

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021



N° 27

**LES DERMATOSES INFECTIEUSES :
ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET ÉVOLUTIFS SUR
UNE PÉRIODE DE 08 MOIS AU SERVICE DE DERMATOLOGIE DE
L'HÔPITAL RÉGIONAL DE ZIGUINCHOR.**

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 24 juillet 2021

PAR

Mlle Meriam SALIM

Née le 30 mars 1993 à Beni Mellal (MAROC)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Noël	Magloire	MANGA	Professeur Titulaire
Membres :	M. Ansoumana		DIATTA	Professeur Titulaire
	M. Boubacar	Ahy	DIATTA	Professeur Assimilé
Directeur de Thèse	M. Boubacar	Ahy	DIATTA	Professeur Assimilé

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTÉ



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directeur	M. Noël Magloire	MANGA
Vice-Directeur	M. Ansoumana	DIATTA
Chef de département de Biologie et Explorations fonctionnelles	M. Assane	NDIAYE
Chef du département de Chirurgie et Spécialités	M. Serigne Modou Kane	GUEYE
Chef du département de Médecine et Spécialités	M. Simon Joël Simamene	MANGA
Chef des Services Administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty	MANGA

Ziguinchor, Le 27 mars 2021

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

ANNÉES UNIVERSITAIRES 2012-2021

PROFESSEURS TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Évelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie

PROFESSEURS ASSIMILÉS

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
◆ M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie
M. Issa	WONE	Santé Publique
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
† M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurologie chirurgicale
M. Habibou	SARR	Microbiologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie
† Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Gastro-entérologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie

♦ Associé

† Titularisation

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ASSOCIÉ DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE DAKAR ET DES AUTRES UFR SANTÉ
ANNÉES UNIVERSITAIRES 2012-2019**

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Abdoulaye BA	Physiologie	UCAD
M. Abdoulaye GASSAMA	Chimie	UASZ
M. Abdoulaye LEYE	Endocrinologie	UCAD
M. Abdoulaye NDIAYE	Anatomie	UCAD
M. Abdoulaye POUYE	Médecine interne	UCAD
M. Alassane DIEDHIOU	Mathématiques	UASZ
M. Amadou TOURE	Histo-Embryologie	MALI
M. Anatole LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire	BÉNIN
M. André Daniel SANE	Orthopédie-Traumatologie	UCAD
Mme Anna SARR	Médecine interne	UCAD
M. Assane KANE	Dermatologie-Vénérologie	UCAD
M. Babacar FAYE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Boucar DIOUF	Néphrologie	UCAD
M. Serigne Abdou BA	Cardiologie	UCAD
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Codé BA	Neurochirurgie	UCAD
† M. Fallou CISSE	Physiologie	UCAD
M. Fatou Samba DIOGO NDIAYE	Hématologie	UCAD
M. Guata Yoro SY	Pharmacologie	UCAD
M. Ibrahima KONATE	Chirurgie générale	UGB
M. Kobor DIOUMA	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
Mme Maïmouna NDOUR	Médecine Interne	UCAD

M. Mamadou FALL	Toxicologie	UCAD
M. Mamadou MBODJ	Biophysique	UCAD
M. Modou Oumy KANE	Physiologie	UCAD
M. Mor NDIAYE	Médecine du Travail	UCAD
M. Moussa Fafa CISSE	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Moustapha NDIAYE	Neurologie Médicale	UCAD
M. Oumar NDOYE	Biophysique	UCAD
M. Papa Lamine FAYE	Psychiatrie	UCAD
M. Roger Clément Kouly TINE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Saïdou DIALLO	Rhumatologie	UCAD
M. Saliou DIOP	Hématologie	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
M. Seydou Nourou DIOP	Médecine interne	UCAD
M. Souhaïbou NDONGO	Rhumatologie	UCAD
M. Tandakha Ndiaye DIEYE	Immunologie	UCAD
M. Adama KANE	Cardiologie	UGB
M. Moussa SEYDI	Infectiologie	UCAD
Mme Sylvie Audrey DIOP	Infectiologie	UGB

