, avec toi j'ai appris des grandes valeurs merci d'avoir complété mon éducation. Je prie pour que Dieu y fasse régner sa paix et la cohésion sociale.

À mon papa **Mr NDZIE Elie**

Les mots me manquent pour te témoigner ma gratitude, c'est ensemble qu'on a poursuivi ce rêve qui aujourd'hui est réalité, tu as su m'accompagner à chaque étape de cette aventure, PAPA la place que tu occupes dans ma vie, dans mon cœur est unique tu es ma source de motivation, le pilier sur lequel je repose, très tôt tu m'as fait confiance et m'apprise à être forte, autonome, à me débrouiller toute seule, à ne compter que sur moi-même, à ne pas envier ce que les autres ont et par-dessus tout tu m'inculquer la foi en DIEU toutes ces valeurs m'ont aidé à m'en sortir, voici le fruit de tes efforts, j'ai les larmes aux yeux quand je sais combien tu t'es battu malgré la maladie, malgré tes petits moyens pour que Mme Raymond devienne docteur en médecine ,ton investissement dans ma réussite a été sans faille. papa « abvou ngang » Ma prière vers Dieu est qu'il te prête longue vie qu'il t'accorde la guérison afin que tu m'accompagne à l'hôtel le jour de mon mariage, que tu connaissent tes petits et arrière petits fils, je t'aime papa. **Amen !**

À ma maman **Mme NDZIE née ABOMO Philomène**

T'avoir comme maman est une source de fierté pour moi. Tes conseils m'ont toujours accompagnés, j'ai vu en toi une femme sage, forte, humble, calme, pieuse et je voudrais tant pouvoir te ressembler tu es le model de femme idéal que je connaisse, merci d'avoir toujours su nous recadrer mes frères et moi, merci de nous avoir appris le respect et l'essence même de la famille, j'espère que ce travail fera ta fierté. Que **Dieu, le Tout-Puissant** t'accorde de vivre longtemps en santé afin que tu sois témoin de l'aboutissement de tes combats. **Amen !**

À mes frères et sœurs et beau-frère :

Mme NGONO née NGAMBIDA MADELEINE CAROL, ENGUENE Antoine Marie, ABORA Suzanne Dorine, NDJIE ABOMO Elie, NDJIE NDJIE Leslie, NDJIE Brice M. NGONO, etc...

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Vous avez été tous autant que vous êtes un soutien incomparable pour moi de par vos prières vos conseils, vos encouragements. Votre aide aussi bien financière que moral m'a souvent sorti des mauvaises passes, je ne vous échangerais contre personnes car vous êtes chers à mon cœur ; que DIEU tout puissant renforce nos liens avenir, qu'il nous aide à relever cette famille qu'il assiste chacun dans ses projets, et que ses grâces nous fasses aller de succès en succès au nom de JESUS, Amen !

À Mr ETEME NDJIE Lucien

Papa et moi te sommes entièrement reconnaissant pour ce que tu as fait pour moi, tu m'as tendu la main au moment où j'en avais le plus besoin, homme au grand cœur, Je rends grâce à DIEU qui t'a mis sur mon chemin, je prie qu'il te garde longtemps et en bonne santé, merci mon « petit fils »

A SIDIBE Moussa

En peu de temps tu as occupé une place importante dans ma vie, ton apport dans la réalisation de ce travail a été inestimable, avec toi à mes côtés n'importe quel stress était gérable, tu m'as servi d'épaule pour pleurer quand ça n'allait pas, je te remercie infiniment, puisse Allah réaliser tes projets, et nous réserver un avenir meilleurs. Amen !

À DIALLO Mountaga

Depuis la deuxième année, tu as été mon compagnon fidèle dans cette longue quête du savoir médicinal, tu fais partir des quelques personnes qui me connaissent et m'acceptent réellement tel que je suis, tu connais mes forces et mes faiblesses, tu as toujours su m'encourager quand je bloquais, tu m'as servi d'appuis pour avancer, J'ai juste la chance de t'avoir dans ma vie, « ALLAH kan to gnogognè » merci pour tout.

A VOUS TOUS qui avez de près ou de loin contribués de quelque façons que ce soit à l'élaboration de ce documents et à mon bien êtres je vous remercie, que DIEU vous bénisses et vous gardes

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury, **Professeur Hamar Alassane TRAORE**

- ✧ **Professeur titulaire de Médecine Interne à la FMOS**
- ✧ **Professeur des universités**
- ✧ **Chef du service de Médecine Interne du CHU Point G et Praticien hospitalier**
- ✧ **Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisés (DES) en Médecine interne au Mali**
- ✧ **Président de la Société Africaine de Médecine Interne (SAMI)**
- ✧ **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher maître,

C'est un immense honneur pour nous de vous avoir comme président du jury ; Vos qualités scientifiques, votre rigueur pour le travail bien fait font de vous un enseignant exceptionnel et forcent en nous une admiration pour votre personne la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations nous a marqué, veuillez accepter cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance. Puisse DIEU vous accorder longue vie.

A notre Maître et Juge, **Docteur Adama DICKO**

✧ **Spécialiste en dermato-vénéréologie.**

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

Cher maître,

Vous avoir dans notre jury est un honneur pour nous. C'est avec spontanéité que vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. L'enseignement et la formation de qualité dont vous nous avez faits bénéficier nous serviront dans notre future vie professionnelle, Votre disponibilité et surtout votre esprit critique nous ont marqués positivement. Vous avez grandement contribué à l'amélioration de ce document. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous prions pour que DIEU vous accorde longue vie.

A notre Maître et Codirecteur de thèse, **Docteur Garan DABO**

- ✧ **Spécialiste en Maladies infectieuses et tropicales**
- ✧ **Maitre-assistant à la FMOS**
- ✧ **Certifié en épidémiologie**
- ✧ **Membre de la SAPI**
- ✧ **Membre de la SOMARAM**
- ✧ **Membre de l'Association Marocaine de lutte contre les Maladies
Auto-immunes**

Cher maître,

Vous avez bien voulu codirigé durant ce travail, votre abord facile et votre courtoisie en plus de vos qualités scientifiques ont facilité le déroulement de cette étude, nous en somme reconnaissante, que DIEU vous prête longue vie.

A notre Maître et Directeur de thèse, **Pr Daouda Kassoum MINTA**

- ✧ **Professeur agrégé de Maladies Infectieuses et Tropicales**
- ✧ **Directeur du centre d'excellence de lutte contre le VIH**
- ✧ **Chargé de cours de parasitologie et de thérapeutique à la FMOS**
- ✧ **Chercheur au DEAP/MRTC/FMOS-Mali**
- ✧ **Président de la société malienne de contrôle des résistances aux antimicrobiens (SONARAM)**

Cher maître, C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet vous êtes resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité Nous avons toujours été émerveillés par l'étendue de vos connaissances veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande reconnaissance et de notre profond respect Nous prions pour que DIEU vous accorde longue vie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN : acide désoxyribonucléique
AINS : Anti Inflammatoire non stéroïdien
AOMI : Artériopathie Oblitérée des Membres Inférieurs
ASLO : Antistreptolysine O
BK : Bacille de Koch
BW : Bordet- Wassermann
C3, C1q, C5, C9 : Complément 3, 1q, 5, 9
CD4 : Cluster of Différentiation 4
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHUOS : Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto Stomatologie
CIVD : Coagulation Intraveineuse Disséminée
CMV : Cytomégalovirus
CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CRP : C Reactive Protein
DHBN-FN : Dermo-Hypodermique nécrosante et Fasciite Nécrosante
HGF : Hepatocyte Grown Factor
HTA : Hypertension Artérielle
HLA : Human leukocyte Antigen
ICAM1 : InterCellular Adhesion Molecule
IGF : Insulin-like Grown Factor
IL-1, 6, 8 : Interleukine 1, 6, 8
IOTA : Institut d'Ophtalmologique Tropical de l'Afrique
LEC : lupus érythémateux chronique
L.E.S : lupus érythémateux systémique
NET : NeuroEndocrino tumors
NFS : Numération Formule Sanguine
NK : Natural Killer
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PCR : Polymerase Chain Reaction
Sp: non spécifique
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
S.K.J : syndrome de Kaposi-Juliusberg
TDM : Tomodensitométrie
TPHA: Treponema Palidum Hemagglutine Antigen
TNF- α : Tumor necrosis factor α
UGD : Ulcère Gastro Duodéal
UV : Ultraviolet
SSSS : Staphylococcal Scalded Skin Syndrom
SJS : Syndrome de Steven-Johnson
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VEGF : Vascular Endothelial Grow Factor

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

VZV : Varicelle zona virus

VDRL : Veneral Disease Reacherch Laboratory

VS : vitesse de sédimentation

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	44
Graphique 2 : Répartition des patients selon le sexe	45
Graphique 3 : Répartition des patients selon l'année d'hospitalisation.....	47

Liste des figures

Figure 1 : Représentation schématique des différentes couches qui constituent la peau.	10
Figure 3 : Structure du poil	13
Figure 4 : Structure de l'ongle.....	13
Figure 5 : Sortie à gauche et Entrée à droite du CHU du Point G.....	38
Figure 6 : Vue d'ensemble de face convexe – Médecine Interne côté sud au bord de la route	39

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la profession	45
Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie	46
Tableau III : Répartition selon la résidence des patients	46
Tableau IV : Répartition selon le motif d'hospitalisation	48
Tableau V : Répartition selon les antécédents personnel des patients	49
Tableau VI : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation	49
Tableau VII : Répartition selon du diagnostic principal retenu	50
Tableau VIII : Répartition selon les signes d'appel dermatologique que présentaient les patients	51
Tableau IX : Répartition des patients selon la topographie des dermatoses	51
Tableau X : Répartition des patients selon le type de dermatoses	52
Tableau XI : Répartition selon les dermatoses infectieuses	53
Tableau XII : Répartition selon les dermatoses inflammatoires.....	54
Tableau XIII : Répartition selon les dermatoses d'hypersensibilité.....	54
Tableau XIV : Répartition selon les dermatoses auto-immunes.....	55
Tableau XV : Répartition selon les dermatoses tumorales	55
Tableau XVI : Répartition selon des dermatoses à type d'ulcération.....	55
Tableau XVII : Répartition selon les autres dermatoses.....	56
Tableau XVIII : Répartition selon de l'issus des patients.....	56

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	3
1. Objectif général	3
2. Objectifs spécifiques	3
II. GENERALITES	4
A. Anatomie de la peau	4
1. Epiderme	4
2. Le derme	8
3. L'hypoderme	9
B. Les annexes cutanées	10
1. Les glandes cutanées	11
2. Les phanères	11
C. Les fonctions de la peau	14
D. Etude de quelques dermatoses en milieu hospitalier à Bamako au Mali	17
1. Généralités	17
2. Signes	17
3. Diagnostic	19
4. Traitement	19
III. PATIENT ET METHODES	37
IV. RESULTATS	44
1. Fréquences	44
2. Données sociodémographiques des cas porteurs de dermatose	44
3. Données cliniques	47
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57
1. Limites et difficultés de l'étude	57
2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	57
3. Les données cliniques	59
4. Données dermatologiques	60
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	65
Conclusion	65
Recommandations	66

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

VI. ICONOGRAPHIES.....	67
VII. REFERENCES	69
ANNEXES	75
Fiche d'enquête	75
Fiche signalétique	78

INTRODUCTION

Les maladies de la peau constituent encore au 21^{ème} siècle, un problème majeur de santé publique dans tous les pays en développement (1). Pourtant la moitié de ces pays n'ont pas de dermatologues en nombre suffisant et cela occasionne une faible couverture en soins dermatologique de la population (2, 3, 4).

Les dermatoses sont parmi les cinq premières causes de morbidité et d'incapacité de travail en Afrique. Environ 30 % des patients reçus dans les centres de soins en Afrique souffrent de maladies de peau (2).

Au Mali, le Centre Nationale d'Appui et de lutte contre la Maladie (CNAM), seul service de référence dermatologique, effectue plus de 30 850 consultations par an. Il s'agit de dermatoses infectieuses principalement des infections bactériennes et parasitaires à expression cutanée ensuite des dermatoses immuno allergique : le prurigo, l'eczéma, l'acné, des dermatoses inflammatoires, des maladies systémiques et des conséquences de la dépigmentation artificielle (5). Les consultations dermatologiques représentaient 30,41 % des activités du service de Médecine interne dans les années 2000 (6).

La pandémie du VIH a fortement augmenté la fréquence et la présentation clinique de la plupart des dermatoses (2).

Le médecin interniste rencontre dans sa pratique quotidienne de nombreuses pathologies dermatologiques qui peuvent être aiguës et transitoires exigeant une ou quelques consultations, alors que d'autres sont chroniques ou des manifestations systémiques nécessitant un suivi plus rigoureux, voire même une ou plusieurs hospitalisations (7).

L'importance des affections cutanées contraste avec le peu de considération qu'on leur accorde en Afrique car il peut arriver qu'un signe cutané anodin soit révélateur d'une affection profonde potentiellement grave, constituant ainsi une aide remarquable au diagnostic du fait de sa facilité d'accès (7). Ce signe peut

également être le reflet du stade ou de l'évolution d'une pathologie déjà diagnostiquée comme l'infection VIH (8).

Nombreuses sont les affections dont le diagnostic et la prise en charge sont coassurés par les Internistes et les Dermatologistes en étroite collaboration (lupus érythémateux aigu disséminé, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, dermatomyosite) (2) rendant ainsi indissociable les deux disciplines.

Nous disposons de très peu de données sur l'épidémiologie et la présentation des dermatoses en service de médecine interne.

Nous apportons notre contribution à une meilleure compréhension nosologique des dermatoses ce qui justifie la présente étude dont le but est décrire les dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU point G.

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier les dermatoses chez les patients hospitalisés en médecine interne

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des dermatoses
- Déterminer les motifs d'hospitalisation des patients hospitalisés en médecine interne porteurs de dermatose
- Identifier les étiologies des dermatoses retrouvées chez les patients

II. GENERALITES

A. Anatomie de la peau

Barrière entre le milieu extérieur et intérieur de notre corps, la peau est un organe complexe dont le fonctionnement a deux finalités :

- la première, assurer la communication entre notre propre organisme et le milieu environnant ;
- la deuxième, protéger notre organisme des agressions extérieures.

Chez l'homme, elle est un des organes les plus importants du corps en regard de sa surface et de sa masse avec environ 2 m² pour 5 kilos de poids.

Sa connaissance est primordiale pour la pratique de l'esthétique, à la fois au niveau des résultats et des effets secondaires.

Sur le plan structural, la peau est constituée de 3 parties principales de l'extérieur vers l'intérieur : L'épiderme, le derme et l'hypoderme.

1. Epiderme

L'épiderme mesure, suivant les zones de l'organisme, de 1 à 4 millimètres. Il est le plus fin au niveau des paupières où il mesure environ 0,1 millimètre, il est plus épais au niveau des paumes et plantes de pieds où là, il peut atteindre 1 millimètre. Le derme est 20 fois plus épais, il est le plus épais au niveau du dos où il peut atteindre 3 à 4 millimètres.

Il est en constant renouvellement. C'est un épithélium stratifié pavimenteux orthokératosique. Les kératinocytes représentent 80% des cellules de l'épiderme et ont un rôle fondamental comme barrière cutanée. La restitution ad integrum de cette barrière cutanée est un des objectifs des traitements esthétiques. En effet, son rôle protecteur assuré par la couche cornée est la résultante de modifications biochimiques, métaboliques et immunologiques qui se font au niveau du kératinocyte tout au long de sa migration de la couche basale jusqu'à

sa desquamation finale. Des études récentes soulèvent l'hypothèse que le stratum corneum assurerait un rôle régulateur de la prolifération et différenciation épidermique (9). Ceci ouvre des horizons importants sur le rôle des peelings notamment superficiels.

Néanmoins, il est important de savoir qu'aujourd'hui la fonction des kératinocytes ne se limite pas uniquement à un rôle de barrière, mais que se sont également des cellules qui ont une activité immunologique à part entière, pouvant ainsi exprimer des antigènes de classe et certaines molécules d'adhésion comme ICAM1 leur conférant une activité de cellules présentatrices d'antigènes. Ils produisent aussi de nombreuses cytokines (IL-1, IL-8, IL-6, TNF...).

Le kératinocyte migre à travers l'épiderme depuis les couches basales jusqu'aux cellules cornées en 3 semaines en moyenne pour une peau normale. Au microscope optique, les kératinocytes de l'épiderme peuvent être ainsi divisés en quatre couches qui sont de la profondeur à la superficie : la couche basale où ils ont un maximum d'activité proliférative, la couche spinieuse, la couche granuleuse, et la couche cornée. Au fur et à mesure de leur montée dans l'épiderme, les kératinocytes perdent cette fonction de prolifération pour entrer dans une phase de différenciation qui, au final, aboutit à la couche cornée, qui assure cette fonction primordiale de barrière cutanée. Celle-ci est schématiquement constituée de piles de cellules nucléées aplaties, les cornéocytes soudés par des jonctions serrées avec un ciment extracellulaire constitué principalement de lipides (céramides, acide gras libres, tryglicérides, cholestérol).

Les kératinocytes basaux comprennent trois populations :

- les cellules souches de l'épiderme que l'on trouve plus particulièrement au niveau des crêtes épidermiques interpapillaires ;
- les cellules amplificatrices qui se divisent avant d'entrer dans les compartiments de différenciation cités juste avant ;

- les cellules post-mitotiques qui restent en position basale.

Au cours de sa migration au sein de l'épiderme, le kératinocyte voit apparaître en plus des filaments de kératine, au sein de cytoplasme, des granulations basophiles qui sont bien identifiées au niveau de la couche granuleuse, couche où apparaissent les marqueurs de la différenciation terminale de l'épiderme. Par la suite, de manière brutale, les kératinocytes perdent leur noyau et se transforment en cornéocytes qui constituent les couches cornées, ensemble de cellules sans noyau, mais fonctionnelles, réunies par un ciment. L'ensemble assure la fonction de barrière de l'épiderme.

Les hémidesmosomes accrochent les kératinocytes basaux à la matrice extracellulaire et les desmosomes, les kératinocytes entre eux. Au niveau de la couche cornée ces desmosomes se transforment en cornéodesmosomes. La fonction barrière de la couche cornée est renforcée à sa surface par l'existence d'un film invisible fait d'un mélange de sueur et de sébum, c'est le film hydrolipidique qui rend la peau pratiquement imperméable à l'eau, mais laisse passer des petites molécules permettant ainsi d'appliquer certains médicaments et certains cosmétiques.

Au total donc, la différenciation épidermique peut être considérée comme un processus de maturation continue et orientée des kératinocytes avec des changements morphologiques, et biochimiques, le tout aboutissant à la formation de la couche protectrice superficielle constamment renouvelée.

Aujourd'hui, l'identification des antigènes constituant l'épiderme par immunohistochimie permet d'avoir une approche plus précise de leur localisation et de leur disparition.

Ainsi, les kératines qui sont les filaments intermédiaires des cellules épithéliales ont une expression différente entre les cellules de la couche basale et les cellules de la couche cornée (kératines k1 à k20). En ce qui concerne les cellules souches

kératinocytaires, elles sont situées au niveau du bulge (zone entre la glande sébacée et le point d'attache du muscle érecteur) du follicule pilosébacé. Les principaux marqueurs reconnus pour leur identification aujourd'hui sont K15, CD200, CD34, CD271, mais leur identification demeure difficile car un marqueur spécifique est toujours recherché. Elles ont aussi comme caractéristique d'être exprimées plus fortement les intégrines Béta 1 et le facteur de transcription P53 (10,11).

Les données immunohistochimiques permettent également de mieux connaître les molécules constituant les desmosomes qui peuvent être divisées en molécules transmembranaires et en molécules constituant les plaques situées sur le versant interne de la membrane cellulaire. Les principales molécules transmembranaires sont les desmoglénines (1, 2, 3) ainsi que les desmocollines (1, 2 et 3). Les principales molécules des plaques sont les desmoplakines (1 et 2) l'envoplakine, la périplakine, la plakoglobine, et les plakophilines (1 et 2).

À noter qu'il existe un troisième type de molécule qui n'est ni une molécule de plaque ni une molécule transmembranaire et qui s'appelle la cornéodesmosine. Elle se situe dans la partie superficielle de l'épiderme.

La molécule qui constitue les grains de kératohyaline de la couche granuleuse est la profilagrine qui au niveau de la couche cornée se transforme en filagrine. Les molécules de l'enveloppe des cornéocytes sont nombreuses. Les plus connues sont la loritrine et l'involutrine.

L'étude immuno-histochimique de ces molécules permet d'étudier les conséquences des traitements physiques au niveau de la barrière cutanée.

À côté des kératinocytes, 20% des autres cellules sont constituées par :

- Les mélanocytes qui sont la deuxième grande population cellulaire de l'épiderme et dont la fonction est d'assurer la synthèse des mélanines. Ces dernières ont pour rôle de donner à la peau sa couleur, les phéomélanines

étant des pigments jaune-rouge et les eumélanines des pigments brun-noir. La répartition entre phéomélanines et eumélanines est à l'origine du phototype cutané ;

- Les cellules de langerhans représentent la troisième population cellulaire de l'épiderme (3 à 8% des cellules épidermiques), elles appartiennent au groupe des cellules dendritiques présentatrices des antigènes au lymphocyte t. Produites au niveau des organes hématopoïétiques, elles migrent vers l'épiderme où elles sont considérées comme des cellules dendritiques indifférenciées avec un marqueur spécifique qui est l'antigène cd1a. Le rôle des cellules de langerhans est de capturer les antigènes, d'en assurer l'endocytose et de les réexprimer à leur surface avec les molécules de classe II du cmh pour activer les lymphocytes t ;
- Les cellules de Merkel constituent la quatrième population cellulaire de l'épiderme. Ce sont des cellules neuroépithéliales, qui dérivent des cellules souches de l'épiderme fœtal et qui ont une fonction de mécanorécepteur. Ces cellules sont particulièrement abondantes au niveau des lèvres, des paumes, de la pulpe des doigts et du dos des pieds. Elles sont à l'origine de la tumeur de Merkel.

2. Le derme

Véritable charpente de la peau, il est constitué de cellules fixes que sont les fibroblastes et de cellules mobiles que sont les cellules sanguines. À ces cellules s'associent des fibres de collagène, d'élastine et de réticuline. La cohésion de l'ensemble est assurée par la substance fondamentale constituée essentiellement de mucopolysaccharides et parmi eux l'acide hyaluronique identifiée par le bleu de toluidine. Au sein du derme se trouvent les vaisseaux qui s'arrêtent à la couche basale de l'épiderme, ce dernier ne contenant pas de vaisseaux, ce qui est important à savoir.

3. L'hypoderme

Couche la plus profonde de la peau, elle constitue la graisse plus ou moins épaisse selon les individus, elle est contenue dans des lobules séparés les uns des autres par des fibres identiques à celles du derme, ces fibres assurant à la fois la nutrition et la tenue de l'hypoderme. Cette couche hypodermique a essentiellement une fonction d'amortisseur des chocs et de protection du froid par isolation. C'est la cible des fillers.

Les cellules souches dérivées des cellules adipeuses apparaissent une cible de plus en plus intéressante pour le traitement du vieillissement cutané mais aussi d'autres pathologies du fait notamment de la production de facteurs de croissance comme le Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), l'Insulin-Like Growth Factor (IGF), Hepatocyte Growth Factor (HGF), et le Transforming Growth Factor beta 1 (TGF- β 1). Elles auraient notamment un effet antiradicalaire, stimulant de la synthèse et de la migration des fibroblastes (12).

Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)

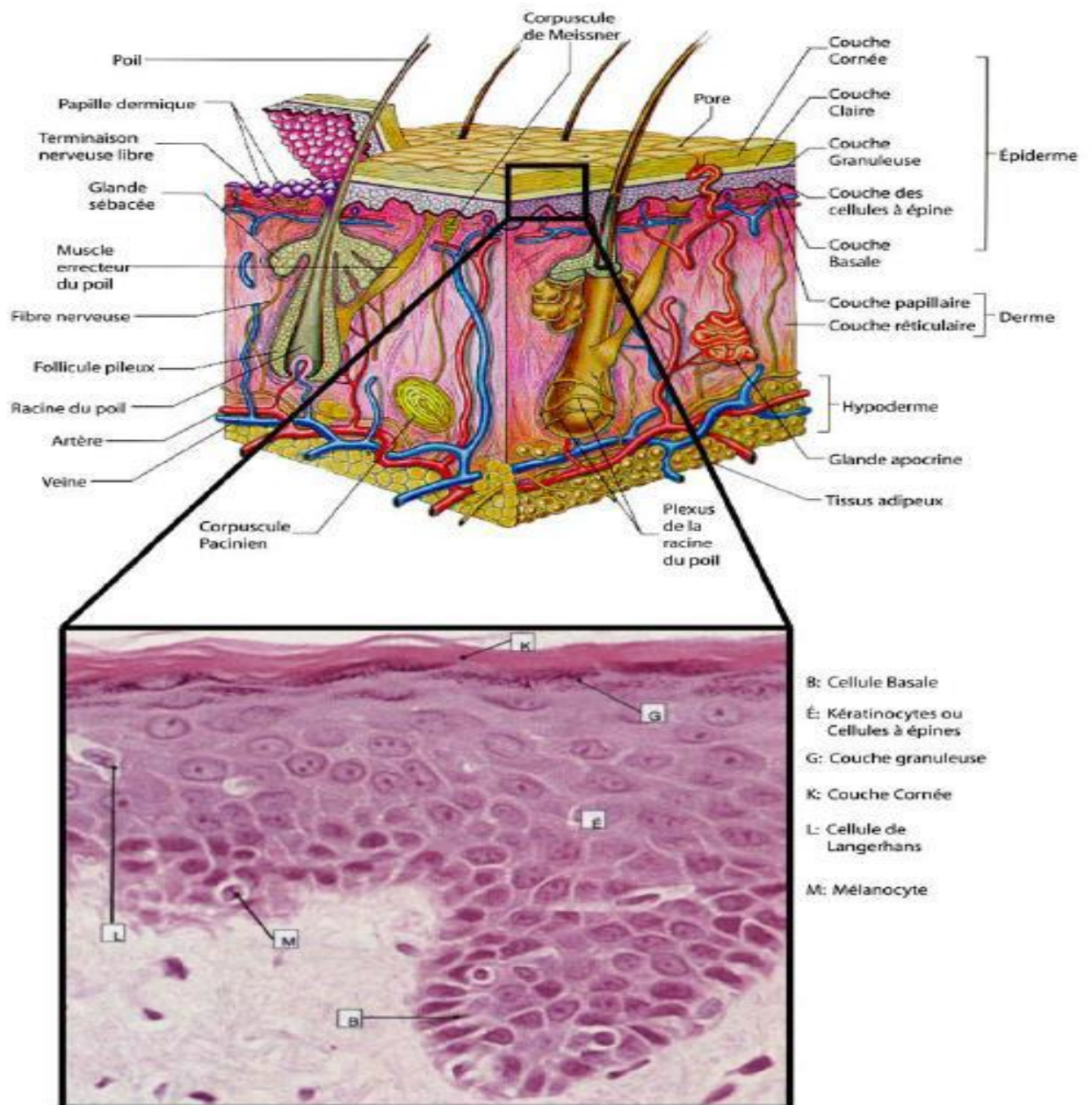


Figure 1 : Représentation schématique des différentes couches qui constituent la peau.

B. Les annexes cutanées

Les annexes cutanées regroupent des glandes cutanées et des phanères.

Les glandes cutanées sont les glandes sudoripares éccrines, les glandes sudoripares apocrines et les glandes sébacées.

Les phanères sont les poils (cheveux) et les ongles.

1. Les glandes cutanées

Les glandes sébacées sont annexées aux poils constituant ainsi le follicule pilosébacé.

Les glandes sudoripares apocrines sont annexées aux follicules pilosébacés dans certaines régions de l'organisme, notamment les plis axillaires, les plis inguinaux et les plis inter fessiers. Elles ont une sécrétion opaque grasse et alcaline. La sécrétion est de type apocrine avec un canal excréteur qui débouche dans le conduit pilosébacé en aval de la glande sébacée.

Par contre, les glandes sudoripares éccrines sont indépendantes des poils et s'ouvrent directement à la surface de la peau. Ces annexes cutanées sont d'origine ectoblastique.

Les glandes sudoripares éccrines sont nombreuses, en moyenne 2 à 5 milliards chez l'homme. Elles élaborent un liquide aqueux, incolore et salé que l'on appelle la sueur. Ce sont des glandes exocrines avec un canal excréteur directement abouché à l'extérieur.

2. Les phanères

2.1. Poil : Le poil présente un cycle pileux constitué de 3 phases :

- **la phase anagène**, phase de croissance où le follicule est profond et a une activité kératogène. Cette phase dure de 2 à 3 ans chez l'homme et de 6 à 8 ans chez la femme. Durant cette période, le poil s'allonge de 0,2 à 0,5 millimètre par jour ;
- **la phase catagène** est courte, 3 semaines en moyenne. La partie profonde du follicule pileux se résorbe ;
- **la phase télogène** dure 3 à 6 mois. Le poil est au repos, puis un nouveau follicule anagène se reforme et le poil télogène tombe définitivement.