† In Memoriam

UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

UADB : Université Amadou Diop Bambey

PROFESSEURS ASSIMILÉS

M. Pape Adama DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire	UCAD
M. Amadou Lamine FALL	Pédiatrie	UCAD
Mme Arame MBENGUE	Physiologie	UT
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Chérif Mouhamed M. DIAL	Anatomie pathologique	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
M. Mamadou COUME	Gériatrie-Gérontologie	UCAD
M. Mohamed SOUMAH	Médecine Légale	UCAD
M. Papa Saloum DIOP	Chirurgie Générale	UCAD
Mme Pauline DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie	UT
M. Rokhaya NDIAYE DIALLO	Génétique	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
Mme Seynabou FALL	Hématologie	UCAD
M. Abdou Magib GAYE	Anatomie pathologique	UCAD
M. Ibou THIAM	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Joseph DIEME	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Louis BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie	UCAD
M. William DIATTA	Botanique	UCAD
M. Philippe MANYACKA	Anatomie	UGB
M. Boubacar Ahy DIATTA	Dermatologie-Vénérologie	UCAD

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

M. Aminata TOURÉ	Toxicologie	UCAD
M. Atoumane FAYE	Médecine Interne	UCAD
M. Demba DIEDHIOU	Sémiologie médicale	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Magatte CAMARA	Chimie	UASZ
M. Mbaye Diagne MBAYE	Chimie	UASZ
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
Mme Sokhna SECK	Psychologie	UCAD
Mme Absa LAM FAYE	Toxicologie	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophtalmologie	UCAD
M. Amadou DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
Mme Armandine E. R. DIATTA	Médecine du Travail	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
M. Babacar DIOP	Anglais	UASZ
M. Clément MANGA	Mathématiques	UASZ
M. Doudou DIOUF	Oncologie	UCAD
M. Doudou SOW	Parasitologie-Mycologie	UCAD
Mme Fatoumata HANNE	Socio-Anthropologie médicale	UASZ
M. Modou TINE	Physique	UASZ
M. Mouhamed DAFPE	Ortho-Traumatologie	UCAD
M. Moustapha THIAM	Physique	UASZ
M. Abdoulaye NDIIOUCK	Épistémologie médicale	UASZ
M. Abel DIATTA	Informatique	UASZ
Mme Mame Kouna DIAW DABO	Anglais	UASZ
M. Moustapha NDIAYE	Informatique	UASZ
M. Lamine DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD

M. Amadou NDIADÉ	Histologie-Embryologie	UADB
M. Jean Pascal Demba DIOP	Génétique	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophtalmologie	UCAD

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

M. Amadou Cambel DIENG	Management	UGB
† M. El H Amadou L BATHILY	Biophysique	UCAD
† M. Jean pierre DIAGNE	Ophtalmologie	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
Mme Fatimata BA	Physiologie	UCAD

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. Abbé Michel MENDY	Santé publique	UASZ
M. Jacques SENGHOR	Anatomie	UASZ
M. Karim GUARBA	TP Anatomie	UASZ
M. Malick FAYE	Soins infirmiers	UASZ
Mme Mame Kouna DiAW DABO	Anglais	UASZ
M. Abdoulaye KEITA	Secourisme	UASZ
M. Demba DIAGNE	Secourisme	UASZ

† Titularisation

UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

UADB : Université Amadou Diop Bambey

DÉDICACES

Ils dirent : « *Gloire à toi ! nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage* »

Sourat al baqara, verset 31

Louange à Dieu le Tout-Puissant qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

**Toutes les lettres ne sauront trouver les mots qu'il faut... Tous les
mots ne sauraient exprimer ma gratitude, mon amour, mon
respect, ma reconnaissance. Aussi, c'est tout simplement que :
Je dédie cette thèse...**

A toi, mon ange des cieux ; mon frère YOUNES

J'ai du mal à trouver les mots pour dire ce que je ressens. À chaque moment nuit et jour je pense à toi. Ton cœur était si grand que tu nous as laissé un grand vide à la maison. Cela fait deux ans et quatre mois que tu nous as quitté, parti si tôt que prévu ; tu étais toujours cette force qui me poussait à avancer, à viser loin, à dépasser mes limites. Je me souviens de toutes les choses que tu as faites pour moi et que je n'ai pas eu le temps de te dire combien je t'aimais ; une partie de moi est perdue pour toujours laissant ainsi une blessure ouverte à jamais dans mon cœur.

Tu me manque tellement, ton rire, ta joie de vivre, tes blagues, nos querelles à table, nos sorties nos soirées et nos nuits blanches....

L'émotion me submerge et les mots m'échappent,

J'imagine quelle serait ta joie aujourd'hui, j'aurai voulu que tu assistes à l'aboutissement de ces années de dur labeur, Dieu en a décidé autrement.

Que Dieu t'accorde la paix éternelle et t'accueille dans son paradis.