Normalement, 85 à 90% des cheveux sont en phase anagène, 0 à 10% des cheveux en phase télogène. L'épilation par laser n'est efficace que sur les poils anagènes.

2.2. Ongle : L'ongle a des fonctions multiples : protection, plan fixe de contre pression de la sensibilité pulpaire tactile, rôle agressif, voire esthétique.

L'ongle est constitué de 2 parties :

- une partie visible : le corps de l'ongle ;
- une partie cachée sous un repli cutané : la racine. La lunule est la partie blanchâtre du corps de l'ongle (ou limbe) située au voisinage de la racine. La peau qui recouvre la racine de l'ongle est appelée bourrelet unguéal et son extrémité libre très kératinisée, éponychium ou cuticule. La région située sous le bord libre de l'ongle est l'hyponychium. Constitué essentiellement de kératine, l'ongle comporte aussi des mélanocytes sur toute la hauteur de l'épithélium. Les cellules de Langerhans sont également présentes. L'ongle contient du soufre, du calcium, de l'eau. Le temps de pousse d'un ongle est variable, en moyenne 3 à 4 millimètres par mois au niveau des ongles de la main.

Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU point g (Bamako/Mali)

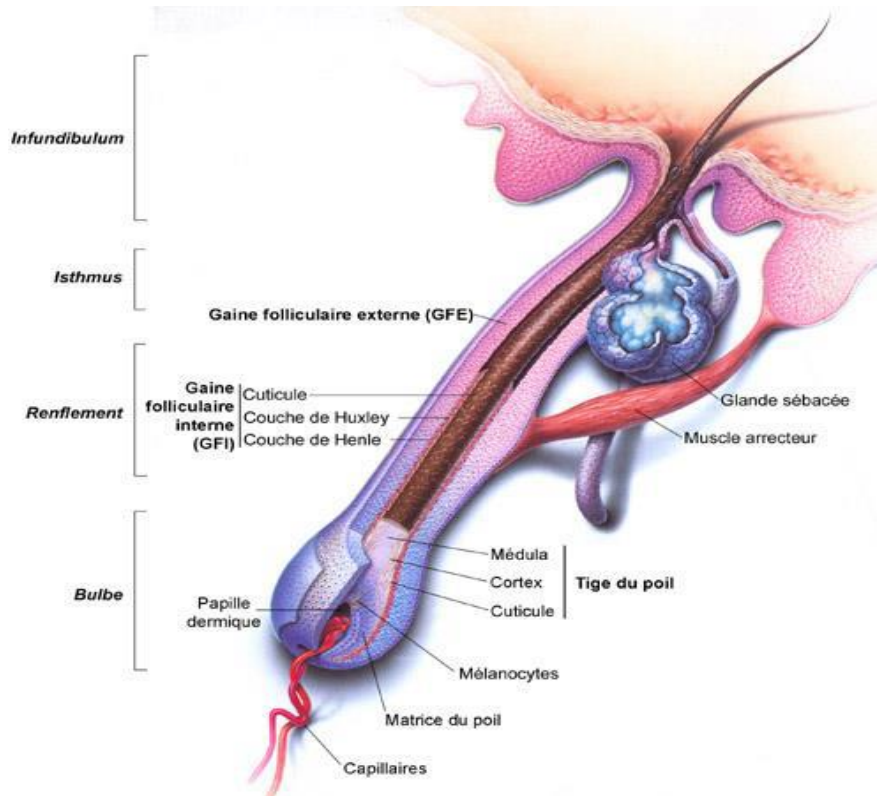


Figure 2 : Structure du poil

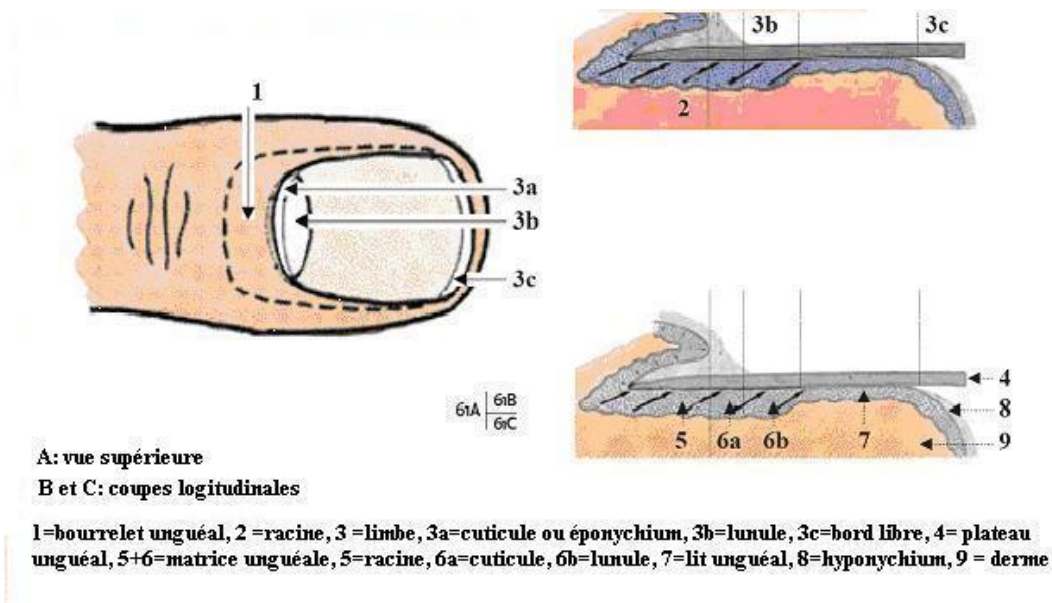


Figure 3 : Structure de l'ongle

C. Les fonctions de la peau

Elles sont multiples, souvent méconnues. Toute altération de la peau retentit sur une ou plusieurs fonctions. Leur connaissance est donc indispensable avant tout geste esthétique.

Maintien de la température corporelle

La sécrétion de sueur aide à réguler la température corporelle, elle augmente avec la température et provoque un rafraichissement grâce à son évaporation en surface. Elle diminue lorsque la température s'affaiblit.

Barrière de protection du milieu extérieur

La peau est une barrière physique qui protège les tissus et les organes des agressions extérieures. C'est une barrière efficace face aux micro-organismes.

Elle évite également les pertes de fluide corporel et représente une membrane semi-perméable face au liquide extérieur. La peau protège aussi notre organisme des traumatismes mécaniques, des toxines chimiques, des UV, et des agents infectieux tels que les bactéries et les champignons. La peau est continuellement exposée aux bactéries, mais la structure des cellules de la couche cornée prévient la pénétration des bactéries. Par contre, certains champignons peuvent infiltrer et abîmer l'intégrité de la kératine, ce qui explique que les infections fongiques sont plus fréquentes que les infections bactériennes.

Enfin, c'est une protection contre les rayons du soleil, notamment grâce à sa pigmentation.

Organe sensoriel

Des terminaisons nerveuses contenues dans la peau et notamment le bout des doigts permettent à l'organisme d'explorer son environnement par le toucher. La peau permet ainsi à notre organisme d'avoir une sensibilité à la pression, à la chaleur et à la douleur. La peau possède différents types de terminaisons

nerveuses et de récepteurs qui réagissent en fonction de stimuli différents et renvoient des informations interprétables par le cerveau :

- des terminaisons nerveuses du système nerveux autonome amyélinique destinées aux vaisseaux et aux annexes épidermiques ;
- des terminaisons nerveuses des voies de la sensibilité myélinisée ou amyélinique ;
- des terminaisons nerveuses libres ;
- des terminaisons nerveuses du complexe de Merkel ;
- des terminaisons nerveuses des corpuscules de Meissner, de Vater-Pacini, de Krause, et de Ruffini. Ces fibres se regroupent pour former des nerfs de calibres de plus en plus gros du derme papillaire vers l'hypoderme ;
- les terminaisons nerveuses libres pénètrent dans l'épiderme. Elles comprennent des mécanorécepteurs C : ce sont des récepteurs à la pression peu sensible à l'étirement, des thermorécepteurs (chaud et froid répartis dans toute la peau), des nocicepteurs ou récepteurs à la douleur qui sont sensibles au pincement, à la piqûre, aux températures supérieures à 40° ou inférieure à 20°. Ils ne sont pas sensibles en général aux stimuli des mécanorécepteurs.

Organes immunitaires

La peau est un organe immunitaire à part entière. Les cellules de Langerhans mentionnées plus haut sont des cellules présentatrices d'antigènes qui, de ce fait, sont susceptibles d'activer les lymphocytes T. Après avoir capturé des antigènes dans l'épiderme, les cellules de Langerhans migrent à travers l'épiderme et le derme vers le système lymphatique de voisinage, où elles prennent le nom de cellules interdigitées et présentent l'antigène au lymphocyte T CD4+ qui se retrouve ainsi activé. Elles sécrètent par ailleurs plusieurs types de cytokines qui interviennent dans la modulation de l'environnement. Les kératinocytes sont

aussi des cellules capables d'exprimer les antigènes HLA de classe II, et ainsi de présenter des antigènes extérieurs aux lymphocytes T et d'induire leur activation. De plus, les kératinocytes produisent de nombreuses cytokines et notamment des cytokines pro-inflammatoires qui interviennent dans la réaction inflammatoire cutanée.

Organes de vascularisation

Véritables réservoirs, les vaisseaux sanguins du derme représentent 10% du sang chez l'adulte. Lors d'un exercice physique, ces vaisseaux se contractent et favorisent un apport sanguin au muscle. Au maximum, cette contraction peut aboutir à un phénomène équivalent à un phénomène de Raynaud.

L'épiderme, par contre, n'est pas vascularisé, il est nourri par les réseaux capillaires du derme. Le derme et l'hypoderme sont richement vascularisés par un réseau d'artérioles, de capillaires et de veinules. Il existe 3 niveaux de réseaux. Un niveau hypodermique, un niveau dermique et un troisième situé au niveau de la jonction derme papillaire derme réticulaire. Les lymphatiques naissent par une anse borneye du sommet de papilles dermiques et suivent le trajet des réseaux veineux. Il existe des anastomoses artérioveineuses au niveau du lit des ongles et des régions palmo-plantaires. Elles jouent un rôle fondamental dans la thermorégulation. Curieusement, alors que les UV stimulent l'angiogenèse, le vieillissement, y compris photo-induit, s'accompagne d'une diminution des vaisseaux.

Organes de synthèse de substances essentielles à notre organisme

Les kératinocytes soumis aux UV participent à la synthèse de la vitamine D.

Organes modulant « la thymique »

Les kératinocytes produisent des endorphines sous l'action des UV qui interviennent dans la régulation de la thymique de l'individu (syndromes dépressifs plus fréquents l'hiver).

Organes de la relation sociale et de la communication

La peau à travers sa couleur, sa texture et son odorat transmet des messages sociaux et sexuels. Par exemple, érythème brutal qui reflète un embarrât. Toute modification de ces messages sociaux a des répercussions sur l'individu et la reconnaissance de lui-même.

D. Etude de quelques dermatoses en milieu hospitalier à Bamako au Mali

↳ Erysipèle

1. Généralités (13,14)

1.1. Définition :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë (non nécrosante) d'origine bactérienne due au streptocoque beta hémolytique du groupe A et ou des groupes B, C et G.

1.2. Etiopathogénie

- Porte d'entrée du germe : intertrigo, ulcère, piqure, plaie minime, orifices naturels infectés
- Parfois inaperçus piqure ou plaie minime.

1.3. Facteurs de risque :

- Locorégionaux : œdème de stase veino-lymphatique.
- Généraux : immunodépression, malnutrition, traitement par l'anti inflammatoire non stéroïdien.

2. Signes (15)

2.1. Type de description : érysipèle de la jambe (85%).

2.1.1. Signes généraux

Le début est brutal avec un syndrome infectieux (fièvre entre 39 40°C) altération de l'état général, frissons.

2.1.2. Signes locaux :

Se traduit par une grosse jambe rouge vif, luisant, chaude tendue avec présence parfois de phlyctènes. Cette plaque donne l'aspect de peau d'orange Le bourrelet périphérique est très rarement retrouvé. Une adénopathie satellite est fréquemment associée.

2.1.3. Signes paracliniques (16)

Ces examens ne sont pas indispensables mais réconfortent le diagnostic.

- NFS : Hyperleucytose a polynucléaire neutrophile
- VS : accéléré
- CRP : augmenté
- Bactériologie : Pas toujours contributive
- Dosage des antistreptococcique (ASLO, antistreptodornase)

2.1.4. Evolution et complications (17,18)

- **Sous traitement** : L'évolution est favorable sous traitement antibiotique dans 8 à 9 cas sur 10 en pratique hospitalière ou en médecine ambulatoire, tous traitements confondus. L'apyrexie est obtenue avant l'amélioration des signes locaux.
- **Sans traitement** :
 - **Complication locales**
Les abcès, les nécroses, les thromboses veineuses profondes.
 - **Complications générales** : Les complications générales sont exceptionnelles : les toxidermies à la pénicilline sont les plus fréquentes : 5 p. 100v; de rarissimes septicémies; glomerulonéphites ; des décompensations de tares.

2.2. Formes cliniques

2.2.1. Formes topographiques : Erysipèle du visage ; érysipèle du membre supérieur ; érysipèle des fesses ; érysipèle des organes externes, érysipèle du sein.

2.2.2. Formes selon le terrain : érysipèle associé au VIH, érysipèle associé au diabète.

3. Diagnostic

3.1. Diagnostic positif : Clinique et paraclinique

3.2. Diagnostic différentiel :

- **Erysipèle de la jambe :** on discutera une dermite de stase, une dermo-hypodermite caustique, une lymphangite isolée (cordon sous cutané douloureux induré), une phlébite profonde, une dermo-hypodermite sur cicatrice d'intervention.
- **Erysipèle du visage :** on discutera le zona ophtalmique, œdème de Quincke, eczéma du visage, la staphylococcie maligne du visage.
- **Erysipèle des fesses :** le zona
- **Erysipèle des organes génitaux externes :** Eczéma scrotal, hydrocèle, piqure d'insecte.
- Erysipèle du membre supérieur : Brulure thermique ;

4. Traitement (19, 20, 21)

4.1. But

Calmer la douleur

Traiter la porte d'entrée

Prévenir les complications

4.2. Moyens

- ✓ **Mesures hygiéno-diététiques**

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Repos au lit hospitalisation, surélévation du membre atteint rééducation et
kinésithérapie après guérison

✓ **Moyens médicaux**

- Pénicilline G 200000UI/ kg /jour.
- Macrolides : Erythromycine : 30 à 50mg/kg /jours.
- Amoxicilline : 50 à 80 mg/kg/jours, Peni V 4 à 6 M.
- Extencilline 2,4 M
- Antalgique : Paracétamol 3 à 4 g/j
- Antimycosiques : Fluconazol, kétoconazole
- Antiseptique : lavage, en bain locaux ou irrigation. Soit en compresse imbibées ou en pansement humide.
- La vaccination antitétanique.

✓ **Moyens chirurgicaux :**

Débridement chirurgical des phlyctènes

4.3. Indication

- ✓ En cas d'hospitalisation initial
- Repos au lit
- Pénicilline G en 3 ou 4 perfusions pendant 48 heures à 72 heures. Après l'apyrexie le relais par la voie orale avec amoxicilline en trois prises ou peni V pendant 10 à 15 jours.
- En cas d'allergie aux pénicillines on fait recours au macrolide.
- Traiter la porte d'entrée avec un antimycosique.
- Débridement chirurgical des phlyctènes.
- Vaccination antitétanique.
- Paracétamol pour lutter contre la douleur.
- ✓ En cas de maintien à domicile : Le traitement par voie orale est préconisé
- ✓ **NB** : pas d'AINS au cours de l'érysipèle.

❖ Prophylaxie

Extencilline 1,2 à 2,4 million par mois pendant 6 mois après plusieurs épisodes.

➤ Fasciite nécrosante

1. Généralités (22,23)

1.1. Définition

La fasciite nécrosante se définit comme une inflammation aiguë d'origine infectieuse et à évolution nécrosante du fascia et du tissu sous cutané.

1.2. Facteurs de risque de survenue

L'âge, le diabète, un traitement par AINS, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hémopathies, les cancers, la chimiothérapie, les traitements immunosuppresseurs, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, l'alcoolisme et la varicelle chez l'enfant.

1.3. Etiopathogénie

Le mécanisme de la fasciite nécrosante n'est pas encore élucidé, on décrit des réactions d'hypersensibilité. On discute la possibilité d'existence de toxines bactériennes responsables du syndrome septicémique. Certains auteurs évoquent un déséquilibre particulier entre l'agent infectieux et un terrain débilisé. Certes le rôle de l'ischémie locale, secondaire à la thrombose vasculaire, joue un rôle dans la progression de l'infection.

2. Signes

2.1. Type de description : Fasciite nécrosante de la jambe.

2.1.1. Signes généraux : Fièvre, tachycardie, polypnée sont habituelles. Une hypothermie, de l'agitation, un état confusionnel, une hypotension, une oligo-anurie (24).

2.1.2. Signes locaux (23,25)

Débute par un œdème inflammatoire douloureux diagnostic. La porte d'entrée est souvent minime ou passe inaperçue très vite apparaissent des plages ecchymotiques puis des décollements bulleux et des phlyctènes à contenu hémorragique le plus souvent, voire de placards de nécrose. Le bourrelet périphérique est très rarement retrouvé. Une adénopathie satellite est fréquemment associée.

Cette affection reste limitée au fascia et à la peau, mais l'atteinte musculaire reste possible.

2.1.3. Signes para cliniques

Signes biologiques

Une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, une anémie, une hypoalbuminémie, une augmentation de l'urée, une hypocalcémie et une coagulopathie de type coagulation intravasculaire disséminée (CIVD).

Signes bactériologiques (24)

- **Prélèvement pour examen direct et culture** : Le germe le plus souvent isolé est le streptocoque bêta hémolytique du groupe A, mais actuellement d'autres germes sont mis en évidence : streptocoques d'autres groupes, staphylocoque aureus, entérobactéries, bactéroïdes, bactéries anaérobies et le pseudomonas. Parfois aucun germe n'est retrouvé malgré des prélèvements multiples.
- **Des hémocultures** : Possible avant l'antibiothérapie.

Imagerie (26,27)

- La radiographie est toujours utile car elle peut mettre en évidence la présence de gaz.

- IRM avec injection de Gadolinium permet en outre d'apprécier l'extension en profondeur de la nécrose particulièrement utile au plan chirurgical.

2.1.4. Evolution

La gravité initiale de l'état septique, l'âge et l'existence d'une comorbidité sont les principaux facteurs de mortalité ; la présence d'un choc initial accroît la mortalité à environ 40 p. 100 et les formes gravissimes avec choc toxique streptococcique sont associées à une mortalité de l'ordre de 50 p. 100 à 60 p. 100.

2.2. Formes cliniques (28-31)

2.2.1. Formes topographiques

Formes Cervicales : C'est une localisation rare qui survient à la suite d'infection bucco-dentaire ou cervicale), d'infection de la sphère ORL, après chirurgie cervico-faciale ou après un traumatisme. Il s'agit le plus souvent d'une flore polymorphe. Cliniquement, elle évolue souvent en deux phases : une première phase avec signes modérés (douleur, œdème, gêne locale) suivie d'une seconde phase « explosive » avec apparition de signes cutanés évocateurs pouvant s'étendre jusque sur la paroi thoracique antérieure.

L'extension peut s'accompagner d'une thrombose des sinus caverneux, de médiastinite qui reste la complication la plus redoutée. L'examen tomodensitométrique présente un intérêt pour l'évaluation de l'extension vers le médiastin.

Formes périorbitaires : Elles surviennent plus souvent chez les enfants. Elles font suite à un traumatisme ou à une infection du tractus respiratoire supérieur ou sont secondaires à une chirurgie périorbitaire. Les germes le plus souvent retrouvés sont *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogènes* pour les formes posttraumatiques, *Haemophilus influenzae* en l'absence de traumatisme.

Formes thoraco-abdominales : Elles surviennent après des interventions chirurgicales de tout type : abdominale, gynécologiques, thoraciques. Dans 80 p. 100 des cas il s'agit d'une atteinte polymicrobienne par des germes d'origine gastro-intestinale. Il est très important de repérer les premiers signes (érythème, oedème) au voisinage ou à distance des incisions. La tomodensitométrie avec injection et opacification digestive à l'aide d'hydrosolubles renseigne à la fois sur la complication abdominale et les lésions pariétales.

Forme Périnéale : Elle est classiquement appelée gangrène de Fournier. Elle est rare et peut se voir quel que soit l'âge.

La recherche de la porte d'entrée est fondamentale : urogénitale (45 p. 100), anorectale (33 p. 100) cutanée (21 p. 100). Il s'agit d'une atteinte souvent polymicrobienne. Elle débute comme une bulle ou une zone de nécrose du périnée, des bourses ou de la vulve, rapidement accompagnée d'un œdème considérable et de signes généraux de sepsis. Des examens complémentaires sont utiles dans les formes de début : radiographie simple (présence de bulles d'air dans les tissus mous), échographie (œdème diffus, épaissement tissulaire, présence d'air, épanchement). La tomodensitométrie permet de préciser l'extension de l'infection, et de diagnostiquer une cause sous-jacente rétro-péritonéale ou intra-péritonéale.

Fasciite nécrosante du sein : Manifestations identiques à celle de la jambe.

2.2.2. Formes selon le terrain

DHBN-FN du toxicomane : Elle atteint essentiellement le membre supérieur et il est nécessaire de prendre en considération la responsabilité non seulement du streptocoque, mais d'un staphylocoque.

DHBN-FN de l'immunodéprimé : Le germe le plus fréquemment rencontré est le *Pseudomonas aeruginosa*.

3. Diagnostic

3.1. Diagnostic positif : Clinique ± paraclinique.

3.2. Diagnostic différentiel

- L'érysipèle : caractérisé par un début brutal, une fièvre élevée et surtout le bourrelet périphérique.
- La cellulite gangréneuse avec atteinte musculaire.
- La gangrène gazeuse : Présence de crépitations sous cutanées, l'intensité des signes généraux, l'extension de la nécrose au muscle et la présence de colostrodium.
- Le pyoderma gangrenosum : d'évolution lente et torpide avec une bordure bien limitée.
- La gangrène post-opératoire d'évolution plus lente après une intervention, souvent abdominale.
- La gangrène bactérienne progressive : survenant le plus souvent chez les immunodéprimés.

4. Traitement (32-35)

4.1. But

Calmer la douleur

Prévenir les complications

4.2. Moyens

4.2.1. Moyens médicaux

❖ **Locaux** : Antiseptiques

❖ **Généraux**

Pénicilline G 200000 UI/kg/j en 3 ou 4 perfusions

Gentamycine 1-5 mg/kg/j en 1 à 2 inj IM ou IV.

Amikacine 15 mg/kg/j en 1 à 2 inj IM ou IV.

Métronidazole 1-1,5 g chez l'adulte et chez l'enfant 20-30 mg/kg/j.

C3G : Ceftazidime 50-200 mg/kg/j en 3 injection IV lentes ou IM.

C1G : Céfalotine 5-10 mg/kg/j en 4-6 inj IV ou IM.

Clindamycine 0,6-2,4 g/j en 3 à 4 perfusions IV ou IM.

Amoxicilline-acide clavulanique 40-50 mg/kg/j en 2 à 4 in IV ou IM, 3 à 4 prises au début des repas.

4.2.2. Moyens chirurgicaux : La nécrosectomie sous anesthésie

4.3. Indications

DHBN-FN des membres et de la région cervico-faciale : Pénicilline G + clindamycine + nécrosectomie sous anesthésie + VAT.

DHBN-FN de l'abdomen et du périnée : Pénicilline G + métronidazole + amikacine + nécrosectomie sous anesthésie +VAT.

DHBN-FN du toxicomane : Amoxicilline-acide clavulanique ou céphalosporine de 1ère génération + aminoside (type gentamycine) + nécrosectomie sous anesthésie + VAT.

DHBN-FN de l'immunodéprimé : antipyocyanique (Métronidazole) + une céphalosporine de 3^{ème} génération (la ceftazidine) + un aminoside + VAT

Syndrome de Stevens Johnson et nécrolyse épidermique toxique.

1. Généralités (40,41)

1.1. Définition :

Le SJS et la NET sont des réactions cutanéomuqueuses induites par les médicaments beaucoup moins fréquemment idiopathiques.

1.2. Epidémiologie

- Age de début : tout âge, plus fréquent après 40 ans ; sex-ratio :1.
- Incidence NET : 0,4 à 1,2 cas par million par an ; SSJ : 1,2 à 6 cas million par an.

- Facteurs risque : Lupus érythémateux systémique, HLA-B12 ; infection par le VIH.

1.3. Classification

SJS : décollement cutané <10% de la surface corporelle.

Forme intermédiaire SJS/NET : décollement cutané entre 10 et 30% de la surface corporelle.

NET : décollement cutané >30% de la surface corporelle.

1.4. Etiopathogénie

Le mécanisme des lésions dans ces nécrolyses épidermiques graves résulterait d'un processus d'hypersensibilité à médiation cellulaire, sans vascularite. On observe une prédominance de lymphocytes T CD8 +, la présence de perforine, un peptide que les lymphocytes T cytotoxiques et les cellules NK libèrent comme arme cytotoxique majeure, enfin une fragmentation de l'ADN des Kératinocytes indiquant un processus d'apoptose.

Les principaux médicaments responsables sont les sulfamides antibactériens, les anticomitiaux, les aminopénicillines, les pyrazolés, les oxicams et autres AINS.

2. Signes (40,42)

2.1. Types de description : Syndrome de Lyell

2.1.1. Signes généraux : la fièvre est souvent plus élevée au cours de la NET que du SSJ. Anxiété, agitation possible. La douleur est parfois intense.

2.1.2. Signes cutanés

- **Exanthème prodromique** : aspect morbiliforme, de type érythème polymorphe ou érythème diffus.

- **Lésions initiales** la nécrose épidermique se traduit par des nappes maculeuse, froissées en surface, qui s'étendent progressivement et deviennent coalescentes.

Les décollements caractéristiques apparaissent ensuite, réalisent l'aspect typique en linge mouillé plaqué sur la peau avec signe de Nikolsky. Des bulles flasques sont associées. En cas de traumatisme, l'épiderme se décolle complètement, mettant à nu derme érythémateux et suintant, ressemblant à une brûlure du deuxième degré.

2.1.3. Signes muqueux

90% des patients ont une atteinte muqueuse se traduisant par un érythème et des érosions douloureuses des lèvres, des faces internes des joues, de la langue et de la région anogénitale.

2.1.4. Atteinte des phanères

Les sourcils et les ongles peuvent tomber au cours de la NET.

2.1.5. Signes paracliniques :

Hématologie : Anémie, lymphopénie, éosinophilie rare. La neutropénie est de mauvais pronostic.

Biochimie : créatininémie, transaminases, glycémie

Anatomopathologie :

Lésions précoces vacuolisation et nécrose des kératinocytes basaux, nécrose des segmentaire sur l'ensemble de l'épiderme.

Lésions tardives nécrose de l'ensemble de l'épiderme, décollement sous-épidermique au-dessus de la membrane basale ; infiltrat inflammatoire dermique discret ou absent. L'examen en immunofluorescence est négatif, permettant d'éliminer une bulleuse auto immune.

↳ NFS

2.1.6. Evolution

Est marquée par une épidermisation lente. Elle commence vers le 10^{ème} jour et menace d'infection, de déperdition hydro-électrolytique et protidique. La mortalité est de 30% chez les sujets âgés.

Les séquelles cutanées sont dominées par l'alopecie, l'atrophie, les synéchies et les sténoses artificielles.

Les séquelles oculaires sont dominées par la sécheresse cutanée, le trichiasis, la kératite ponctuée, le symblépharon, les taies cornéennes, la photophobie persistante, la cécité.

2.2. Autres formes cliniques

2.2.1 Syndrome de Steven Johnson

Le décollement cutané est < 10 %. Les lésions en cible sont atypiques, sans relief, avec macules et taches érythémateuses purpuriques plus ou moins étendues. De nouvelles lésions apparaissent pendant 1 à 4 semaines. La guérison se fait en moins de 6 semaines. La morbidité et la mortalité sont notables dans les formes évoluant vers le syndrome de Lyell. Il existe un syndrome pseudo-grippal précédant l'éruption. La fièvre est présente dans 90 % des cas. Les atteintes pulmonaire, rénale, hépatique peuvent menacer le pronostic vital. La mortalité est 5%.

2.2.2. Forme intermédiaire SJS/NET : décollement cutané entre 10 et 30% de la surface corporelle. Le tableau clinique est identique au NET mais moins grave que celui-ci.

3. Diagnostic (43)

3.1. Diagnostic positif : Repose sur l'interrogatoire et la clinique.

3.2. Diagnostic différentiel

- L'érythème polymorphe majeur, caractérisé par des cocardes typiques à disposition acrale, une forte tendance à la récurrence (1/3 des cas) et une origine post-infectieuse, en particulier post-herpétique
- Epidermolyse staphylococcique (nourrisson, pas d'érosions muqueuses, décollements sous-cornés à l'histologie) ;
- Dermatose bulleuse auto-immune (pas de nécrose de l'épiderme, dépôts d'anticorps en immunofluorescence directe)
- Brûlures (absence de lésions muqueuses, nécrose épidermique de profondeur variable).
- Erythème pigmenté fixe bulleux généralisé.
- SSSS.