A mon très cher papa Mohammed SALIM

De tous les pères, tu es le meilleur. Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et perfectionnisme. En témoignage de brut d'années de sacrifices, de sollicitudes, d'encouragement et de prières. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serais demain et je ferais toujours mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

A ma très chère maman Saadia SALIM

Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie. Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. J'espère ne jamais te décevoir, ni trahir ta confiance et tes sacrifices.

Très chers parents

Tout l'encre du monde ne pourrait suffire pour exprimer mes sentiments envers vous. Vous avez toujours été mon école de patience, de confiance et surtout d'espoir et d'amour. Vous êtes et vous resterez pour moi ma référence, la lumière qui illumine mon chemin. Ce travail est le résultat de l'esprit de sacrifice dont vous avez fait preuve, de l'encouragement et le soutien que vous ne cessez de manifester, vous m'avez soutenu durant toutes ces longues années, ne lésinant pas sur les moyens tant financiers qu'affectifs me permettant d'aboutir à mon rêve qui en fait est le nôtre.

J'espère que vous y trouverez les fruits de votre semence et le témoignage de ma grande fierté.

Puisse Dieu tout puissant vous préserver et vous procurer santé, longue vie et bonheur.

Je vous aime

A ma sœur Fatima Ezzahra

Une sœur comme toi on ne peut trouver nulle part ailleurs, Tu as été à mes côtés pendant toutes ces années et je t'en suis très reconnaissante, Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels, d'amour, d'attachement que j'éprouve à ton égard. Merci de créer des souvenirs, des fous rires, des moments précieux qui ne sont rien qu'à nous deux ; aussi banals soient-ils, ils sont indispensables à mes yeux.

Je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union. Que Dieu nous garde solidaires et unis à jamais.

Au petit Imrane, le premier neveu, le premier bébé dans notre petite famille, que dieu le préserve pour nous tous.

Je vous aime

A ma petite sœur Imane

Mimi la prunelle de mes yeux, la chouchoute de la maison, aucune dédicace ne peut exprimer mon amour et ma gratitude de t'avoir comme sœur je ne pourrais jamais imaginer la vie sans toi, tu comptes énormément pour moi, tu es la sœur model, je n'oublierais jamais ton encouragement et ton soutien le long de mes études, je t'estime et je t'aime beaucoup.

J'espère être un bon exemple pour toi, Je te souhaite beaucoup de succès, de prospérité et une vie pleine de joie et de bonheur.

Que dieu nous garde solidaires et unies à jamais.

A ma grand-mère paternelle : Hajja fatna Nadir

Tes encouragements et ton soutien si précieux resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Je te dédie cette thèse pour tes attentions particulières, tes prières et ton amour inconditionnel. Merci pour tout et que Dieu le tout puissant te garde en bonne et parfaite santé et t'accorde une longue vie, afin que nous puissions jouir de ta présence.

A la mémoire de mes grands-parents : Mhamed Salim et Abdelkader Salim

Puisse Dieu vous avoir en sa sainte miséricorde et que ce travail soit une prière pour votre âme.

A ma chère tante khadija SALIM

Je ne trouverai jamais l'expression forte pour t'exprimer mon affection et mon estime pour toi, tu es pour moi l'exemple de la femme et la maman forte, croyante, joviale et surtout pleine d'énergie et d'ondes positives.

Intelligente, sociable, tendre et très généreuse, tu es pour moi une seconde mère, ma confidente depuis mon enfance. Tu t'es sacrifié pour nous avec beaucoup de passion. Je te dédie ce travail en réponse à l'affection que tu as toujours eu à mon égard, sache qu'elle est réciproque.

A ma chère tante Zhour SALIM

Les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour toi.

Merci infiniment pour ton soutien inconditionnel, tes précieux conseils et tes encouragements.

Je te dédie ce travail témoin de ma profonde gratitude.

Que dieu te donne longue vie, santé et prospérité.

A mon ami et confident, Achref BEN HAJ YOUNES

Rien de ce que je puisse dire ou écrire, ne peut exprimer à sa juste valeur mes sentiments envers toi. Ce travail c'est également le tien, rendu possible par ton soutien moral et ta présence continue.

En témoignage de l'amitié qui nous a uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Je te porterai à jamais dans mon cœur.

A ma chère Kawtar EL BELLAGE

Merci pour ta joie de vivre, ta belle ambiance, les souvenirs à garder au fond de mon cœur. Merci pour toutes les petites choses que tu fais si souvent et qui nous gardent si proche.

Que Dieu te protège et t'aide à accomplir tes rêves, et t'offre réussite, amour et bonheur.