4. Traitement (44)

4.1. But

Recherche du ou des médicaments en cause

Soulager la douleur

Guérir les lésions

Prévenir les complications

4.2. Moyens

4.2.1. Moyens médicaux :

Réhydratation : Ringer, sérum salé

Antalgique : Paracétamol 60 mg/kg/j, tramadol, morphine

Antipyrétique : Paracétamol

Antiseptiques : polyvidone iodée

Corticoïdes : méthylprednilone

Antibiotiques : Erythromycine 30-50 mg/kg/j

Emollients : Tulle gras

Collyres ophtalmiques : érythromycine collyre

4.2.2. Moyens chirurgicaux : Débridement des zones nécrotiques

4.2.3. Moyens physiques : Sonde naso-gastrique

4.3. Indications

4.3.1. Traitement curatif

Arrêt du médicament supposé responsable

Apport par voie veineuse périphérique : Ringer et salé comme pour un brûlé de 3^e degré.

Soins oculaire : Erythromycine collyre.

En cas d'atteinte oropharyngée : Pose d'une sonde naso-gastrique pour limiter les risques de pneumopathie d'inhalation.

Corticothérapie systémique précoce à forte dose pour certains elle pourrait réduire la morbidité et la mortalité bien que cela n'ait pas été prouvé.

4.3.2. Traitement préventif

Il faut informer le patient du risque de récurrence en cas de réintroduction de médicament responsable ou d'un médicament de la même classe thérapeutique.

Toute réintroduction est interdite. Le patient doit toujours avoir sur lui une liste des médicaments qui lui sont contre indiqués.

↳ Candidoses

1. Généralités

1.1. Définition

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

Des circonstances particulières sont nécessaires pour que le candida albicans devienne pathogène : diminution des défenses immunitaires, modification hormonales spontanées ou iatrogènes, altération préalable de la peau ou des muqueuses pouvant être liées à des facteurs exogènes comme la chaleur, la macération ou à des maladies de système (diabète, obésité, hémopathie maligne, grossesse, infection à

VIH) les infections à levure peuvent être liée à la pullulation d'un endosaprophyte (*C. albicans*) ou à une contamination exogène direct ou indirect tous les autres espèces pathogènes.

2. Diagnostic clinique :

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

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

L'évolution est chronique en absence de traitement adapté.

3. Autre formes cliniques

3.1. Chéilite candidosique :

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

Elle se traduit par un érythème, un œdème, une desquamation des lèvres qui peuvent se fissurer en certaines lésions évolutives pouvant évoquer un état pseudo-épithéliomateux.

Gingivo- stomatite candidosique :

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

inflammatoires de la muqueuse buccale ainsi qu'avec les leucoplasies et le lichen plan.

3.2. Intertrigo candidosique:

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

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

Le fond du pli est fissuré, souvent macéré.

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

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

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

3.3. Onyxis et perionyxis candidosiques :

L'onyxis est une infection de la lame unguéale. Le perionyxis est une tuméfaction inflammatoire du repli sus unguéale. Le Candida albicans est responsable environ de 70% des cas. Favorisés par l'humidité, la contamination se fait le plus souvent à partir d'un réservoir chez l'individu lui-même. Aux mains, le début se fait le plus souvent par une

3.4. Paronychie :

Les replis sus et péri-unguéaux se tuméfient, la peau devient rouge, brillante, tendue, puis desquame. La pression sur le bourrelet inflammatoire peut faire sourdre une gouttelette de pus contenant des levures. La douleur continue ou intermittente, est exacerbée par toute pression mécanique souvent par le contact de l'eau. L'onyxis secondaire à une paronychie débute par la partie proximale de

l'ongle, plus rarement par ses bords latéraux. Il se traduit par de petites taches jaunes ou verdâtres, des sillons transversaux, occasionnellement par de petites dépressions ; la lame va progressivement s'opacifier, devenir molle et friable, se détacher de son lit et parfois tomber.

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

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

4. Diagnostic :

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

5. Traitement :

5.1. But

Soulager la douleur

Guérir les lésions

5.2. Moyens

Antifongiques :

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

III. PATIENT ET METHODES

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est réalisée dans le Service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire du Point G (CHU Point G).

1.1 Présentation du CHU Point G

Le CHU du Point G jadis appelé Hôpital National du Point G est l'une des 5 (cinq) structures hospitalières nationales de 3^{ème} référence de la ville de Bamako capitale politique du Mali avec le CHU de Gabriel TOURÉ, le C.H.U I.O.T.A, le C.H.U.O.S et l'Hôpital du Mali est situé en commune III du district. Il emploie 700 personnes environ et est géré par 3 (trois) organes :

- ✓ Un conseil d'administration
- ✓ Une direction générale
- ✓ Un comité de gestion

La structure est dotée de 3 missions :

- Mission de soins
- Mission de formation
- Mission de recherche

La dénomination du « G » est une terminologie topographique (géodésique) 'G' ; il s'agit du niveau par rapport à la mer à Dakar (SÉNÉGAL) appliqué à la colline sur laquelle est situé le CHU dont la construction remonte à 1906.

Il fut fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar.

Érigé en hôpital en 1959, il bénéficie du statut d'établissement public à caractère administratif (E.P.A) doté de personnalité morale et de l'autonomie financière en 1992 suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05 décembre 1992.

En 2006, à l'occasion des cérémonies marquant le centenaire de l'hôpital, le ministre de la santé, dans son allocution a souligné que dans le cadre du

renforcement des capacités, l'hôpital du Point G devra signer la convention hospitalo-universitaire lui donnant ainsi son statut de CHU avec le personnel bi appartenant et le recrutement des internes par voie de concours [5].



Figure 4 : Sortie à gauche et Entrée à droite du CHU du Point G

Géographiquement, le CHU est bâti sur 25 hectares de superficie et sur une colline située au nord de la ville de Bamako, à 8 Kilomètres du centre-ville, opposée à la colline de Koulouba et sur la route de Kati, rendant ainsi son accès assez difficile. Il compte 17 services (médecine, plateau technique, imagerie et chirurgie comprise).

1.2 Présentation du service de médecine interne

Le service de Médecine Interne fait partie des 09 services médicaux que compte le CHU Point G (Cardiologie, Hématologie Oncologie, Maladies Infectieuses, Neurologie, Néphrologie, Pneumologie, Rhumatologie, psychiatrie, radiographie, laboratoire, anatomie pathologique, pharmacie. Le personnel est composé de médecins spécialistes en médecine interne, en hépato-gastro-entérologie, en maladie infectieuse, d'internes des hôpitaux, de médecins étudiants en spécialisation de médecine interne, de thésards, d'infirmiers et de manœuvres ou GS. Ce service en forme de cuve (convexe en avant et concave en arrière) est limité au NORD par le central d'épuration des eaux usées du

CHU, au SUD par la route bitumée le séparant des services de pneumologie et de cardiologie B, à l'EST par le service de psychiatrie et à l'OUEST par le service des Maladies Infectieuses et le centre de l'association des PV VIH.



Figure 5 : Vue d'ensemble de face convexe – Médecine Interne côté sud au bord de la route

Le service de médecine interne comprend 50 lits répartis en 5 unités :

- ❖ Une unité de Diabétologie au Rez-de-chaussée avec 12 lits d'hospitalisation comprenant
 - 4 salles de première catégorie
 - 4 salles de deuxième catégorie de 2 lits (8 lits) chacune
 - 3 salles de consultation = CES ; PV VIH et des Professeurs au couloir EST
 - 1 bureau du major au couloir EST
 - 1 salle des infirmiers au couloir NORD
 - 1 salle des urgences de 2 lits au couloir EST
 - 1 salle d'éducation diabétique complètement équipée au début du couloir EST
 - 1 salle de connexion internet non équipée près de l'escalier en face de la porte principale
 - 1 salle des GS ou techniciens de surface près de l'escalier en face de la porte principale

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

- 1 salle de pansement au couloir EST
 - 2 toilettes repartis entre GS et malades accompagnants près de la porte principale au couloir NORD
 - 1 petit magasin pour matériels de nettoyage près de la place dédiée à l'ascenseur
 - A l'extrême EST du couloir, l'escalier secondaire se limitant au deuxième et dernier étage contrairement à l'escalier principal conduisant jusqu'au toit du bâtiment
- ❖ Une unité d'Endoscopie digestive équipée au Rez-de-chaussée
- 1 salle de fibroscopie oesogastro-duodénale et de coloscopie
 - 1 salle d'anorectoscopie
 - 1 salle d'attente
 - 1 bureau de médecin
 - 1 magasin
- ❖ Une unité de Médecine Interne 1au premier étage (couloir EST) avec 18 lits dont 16 d'hospitalisation comprenant :
- 8 salles de deuxième catégorie de 2 lits (16 lits) chacune
 - 1 salle de réanimation non fonctionnelle de 2 lits
 - 1 salle de pansements et des soins en face de cette dernière
 - 1 bureau du major à 10 m environ de l'escalier principal
 - 1 salle des infirmiers à l'extrême du couloir
 - 1 salle des GS ou techniciens de surface au début du couloir à 5 m environ de l'escalier
 - 1 salle de réanimation
 - 1 magasin
- ❖ Une unité de gériatrie au premier étage (couloir NORD) avec 12 lits d'hospitalisation :
- 2 salles VIP fonctionnelles à l'extrême du couloir

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

- 2 salles de première catégorie
 - 1 salle de deuxième catégorie de 2 lits
 - 2 salles de troisième catégorie de 3 lits (6 lits)
 - 2 toilettes au début du couloir repartis entre GS et certains malades et leurs accompagnants
- ❖ Une unité de médecine interne de 8 lits d'hospitalisation non fonctionnelle (faute de personnels) au deuxième étage :

Au couloir NORD :

- 3 salles de première catégorie
- 1 salle de deuxième catégorie de 2 lits
- 1 salle de troisième catégorie de 3 lits sans toilette interne
- 1 salle des CES et Internes
- 1 salle de consultation endocrinologie
- 2 toilettes répartis entre personnels et certains malades et leurs accompagnants
- Une grande salle de conférence en face de l'escalier principal et à mi-chemin entre les couloirs

Au couloir EST : Couloir des bureaux

- 4 bureaux des professeurs avec chacun une salle de consultation : Hamar A Traoré, Abdel Kader Traoré, Mamadou Dembélé et Kaya Assétou Soukho
 - 3 bureaux des assistants et praticiens hospitaliers
 - 1 salle de consultation des professeurs
 - 1 salle des archives
 - 1 salle de consultation de patient VIH
- ❖ Une unité d'infectiologie travaillant de manière transversale sur les 3 unités

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective des données, portant sur les dossiers des malades hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU Point G pendant la période du 01 Janvier 2013 au 31 décembre 2017 soit 5ans.

3. Population d'étude

Tout dossier de patient hospitalisé dans le service de médecine interne pendant la période d'étude.

3.1. Critères d'inclusion

Les dossiers de patients âgés de 15 ans et plus, hospitalisés au service de médecine interne, portant une dermatose.

3.2. Critères de non inclusion :

Dossiers de patient hospitalisé sans manifestations dermatologique ; Tout dossier incomplet

4. Méthode de collecte des données :

Nous avons recueilli les données concernant notre étude sur une fiche d'enquête individuelle dont le modèle est porté en annexe.

5. Variables étudiées

- Données sociodémographiques : âge, sexe, profession, ethnie résidence
- Données cliniques : année d'hospitalisation, motif d'hospitalisation, antécédents, diagnostique principal retenu, signes d'appel dermatologique, topographie, type dermatoses retrouvé

6. Ethique

- ✓ L'accord du CHU Point G a été obtenu.
- ✓ L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été observés.
- ✓ Les résultats obtenus seront communiqués aux autorités et publiés.

7. Saisie et analyse des données

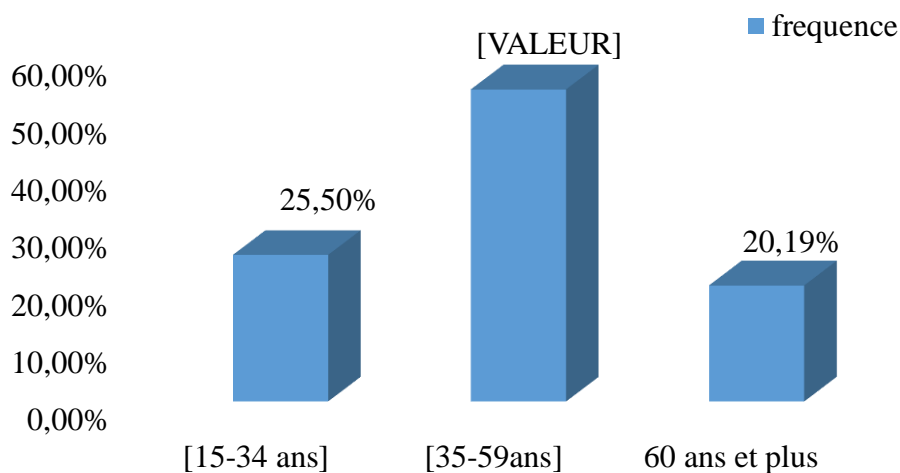
Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 22. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2013 et la rédaction du document à l'aide du logiciel Microsoft Office Word 2013.

IV. RESULTATS

1. Tableau I : Fréquences

Dossiers des patients avec dermatoses		Effectifs (%)	Pourcentage %
oui	VIH+	69 (22%)	15,9
	VIH-	24 (78%)	
Non		1660	84,1
Totaux		1973	100%

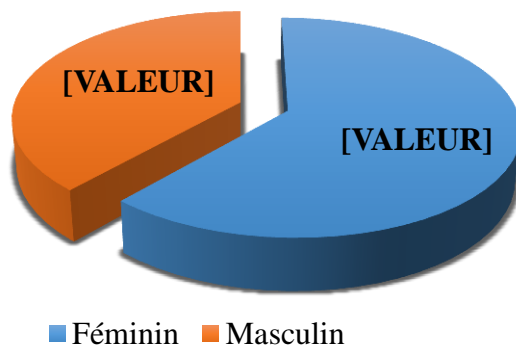
2. Données sociodémographiques des cas porteurs de dermatose



Graphique 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 35 à 59 ans était la plus représentée avec un taux de 54,31% avec une moyenne d'âge de $44,175 \pm 6,225$ ans et des extrêmes de 15 à 95 ans

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**



Graphique 2 : Répartition selon le sexe des porteurs de dermatoses

Le sexe féminin était prédominant dans 61,66% des cas soit un sex-ratio de 0,62.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	115	36,7
Commerçant	51	16,3
Fonctionnaire	48	15,3
Ouvrier	35	11,2
Cultivateur	27	8,6
Elève/Étudiant	16	5,1
Chauffeur	13	4,2
Autre	8	2,6
Total	313	100,0

Autre = artiste musicien (1) ; pasteur (1) ; marabout (1) ; sans emploi (4) ; éleveur (1)

Les femmes au foyer étaient les plus représentées soit un taux de 36,7%

Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	83	26,5
Peulh	55	17,5
Malinké	44	14,1
Sarakolé	36	11,5
Sonrhäi	16	5,1
Dogon	13	4,2
Maure	9	2,9
Senoufo	9	2,9
Minianka	8	2,6
Kakolo	7	2,2
Autre*	33	10,5
Total	313	100,0

* : ouolof (6) ; bobo (5) ; khashonké (4) ; ivoirien (4) ; Bozo (3) ; shérif (2) ; somono (2) ; diawando (2) ; nigérian (1) ; béninois (1) ; dafi (1) ; burkinabè (1) ; arabe (1).

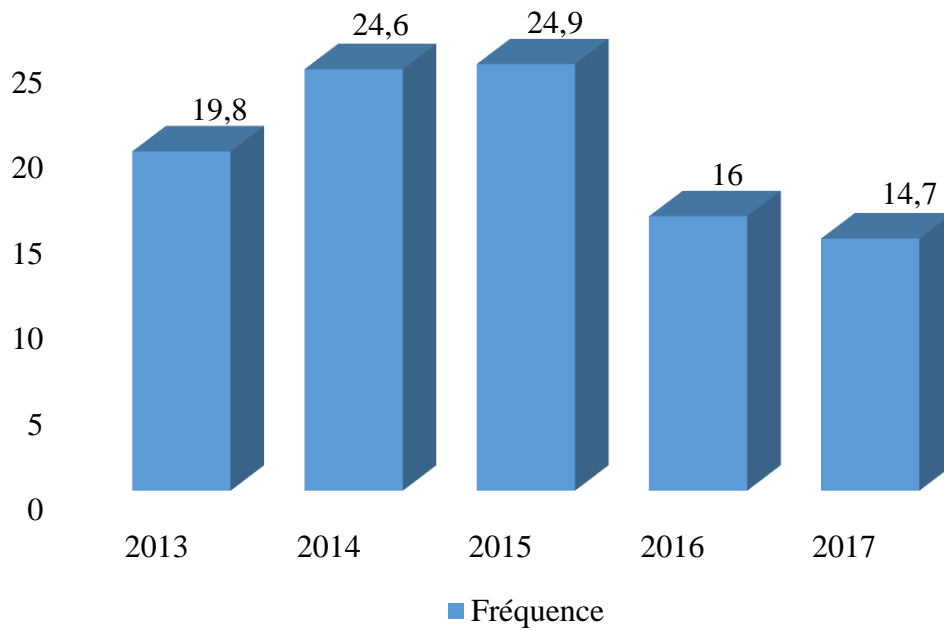
L'ethnie bambara était majoritaire soit **26,5%**.

Tableau IV : Répartition selon la résidence des patients

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbaine	203	64,9
Rurale	64	20,4
Péri urbaine	46	14,7
Total	313	100,0

La majorité de nos patients résidaient en zones urbaines soit 64,9% des cas

3. Données cliniques



Graphique 3 : Répartition des patients selon l'année d'hospitalisation

Les années 2014 et 2015 ont enregistré plus de patients avec des lésions dermatologiques soit 24,6% et 24,9%

Tableau V : Répartition selon le motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	Effectif (n=467)	Pourcentage
AEG	78	16,7
Fièvre	54	11,6
Plaie ulcéreuse	45	9,6
Déséquilibre glycémique	39	8,4
Toux	25	5,4
Altération de la conscience	19	4,1
Diarrhée	18	3,8
Anémie	17	3,6
Tuméfaction douloureuse d'un membre (inferieur, supérieur)	17	3,6
Vomissement	14	3,0
Dyspnée	14	3,0
Asthénie	14	3,0
Coma diabétique	11	2,4
Arthralgie	11	2,4
OMI	10	2,1
Douleur abdomino- pelvienne	9	1,9
Confusion mentales	8	1,7
Paraplégie	7	1,5
Anorexie	7	1,5
Douleur thoracique	6	1,3
Epigastralgie	6	1,3
Autre*	38	8,1

* : Vertige (5) ; Agitation (5) ; Para parésie (5) ; Adénopathie (5) ; Pâleur (4) ; Splénomégalie (4) ; Hoquet (3) ; Ictère (3) ; Céphalées (2) ; Gangrène (1) ; Douleur pelvienne (1). ** : Nous avons retrouvé des patients qui portaient plusieurs symptômes à la fois d'où cet effectif supérieur à n= 313 de notre étude

L'altération de l'état général, la fièvre et les plaies ulcéreuses étaient fréquent avec des pourcentages respectifs de **16,7%** ; **11,6%** ; **9,6%**

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

Tableau VI : Répartition selon les antécédents personnel des patients

Antécédents	Effectif (n=338)	Pourcentage
Diabète	85	25,2
HTA	70	20,7
UGD	52	15,4
VIH	38	11,2
Chirurgie	17	5,0
Transfusion	11	3,3
Tuberculose	11	3,3
Asthme	9	2,7
Drépanocytose	5	1,4
Lupus	5	1,4
AVC	1	0,3
Autre*	34	10,1

* = Abscès du foie (1) ; Appendicite (3) ; Arthrose (1) ; mal de pott (1) ; Otite (1) ; pneumonie (1) ; BPCO (1) ; Méningite (1) ; Urticaire (1) ; Toxidermie (1) trouble de l'audition (1) ; Poliomyélite (1) ; psychose chronique (1) ; Ostéomyélite (1) ; maladie de parkinson (4) ; lymphome de hodgkin (1) ; névrose maniaque (1) ; Césarienne (5) ; Hémorroïde (3) ; lithiase biliaire (4) ; fibrome (1).

Les antécédents de diabète, étaient les plus notés dans **25,2%** des cas, suivis de ceux de l'HTA et de l'UGD à respectivement **20,7%** et **15,4%**.

Tableau VII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée D'hospitalisation en jour	Effectif	Pourcentage
] 0 - 7]	94	30,0
] 7-14]	77	24,6
] 14-21]	63	20,1
] 21-30]	38	12,1
] 30-60]	33	10,6
Plus de 60	8	2,6
Total	313	100,0

La moitié des patients soit 30% avaient fait moins d'une semaine d'hospitalisation. La durée moyenne d'hospitalisation était de **17,182** jours avec des extrêmes de **1**jour et **302** jours

Tableau VIII : Répartition selon le diagnostic principal retenu

Diagnostic principale retenu	Effectif (n=458)	Pourcentage
Diabète	88	19,2
Immunodépression au VIH	69	15,1
Mal perforant plantaire	27	6,0
Anémie	20	4,4
Processus paranéoplasique	19	4,1
Tuberculose	18	4,0
Sepsis	18	4,0
Pneumopathie	18	4,0
Lupus	16	3,5
Insuffisance surrénale	14	3,0
Infection urinaire	13	2,9
Insuffisance rénale	12	2,6
Opportunistes digestive*	12	2,6
Opportuniste cérébrale**	9	2,0
Insuffisance cardiaque	8	1,7
Paludisme	8	1,7
Opportuniste pulmonaire***	8	1,7
AOMI	7	1,4
MVTE	6	1,3
Hépatite B	6	1,3
Encéphalite	6	1,3
Autre	56	12,2

* : HTA (5) ; Erysipèle (5) Gastrite (5) ; Sarcome de kaposi (4) ; Trouble hydro électrolytique (4) ; Opportuniste cutané (4) ; Neuropathie (4) ; Toxidermie (3) ; Hyperthyroïdie (3) ; Cirrhose (3) ; AVC (2) ; LMC (2) ; Pyodermite (2) ; Dépression (2) ; Asthme, OAP, IDM, Goitre, Goutte, Escarre, Drépanocytose, Carcinome épidermoïde Opportunistes digestive*salmonellose, microsporidiose isosporose, Opportuniste cérébrale** toxoplasmose, cryptococcose neuro méningée Opportuniste pulmonaire*** pneumocystose

Le diabète et l'immunodépression au VIH étaient les diagnostics les plus fréquents soit **19,2%** ; **15,1%** respectivement

Tableau IX : Répartition selon les signes d'appel dermatologique que présentaient les patients

Signes d'appel dermatologique	Effectif (n=324)	Pourcentage
Lésions cutanées	296	91,4
Prurit	25	7,7
Sensation de brûlure	2	0,6
Picotement	1	0,3

Le signe d'appel le plus présent était les lésions cutanées et muqueuses, on le trouvait chez 296 patients soit un pourcentage de 91,4 %

Tableau X : Répartition des patients selon la topographie des dermatoses

Topographie	Effectif (n=491)	Pourcentage
Membres Inférieurs	136	27,7
Muqueuse Buccale	94	19,1
Tronc	82	16,7
Membres Supérieurs	58	11,8
Visage	50	10,2
Grand Plis	23	4,7
Cou	14	2,9
Cuir Chevelu	12	2,5
Muqueuse Génitales	11	2,2
Petit Plis	11	2,2

Les lésions dermatologiques étaient essentiellement localisées aux membres inférieurs dans **27,7%** des cas

Tableau XI : Répartition des patients selon le type de dermatoses

Type de dermatose	Effectif	Pourcentage
Infectieuse	161	38,2
Immuno allergique	77	18,2
Inflammatoire	23	5,5
Auto immune	47	11,1
Tumorales	17	4,0
Ulcérations	80	19,0
Génodermatoses	4	1,0
Autres dermatoses*	13	3,0
Total**	422	100,0

Autres dermatoses** dermatose iatrogène (2), vascularites (11) ; Total*= nous avons retrouvé des patients qui portaient plusieurs dermatoses à la fois d'où cet effectif supérieur à n= 313 de notre étude

Les dermatoses infectieuses ont été les plus observées dans **38,2%** des cas.

Tableau XII : Répartition selon les dermatoses infectieuses

Dermatoses infectieuses	Effectif	Pourcentage
Dermatoses mycosiques	107	66,4
Candidoses	72	44,7
<i>Pityriasis versicolore</i>	12	7,5
Intertrigo	9	5,6
Dermatophytie	8	5,0
Teigne	2	1,2
Onychomycose	2	1,2
Cryptococcose cutanée	2	1,2
Dermatoses bactériennes	26	16,2
Erysipèle	7	4,3
Abscess	7	4,3
Pyodermite	6	3,7
Furoncle	5	3,1
Impétigo	1	0,6
Dermatoses virales	30	18,6
Herpes	18	11,2
<i>Molluscum contagiosum</i>	4	2,5
Zona	4	2,5
Stomatite buccale	1	0,6
Condylome vulvaire	1	0,6
Total	161	100,0

Parmi Les dermatoses infectieuses nous avons eu :

- **66,4%** de mycoses, candidoses représentaient **44,7%**
- Dermatoses bactériennes **16,2%**, érysipèle représentaient **4,3%**
- Dermatoses virales **18,6%**, herpès représentaient **11,2%**

Tableau XIII : Répartition selon les dermatoses inflammatoires

Dermatose inflammatoires	Effectif	Pourcentage
Kératodermie palmo-plantaire	6	26,3
Dermatite séborrhéique	3	13,0
Acné	3	13,0
Xérose	3	13,0
Hyperkératose	2	8,7
Pityriasis rosé de Gilbert	2	8,7
Psoriasis	2	8,7
Folliculite	1	4,3
Lichen plan	1	4,3
Total	23	100,0

Les kératodermie palmo-plantaire représentaient **26,3%**

Tableau XIV : Répartition selon les dermatoses d'hypersensibilité

Dermatoses d'hypersensibilités	Effectif	Pourcentage
Prurigo	34	44,2
Eczéma	34	44,2
Toxidermie	4	5,2
Prurit généralisé	4	5,2
Urticaire	1	1,2
Total	77	100,0

Le prurigo et L'eczéma avaient la répartition de **44,2%**

Tableau XV : Répartition selon les dermatoses auto-immunes

Dermatoses auto-immunes	Effectif	Pourcentage
Mélanodermie	19	40,4
Lupus érythémateux disséminé	15	31,9
Vitiligo	6	12,8
Sclérodermie	5	10,6
Dermatomyosite	2	4,3
Total	47	100,0

Le lupus représentait **31,9%** des cas

Tableau XVI : Répartition selon les dermatoses tumorales

Dermatoses tumorales	Effectif	Pourcentage
Lipome	4	23,5
Chéloïde	4	23,5
Sarcome de kaposi	3	17,7
Mélanome	3	17,7
Carcinome épidermoïde	2	11,7
Angiome	1	5,9
Total	17	100,0

Les lipomes et les chéloïdes représentaient chacun **23,5%**

Tableau XVII : Répartition selon des dermatoses à type d'ulcération

Ulcérations	Effectif	Pourcentage
Mal perforant plantaire	39	48,7
Fasciite nécrosante	18	22,5
Escarres	17	21,3
Plaie traumatique	6	7,5
Total	80	100,0

Le mal perforant plantaire dominait dans **48,7%**

Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)

Tableau XVIII : Répartition selon des autres dermatoses

Autres dermatoses	Effectif	Pourcentage
Génodermatoses		
Ichtyose	4	23,5
Dermatose iatrogène		
Alopécie	2	11,8
Vascularites		
AOMI	11	64,7
Total	17	100,0

Les autres dermatoses étaient en tout au nombre de 17

Tableau XIX : Répartition selon de l'issus des patients

Evolution	Effectif	Pourcentage
Décès	93	29,7
Sortis contre avis médical	15	4,8
Sortie	186	59,4
Transfère	19	6,1
Total	313	100,0

Parmi les patients que nous avons étudiés **93** sont décédé au cours de leur hospitalisation

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Limites et difficultés de l'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive transversale sur les dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU Point G. Il s'agissait pour nous de déterminer la fréquence de dermatoses diagnostiquées, de déterminer les motifs d'hospitalisation des patients et d'identifier les dermatoses retrouvées chez les patients.

Lors de la collecte des données, les limites et difficultés de ce travail ont été :

- Le caractère rétrospectif de l'étude
- Les dossiers incomplets étaient nombreux (n=25), il manquait souvent le diagnostic de sorti du patient, absence de note à l'examen de la peau et des phanères, la mention simple des lésions élémentaire dermatologique sans diagnostic, l'absence du statut sérologique du patient.

2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

a) Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons recensé 1973 patients hospitalisés dans le service parmi lesquels 313 présentant une affection dermatologique soit **15,86%**. En général, ces affections dermatologiques étaient découvertes au cours de l'hospitalisation et ne constituaient pas le motif de consultation en médecine interne.