A Mr. Jean pascal

Vous avez toujours été présent pour les bons conseils

Votre affection et votre soutien m'ont été d'un grand secours au long de ces années

Veillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance pour tous vos efforts.

Longue vie à vous.

A ma très chère amie Dr. Basma ABDENABI

Dont la pensée ne m'inspire d'autre qu'une forte complicité, cohésion et confiance. J'espère que cette amitié durera à tout jamais.

Que Dieu t'aide à réaliser tes rêves

Je te souhaite une carrière rayonnante.

Au Dr. Zeineb ABBES, Wael EZZINE, Amir BEN ALI,

Oussama BELKHIRI

Vous rencontré a marqué le début d'une amitié agréable, des souvenirs inoubliables gravés à jamais dans ma mémoire, votre sens de partage et d'ouverture d'esprit sont exceptionnels.

Je vous aime

A ma promotion de médecine

Le chemin que nous avons parcouru ensemble n'est pas long mais très riche en expérience et en émotions. Puisse l'amitié, la sérénité et la franchise qui ont toujours régi nos relations, demeurent pérennes.

Je vous aime.

A notre cher Maitre Pr. Alassan DIATTA

Professeur de biochimie

Votre simplicité, votre modestie, votre disponibilité et votre gout du travail sont appréciés par tous et font de vous un universitaire modèle.

Nous avons énormément appris à vos côtés grâce à votre générosité.

Au-delà de ça, je tiens à vous présenter mes vifs remerciements pour votre soutien et votre accompagnement le long de mes années d'études.

Veillez accepter cher Maitre l'assurance de mon estime et de ma considération.

A Dr. Diama SAKHO

Dermatologue

Je tiens à vous présenter mes vifs remerciements pour votre soutien, votre encadrement et vos conseils constructifs que vous m'avez prodigué durant tous ces mois de travail.

A Dr. Maxime MANGA

Dermatologue

Ce docteur au grand cœur qui n'hésite à partager son savoir, vous êtes pour moi un exemple. Je vous admire tant.

Je tiens à vous remercier du fond du cœur pour votre partage et votre soutien.

A tout le personnel de l'hôpital régional de Ziguinchor

J'ai partagé avec vous des moments qui resteront à jamais graver dans ma mémoire. Un hôpital dont le personnel est plein de gaieté, de compassion ainsi que de rigueur.

**À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis
involontairement de citer.**

**A tous ceux qui ont participé de près ou de loin dans la
réalisation de ce travail.**

A tous mes enseignants tout au long de mes études.

Au Maroc, mon pays natal où mes racines sont profondément ancrées.

**A mon pays d'accueil, terre de la téréngana et de la chaleur humaine, berceau
du savoir, merci pour tout l'enseignement, l'expérience, la diversité et les
leçons de vie que le Sénégal m'a offerts.**

À NOS MAÎTRES ET JUGES

A notre maître et président de jury de thèse
Monsieur le Professeur Magloire Noel MANGA

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de votre enseignement de qualité et de votre sagesse.

Votre courtoisie, votre modestie et votre rigueur dans le travail, font de vous un Maître respecté par toute une génération d'étudiants.

Veillez trouver ici cher Maître, l'expression de nos sentiments et remerciements les plus sincères.

Soyez assuré de notre grande estime.

A notre maître, directeur de thèse
Monsieur le Professeur Boubacar Ahy DIATTA

Le savoir, la sympathie et l'accueil bienveillant ne sont que certaines de vos nombreuses qualités qui inspirent respect et admiration.

La gentillesse et la bienveillance avec lesquelles vous avez guidé mes pas dans ce travail ont suscité ma bonne volonté de donner de mon mieux. Votre disponibilité permanente malgré vos nombreuses charges m'a profondément touché.

Veillez trouver dans ce travail cher Maître l'expression de ma haute considération, ma vive reconnaissance et ma sincère gratitude.

A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur Ansoumana DIATTA

Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance pour l'honneur que vous me faites de bien vouloir juger ma thèse.

Vos qualités humaines et professionnelles, font de vous un enseignant aimé de tous. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves, et espérons être dignes de la confiance que vous avez placée en nous.

Nous ne saurons trouver les mots pour exprimer le respect et l'admiration que nous avons pour vous.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde estime et mon grand respect.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN	Acide desoxyribonucléique
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT	Alanine aminotransférase
ASAT	Aspartate aminotransférase
BB	Lèpre borderline borderline
BK	Bacille de Koch
BT	Lèpre borderline tuberculoïde
CA	Condylome acuminé
CCMH	Concentration sanguine en hémoglobine
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPK	Créatine kinase
CRP	c- réactif protéine