Ce résultat montre le peu d'importance des patients vis-à-vis de certaines des affections dermatologiques non aigue qui peuvent toujours attendre et la nécessité d'un examen minutieux de la peau et des phanères au cours des consultations des médecines.

b) L'âge

Dans notre étude, la tranche d'âge de **35 à 59 ans** était la plus représentée soit **54,31%** ; l'âge moyen de nos patients était de **44,175 ± 6,225 ans** avec des extrêmes de **15 ans** et **95 ans**.

Touré trouvait dans son étude la tranche d'âge de **25-34 ans** majoritairement à **30,21% (45)**.

L'âge constitue un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques du système et c'est généralement dans cette tranche d'âge que surviennent ces dernières.

c) Le sexe

Nous avons observé une prédominance féminine de **61,66%** soit le sex-ratio H/F de **0,62**.

Des auteurs africains avaient retrouvé la même tendance dans leur série notamment **Kodio** au Mali (7), **Tchangai-Walla** au Togo (46) et **Zoung-Kanyi** au Cameroun (47), qui ont trouvé une prédominance féminine à des fréquences respectives de **55,06 %**, **53,7 %**, et **58,1%**.

Cette prédominance féminine pourrait se justifier par la facilité des femmes à aller à l'hôpital lorsqu'elles sont malade contrairement aux hommes ; d'autre part par caractère affectant des femmes par les dermatoses liées à l'intérêt qu'elles portent à leur apparence physique.

d) Profession

Les femmes au foyer étaient majoritairement représentées dans notre étude soit un taux de **36,74%**. Cette constatation a été faite par **Sadia** (48) qui trouvaient **28,74%** et **Kodio** au Mali (5), qui avait trouvé **27,99 %** ; **Touré** au MALI (45), a rapporté un taux plus élevés de femmes au foyer soit **60,9%**.

Ce résultat pourrait être lié à la prédominance féminine dans notre étude.

e) L'ethnie

L'ethnie bambara était fréquente et représentait **26,5%** des cas. Nos résultats sont similaires à ceux de **Sadia** au Mali (**48**) qui a trouvé dans son échantillon **23,30%** des bambaras.

Ceci pourrait s'expliquer par la forte densité des bambaras à Bamako, lieu où ces études ont été menées.

f) la résidence

La majorité des patients, **64,9%** résidaient dans les zones urbaines.

KODIO au MALI (7) dans son étude avait trouvé que la majorité des patients (1087 cas) soit **75,49 %** résidait à Bamako.

Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les deux études aient eu lieu à Bamako et d'autre part certains patients venant des zones reculées aient été enregistrés dans les quartiers de leur logeur à Bamako.

3. Les données cliniques

a) Motifs d'hospitalisation en médecine interne

Les motifs de consultations les plus fréquents étaient l'altération de l'état général, la fièvre et les plaies ulcéreuses avec des fréquences respectives de **16,7% ; 11,6% ; 9,6%**.

Zoung-Kanyi et al dans leur étude sur l'épidémiologie des dermatoses à l'hôpital général de Yaoundé au Cameroun avaient rapporté comme motifs de consultation par ordre décroissant le prurit **45,9%** ; les éruptions asymptomatiques **20%** et l'acné **7,7%** (**47**).

Ces chiffres justifieraient les principaux diagnostics retrouvés qui sont le diabète et l'infection à VIH.

b) Les antécédents

Les antécédents de diabète étaient nombreux avec **25,2%** des cas, suivi de l'HTA **20,7%** et l'UGD **15,4%**.

D'où le nombre élevé de dermatose a type de mal perforant plantaire qui est l'une des complications dermatologiques de cette affection.

c) Diagnostic retenu en médecine interne

Les diagnostics les plus fréquents étaient le diabète et l'immunodépression au VIH avec des fréquences respectives de **28,12%** et **22,04%**.

Ces résultats vont dans le même sens que les données de la littérature qui stipule que plus de **50%** des diabétiques présente des manifestations cutanées (49), Francès dans ses ouvrages Glandes endocrines et maladies métaboliques en 2004 et 2011 a montré que plusieurs maladies systémiques, métaboliques ou immunitaires sont causes de dermatoses (49, 50). Et Piguet dans déficit immunitaire de 2004 a également montré à suffisance que l'infection à VIH est le lit des affections de la peau (51).

4. Données dermatologiques

a) Les signes d'appels dermatologiques

Les lésions cutanées étaient le signe d'appel dermatologique le plus représenté soit **94,57%**.

Dans l'étude de **Zoung-Kanyi et al.** Au Cameroun (47), les deux principaux signes ou symptômes enregistrés comme motifs de consultation étaient l'éruption asymptomatique **20,0%** associé au prurit dans **45,9%** ; de même que l'étude de **Traoré** au Mali (6), chez qui le prurit était le maître symptôme avec une fréquence de **60,12%**.

Cette différence avec notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'en médecine interne, le motif d'hospitalisation des patients est souvent autre qu'une plainte dermatologique, en revanche les lésions cutanées constituent souvent le

principal signe d'appel dermatologique en médecine interne pour orienter le diagnostic de maladie systémique.

b) Topographie des dermatoses

Les membres inférieurs étaient la localisation des dermatoses la plus notée soit **27,7%**, suivie de la muqueuse buccale et du tronc à des proportions respectives de **19,1%** et **16,7%**.

Traoré au Mali (**6**), avait trouvé une localisation plus fréquente sur les grands plis et visage à des fréquences égales de **16,18%** chacun, suivis de la muqueuse génitale **13,04%**.

Cette différence avec notre étude s'expliquerait par le fait que notre étude portait sur les patients hospitalisés et dont le motif de consultation était autre qu'une lésion dermatologique.

a) Type d'infection

- Dans notre série, les dermatoses infectieuses se situaient au premier plan avec **38,2%** dominée par l'infection mycosique (**65,2%**).

Ces résultats sont semblables à ceux de **Touré** au Mali (**45**) qui trouvait les dermatoses infectieuses comme 1^{er} motif de consultation avec **52,1%** des cas, dominées par les mycoses soit **22,5%**.

Les maladies infectieuses se greffent facilement aux terrains propices que sont l'immunodépression, et souligneraient ici un problème de prise en charge adéquate ;

A contrario, **Zoung-Kanyi et al.** au Cameroun (**47**), trouvaient la prépondérance des pathologies allergiques à **34,3%** par rapport aux pathologies infectieuses qui étaient de **19,6%** tout comme **Tchangai-Walla et al** au Togo (**46**), les dermatoses allergiques avec **36,4%** étaient plus fréquentes que les dermatoses infectieuses **34,1 %**.

La différence des cadres d'étude justifierait ces constats ; en effet **Touré (45)** et nous avons mené nos études dans des services de médecine alors que **Zoung-Kanyi et al. (47)** et **Tchangai-Walla et al** ont mené les leurs dans des services de dermatologie.

- Parmi les infections mycosiques, les candidoses étaient retrouvées dans **44,7%** des cas.

Ce même résultat a été observé par **Touré (45)** à une fréquence de **10,6%**.

Il pourrait être expliqué par le taux élevé des cas d'immunodépression dans nos deux séries.

- Les dermatoses bactériennes représentaient **18,63%** et étaient dominées par les érysipèles **4,3%**.

Ceci est différents des résultats de **Kobangue** en Centrafrique (**53**) qui avait plutôt observé l'impétigo comme dermatose dominante dans les infections bactériennes à un taux de **49,2%**.

- Dermatoses virales représentaient **16,2%**, avec une prédominance des herpès soit **11,2%**

Par contre dans la population tunisienne, **6,4%** des infections virales ont été enregistrées avec une prédominance des verrues [2] ; chez **Kobangue** en Centrafrique (**53**), les dermatoses virales étaient dominées par les condylomes à **29,4%** des cas.

Nos résultats pourraient s'expliquer par la prédominance des infections sexuellement transmissibles dans notre étude car la plupart de nos patients étaient séropositifs (**22%**).

- Les dermatoses immuno-allergiques (**17,3%**) étaient dominées par le prurigo et l'eczéma à égale répartition de **44,2%** chacun.

Ces résultats vont dans le sens d'une étude réalisée au Bénin où les dermatoses immuno-allergiques représentaient **37%** des dermatoses (**54**).

L'urbanisation galopante, la promiscuité l'augmentation du taux d'immunodéprimé, sont des facteurs qui participent à la prévalence élevée de ces affections immuno-allergiques.

Nous avons observé les dermatoses auto-immunes à une fréquence de **15,5%** où le lupus représentait **31,9%**.

Chez **Guerrouj** au Maroc (**55**), les maladies auto-immunes représentaient **5%** avec en tête de liste le lupus **42%**. **Kodio** au Mali (7) trouvaient les dermatoses auto-immunes chez **6,56%** des patients prédominées par le vitiligo à **25,4%**.

- Les dermatoses inflammatoires étaient observées dans **5,2%** des cas, parmi lesquels **26,3%** étaient des kératodermies palmoplantaires.

Kodio au Mali (**5**) avaient les mêmes résultats que nous : kératodermies palmoplantaires (20%) ;

Cela s'expliquerait par l'errance et la marche sans port de chaussure dans nos contrées, et aussi par le manque de soins des pieds des patients.

- Les dermatoses tumorales avaient une répartition de **4%**, dont **23,5%** des chéloïdes.

Touré dans son étude sur les dermatoses courantes de l'adulte (**45**) trouvait les chéloïdes comme dermatose tumorale dominante mais à un taux de **2,7%**.

Nos résultats corroborent aux données de la littérature qui stipulent que les chéloïdes seraient l'apanage de la peau noire. Cela pourrait résulter à la fois d'un phénomène d'isolat avec majoration de la transmission génétique de l'affection, mais aussi d'une plus forte induction par les

pratiques rituelles (incisions, scarifications avec un rôle aggravant des substances colorantes ou hémostatiques traditionnelles) (40).

- Les ulcérations représentaient **18,0%** avec prédominance du mal perforant plantaire à **48,7%** des cas.

Cependant, **Zoung-Kanyi et al.** au Cameroun (47) et **Pitche** à Lomé (6) notaient une rareté des ulcères de jambes.

La présence d'une unité de prise en charge du diabète et ses complications chez nous expliquerai cette fréquence.

Les autres dermatoses étaient en tout au nombre de 17 fait de vascularites représentées par 11 cas de gangrènes ; gnodermatoses représentées par 4 cas d'ichtyose et de dermatose iatrogène représentée par 2 cas d'alopécies post chimiothérapie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Dans notre étude le profil type du patient atteint de dermatose est une jeune adulte d'âge moyen égal à 44 ans ménagère, d'ethnie bambara résidant en zone urbaine aux antécédents de diabète ou d'immunodépression au VIH.

Cette patiente est hospitalisée pour altération de l'état général, fièvre ou ulcération de la jambe chez qui le diagnostic d'immunodépression au VIH ou de diabète est retenu.

Chez ces patients on retrouve une prédominance des dermatoses infectieuses : candidoses, suivi des érysipèles, de l'eczéma, des chéloïdes des kératodermies palmoplantaires du mal perforant plantaire et de la gangrène.

Cette étude nous à permit de faire un catalogue sur de la pathologie dermatologique dans le service de médecine interne du CHU Point G.

Ceci permettra d'avoir une base donné cohérente et utile pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Recommandations

❖ **Au Ministère de la santé et de l'hygiène et de public**

La formation continue des médecins ayant en charge les patients avec des problèmes dermatologiques

❖ **A la Direction l'hôpital du Point G**

La création d'un service de Dermatologie pouvant absorber tout le flux de patient présentant des pathologies dermatologiques

❖ **Au personnel socio sanitaire**

- De ne négliger aucun signe dermatologique
- De faire un examen minutieux des patients

❖ **A la population**

De respecter les mesures d'hygiènes de vie et de consulté le plutôt que possible un service de santé en dermatose cutanée

ICONOGRAPHIES



Photo 1 : Dermatophytie du bras

(Dr Konaré H.D.) Patiente diabétique pratiquant la dépigmentation



Photo 2 : Onyxis dermatophytique

(Dr Konare H.D.) Hyperkeratose avec decollement ungueal



Photo 3 : Psoriasis des jambes

(Dr Konaré H.D.) Placard squameux de la face d'extension des jambes chez une diabétique



Photo 4 : *Molluscum contagiosum*

(Dr Konaré H.D.) Multiples nodules avec ombilication centrale du cuir chevelu, de la nuque et du haut du dos

VII. REFERENCES

1. **Mahe A, Keita S, Faye O.** Manuel de prise en charge des maladies de peau courante au Mali carebridges international 2004: p25
2. **Pitche P, Tchangai-Walla K.** La dermatologie en Afrique Noire Quelles perspectives pour le 21ieme Siècle ? Les Nouvelles dermatol 2000 ; 19 (1) : 44-47.
3. **Pierard GE, Caumes E, Francimont C, Estrada JA.** Dermatologie Tropicale, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles 1993:605p.
4. **Basset A, Basset M, Liautaud B, Maleville J.** Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire, Paris, Éditions Pradel 1988; 1:116p.
5. **Kodio B.** Fréquence des consultations dermatologiques dans les activités du service de Médecine Interne de l'Hôpital du Point G. Thèse, Med, Bamako, 2007 ; n°39 : 52p
6. **Traoré B.** Bilan de huit (8) années d'hospitalisation dermatologique à l'Institut Marchoux de 1990 à 1997. Thèse, Med, Bamako, 2000 ; n°70 : 46p
7. **Basset A.** La dermatologie en Afrique Noire. Med Afrique Noire 1984 ; 31(10) :513-517.
8. **Wetterwald E et Aractingi S.** Manifestations cutanées des hémopathies malignes. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2-0703, 1998, 6 p.
9. **Saka B, Djadou K.E, Kombaté K, Guedenon J, Tchangai-Walla K, Pitché P.** Motifs d'hospitalisation des enfants en dermatologie à Lomé, Togo, de 1992 à 2011. Ann Dermatol Venero 2012 ; 139(12S) : 137.
10. **Assaffar N, Amal S.** Les dermatoses infantiles en milieu hospitalier: expérience de service de Dermatologie au CHU Mohamed VI. These, Med, Casablanca, 2010; n° 125: 37p

11. **Dainichi T, Ueda S, Furue M, Hashimoto T.** By the grace of peeling: the brace function of the stratum corneum in the protection from photo-induced keratinocyte carcinogenesis. *Arch Dermatol Res* 2008; 300 (Suppl 1): S31-S38.
12. **Abbas O, Mahalingam M.** Epidermal stem cells: practical perspectives and potential uses. *Br J Dermatol* 2009.161(2):228-36. Doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09250. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19548960/>
13. **Inoue K, Aoi N, Sato T, Yamauchi Y, Suga H, Eto H, and al.** Differential expression of stem-cell-associated markers in human hair follicle epithelial cells *Lab Invest* 2009 ;89(8):844-56. doi: 10.1038/labinvest.2009.48 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19506554/>.
14. **Won-Serk K, Byung-Soon P, Jong-Hyuk S.** Protective role of adipose-derived stem cells and their soluble factors in photoaging. *Arch Dermatol.* 2009; 301 (5): 329-336.
15. **Hugo-Persson M, Nolin K.** Erysipelas and group G streptococci. *Infection* 1987; 15:184-7.
16. **Jorup-Ronstrom C.** Epidemiological, bacteriological and complicating features of erysipelas. *Scand J Infect Dis* 1986; 18:519-24.
17. **Leppard BJ, Seal DV, Colman G, Hallas G.** The value of bacteriology and serology in the diagnosis of cellulitis and erysipelas. *Br J Dermatol* 1985; 112:559-67.
18. **Perl B, Gottehrer NP, Raveh D, Schlesinger Y, Rudensky B, Yinnon AM.** Cost-effectiveness of blood cultures for adult patients with cellulitis. *Clin Infect Dis* 1999; 29:1483-8.
19. **Kopp M.** Prise en charge des dermohypodermes bactériennes par les médecins généralistes : enquête de pratique et étude prospective. *Med Mal Infect* 2000; 30 suppl 4: 336-42.
20. **Noblesse I, Carvalho P, Young P, Hellot M-F, Levesque H, Caron F, Lauret Ph, Joly P.** Facteurs de gravité des érysipèles de jambe. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126 (suppl 2):S65.

21. **Pitche P, Tchangaï-Walla K.** Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo). Bull Soc Pathol Exot 1997; 90:189-91.
22. **Jorup-Rönström C, Britton S, Gavlevik A, Gunnarson K, Redman AC.** The course, costs and complications of oral versus intravenous penicillin therapy of erysipelas Infection 1984; 16:390-4.
23. **Crickx B, Chevron F, Sigal-Nahum S, Bilet S, Faucher F, Picard C, et al.** Erysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (111 observations). Ann Dermatol Venereol 1991;118:11-6.
24. **Crick XB, Belaich S.** Les cellulites infectieuses gangréneuses. A propos de deux observations. Méd.Hyg 1984, 42, 1401-1406.
25. **Hubauli-Marcade P, Hepner-Lavergne D, Pannier M.** Fasciite nécrosante du membre sup. A propos d'un cas. Ann Chir Plast Esth 1991; 36(6): 520-526.
26. **Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger EP, Fein AM, Knaus WA, et al.** Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest 1992; 101: 1656-62.
27. **Devaster JM, Struelens MJ, Schoulens G, Thys J.P, Serays E.** Erysipèle fulminant. Rev. Méd. Brux 1992; 13: 367-370.
28. **Majeski JA, Majeski E.** Necrotizing fasciitis: improved survival with early recognition by tissue biopsy and aggressive surgical treatment. South Med J 1997; 90:1065-8.
29. **Schmid MR, Kossman T, Duewell S.** Differentiation of necrotizing fasciitis and cellulitis using MRI imaging. AJR 1998; 170:615-20.
30. **Mathieu D.** Place de l'oxygénothérapie hyperbare dans le traitement des fasciites nécrosantes. Med Mal Infect 2000; 30 suppl 5:446-55.
31. **Anzai S, Sato T, Takayasu S, Tatsukawa T.** Periocular necrotizing cellulitis. Int J Dermatol 1998; 37:790.

32. **Casali RE, Toker WE, Petrino RA, Westbrook KC, Read RC.** Post-operative necrotizing fasciitis of the abdominal wall. *Am J Surg* 1980; 140:787-90.
33. **Efem SEE.** The features and aetiology of Fournier's gangrene. *Postgrad Med J* 1994; 70: 568-71.
34. **Stamenkovic I, Lew PD.** Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis. The use of frozen-section biopsy. *N Engl J Med* 1984; 310: 1689-93.
35. **Stevens DL, Madaras-Kelly KJ, Richards DM.** In vitro antimicrobial effects of various combinations of penicillin and clindamycin against four strains of *Streptococcus pyogenes*. *Antimicrob Agents Chemother* 1998; 42:1266-8.
36. **Gonzalez MH.** Necrotizing fasciitis and gangrene of the upper extremity. *Hand Clinics* 1998; 14:635-45.
37. **Voros D, Pissiotis C, Georgantas D, Katsaragakis S, Antoniou S, Papadimitriou J.** Role of early and extensive surgery in the treatment of severe necrotizing soft tissue infection. *Br J Surg* 1993; 80:1190-1.
38. **Mariat F.** Sur la distribution géographique et la répartition des agents de mycétomes. *Bull Soc Pathol Exot* 1963; 56: 35-45.
39. **Kwon-Chung KJ, Benett JE.** *Medical mycology.* Philadelphia : Lea and Febiger, 1992.
40. **Ravisse P.** Mycétomes. *Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-606-A-10, 1994 : 1-7.*
41. **Develoux M, Dieng MT, Ndiaye B.** Les mycétomes. *J Mycol Méd* 1999; 9 : 197-209.
42. **Lyell A.** Toxic epidermal necrolysis (the scalded skin syndrome): a reappraisal. *Br J Dermatol* 1979; 100: 69-86.
43. **Roujeau JC, Kelly JP, Naldi L et al.** Medication use and the risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *N Engl J Med* 1995 ; 333 : 1600-1607.

44. **Binaghi M, Koso M, Roujeau JC, Coscas G.** Les complications oculaires du syndrome de Lyell : notions récentes à propos de 26 cas. *J Fr Ophtalmol* 1985; 8: 239-243.
45. **Touré S.** Les dermatoses courantes de l'adulte au CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2010 ; n°93 : 109p.
46. **Tchangäi-Walla K, Pitché P, Agbéré A, Bakondé B.** Les Motifs de consultations des enfants en dermatologie à Lomé (Togo). *Med Afr Noire*, 1995; 42:391-2
47. **Zoung-Kanyi BAC, Kouotou E, Defo D, Njamnshi KA, Koueke P, Muna W.** Épidémiologie des Dermatoses à l'Hôpital Général de Yaoundé. *Health Sci*. December 2009. Dis: Vol 10 (4):5p
48. **Diarra S.** Aspects epidemio-cliniques et prise en charge des dermatoses et des IST au centre de sante de référence de la commune V These, Med, Bamako, 2006, 107p
49. **Francès C.** Glandes endocrines. Glandes endocrines. In Saurat, E Grosshans, P Laugier, J-M Lachapell, D Lipsker, L Thomas, J-P Lacour, J-M Naeyaert, D Salomon, R Braun. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4è Ed Masson, Paris 2004 ; 929-936
50. **Chevrant-Breton J.** Maladies métaboliques. Maladies métaboliques. In Saurat, E Grosshans, P Laugier, J-M Lachapell, D Lipsker, L Thomas, J-P Lacour, J-M Naeyaert, D Salomon, R Braun. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4è Ed Masson, Paris 2004 ; 937-940
51. **Piguet V, Saurat J-H.** Déficits immunitaires. In Saurat, E Grosshans, P Laugier, J-M Lachapell, D Lipsker, L Thomas, JP Lacour, J-M Naeyaert, D Salomon, R Braun. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4è Ed Masson, Paris 2004 ; 949-951.
52. **Fofana Y, Traoré B, Dicko A, Faye O, Berthé S, Cisse L et al.** Profil épidémioclinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako (Mali) *Pan African Medical Journal*. 2016 ; 25 : 238.

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

- 53. Kobangue L.** Etude transversale des affections dermatologiques au service de dermatologie et de vénérologie de Bangui, république centrafricaine revu. Cames sante vol.2, n° 1, juillet 2014.
- 54. Wetterwald E et Aractingi S.** Manifestations cutanées des hémopathies malignes. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2-0703, 1998, 6 p.
- 55. Guerrouj B.** Dermatoses constatées aux zones enclavées et au CHU ibn sinna étude comparative (à propos de 3 895 cas) Maroc. Thèse, Med, Casablanca, 2011 ; n°121 : 129p.

ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Caractéristiques socio- démographiques

Q2- Année d'hospitalisation / ____ / 1: 2013 2: 2014 3: 2015 4: 2016 5: 2017

Q3- Durée d'hospitalisation / ____ / (jr)

Q4- Type de salle d'hospitalisation / ____ / 1: unique 2: commune

Q5- Age / ____ / ans

Q6- Tranche d'âge / ____ / 1: (15-34 ans) 2: (35-59 ans) 3: (60 ans-et plus)

Q7- Sexe / __ / 1: Masculin 2: Féminin

Q8- Ethnie / __ / 1: Bambara 2: Malinké 3: Sarakolé 4: Dogon 5: Sonrhäï 6: Peulh 7: Senoufo
8: Bobo 9: Minianka 10 :Maure 11 :bozo 12 :Khassonké 13 :Kakolo 14 :Ouolof 15 :Autres à
préciser.....

Q9- Profession / __ / 1: Fonctionnaire 2: Commerçant 3: Ménagère 4: Ouvrier 5: Chauffeur 6:
cultivateur 7: éleveur 8: Élève/Étudiant 9:Autres à préciser.....

Q10- Résidence: / __ / 1: Urbaine 2: Péri urbaine 3: Rurale

II- Examen clinique

Q12- Motif d'hospitalisation.....

Q13- Diagnostique principal retenu

Q14- Antécédent personnel

1 : HTA / ____ /1: oui 0: non 2 : Drépanocytose/ ____ /1: oui 0: non

3 : Asthme / ____ /1: oui 0: non 4 : Diabète / ____ /1: oui 0: non

5 : AVC / ____ /1: oui 0: non 6 : Autre à préciser.....

Q16- Signe d'appel dermatologique

1 : Prurit / ____ /1: oui 0: non 2 : Sensation de brûlure/ ____ /1: oui 0: non 4 : Picotement
/ ____ /1: oui 0: non 9-lesion cutanéomuqueuse / ____ /1: oui 0: non

Q17- Topographie

1: Visage / ____ /1: oui 0: non 2: Cuir chevelu/ ____ /1: oui 0: non

3: Cou / ____ /1: oui 0: non 4: Tronc/ ____ /1: oui 0: non

5: Membre sup/ ____ /1: oui 0: non 6: Membre inf. / ____ /1: oui 0: non 7: Grand plis/ ____ /1:
oui 0: non 8: Petit plis / ____ /1: oui 0: non

**Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du
CHU point g (Bamako/Mali)**

9:Muqueuse buccale /____ /1: oui 0: non 10:Muqueuse génitale/____ /1: oui 0: non 11 :
Muqueuse nasale /____ /1: oui 0: non

Q18- Pathologies associées :

1: Asthme /____ /1: oui 0: non 2: VIH /____ /1: oui 0: non
3: HTA /____ /1: oui 0: non 4: Drépanocytose /____ /1: oui 0: non
5: Diabète /____ /1: oui 0: non 6: Insu rénale /____ /1: oui 0: non
7: Hépatopathie /____ /1: oui 0: non 8: Hémopathie /____ /1: oui 0: non 9: Dysthyroïdie
/____ /1: oui 0: non 10: ins surrénalienne /____ /1: oui 0: non 11non Autre à préciser

III- Examens para cliniques :

Q19- séropositif /____ /1: oui 0: non **Si oui**

Q20.A- type de VIH : /____/ 1: VIH1 2: VIH2 3: VIH 1+2

Q20.B- Taux de CD4

Q20.C- Charge virale

IV-diagnostique :

Q21- Diagnostic dermatologique retenu

Q22- Type de dermatose :

1: Infectieuse /____ / 1: oui 0: non 2: Auto-immune /____ / 1: oui 0: non 3: Immuno-
Allergique /____ / 1: oui 0: non 4: Inflammatoire /____ / 1: oui 0: non 5: Tumorale /____ /
1: oui 0: non 6: Cosmétique /____ / 1: oui 0: non 7: Géno-dermatose /____ / 1: oui 0: non
8: autre dermatose à préciser

Q23- Si infectieuse /____ / 1: bactérienne 2: fongique 3: virale 4: parasitaire

Q24- EVOLUTION /____ /

1-Sortie 2-Transfere 3-Decces 4-Evasion

Fiche signalétique

Noms : NYANGONO NDZIE

Prénom : Juliette

Adresse e-mail : julkady2010@yahoo.fr

Année universitaire : 2017-2018.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Cameroun.

Titre de la thèse : Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU Point G, Bamako (Mali).

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : médecine générale.

RÉSUMÉ

Notre étude avait pour but de décrire les dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU point G. L'étude était descriptive transversale à visée rétrospective, elle a porté sur 313 patients hospitalisés soit une fréquence de 15,86%. Les patients étaient pour la plupart de sexe féminin (61,6%). La tranche d'âge de 35 à 59 ans était la plus représentée 54,31% et la moyenne d'âge de 44,175 ± 6,225 ans. Les femmes au foyer la profession majoritaire (36,7%). L'ethnie bambara était la plus représentée (**26,5%**). La durée moyenne d'hospitalisation était de 17,182 jours, Les antécédents de diabète étaient les plus nombreux (25,2%), suivi de l'HTA (20,7%) et l'UGD (15,4%). La plupart de nos patients résidaient en zones urbaines (64, 9%).nos patients étaient principalement hospitalisés pour altération de l'état général, fièvre et plaies ulcéreuses à des pourcentages respectifs de (16,7%), (11,6%), (9,6%) Le signe d'appel dermatologique le plus fréquent était les lésions cutanées et muqueuses soit 91,4 %. Les membres inférieurs étaient la localisation la plus fréquente des lésions dermatologiques (**27,7%**). Les dermatoses infectieuses ont été les plus observées dans **38,2%** des cas. Parmi Les dermatoses infectieuses nous avons eu : 65,2% de mycoses, candidoses représentaient 44,7%, dermatoses bactériennes 18,6%, érysipèle représentaient 4,3%, dermatoses virales 16,2%, herpès représentaient 11,2%. Les kératodermie palmo-plantaire étaient les dermatoses inflammatoires les plus retrouvées 26,3%. Les dermatoses immuno allergique les fréquente étaient le prurigo et l'eczéma à la répartition de 44,2% chacune. Le lupus représentait 31,9% des cas de dermatose auto immune. Les lipomes et les chéloïdes représentaient chacun 23,5% dominaient dans les dermatoses tumorales, Le mal perforant plantaire représentait 48,7% des ulcérations. Cette étude nous à permit de faire un catalogue sur de la pathologie dermatologique dans le service de médecine interne du CHU Point G. Ceci permettra d'avoir une base donné cohérente et utile pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Mots clés : Étude, panoramique, dermatoses, patients, hospitalisés, médecine interne,

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !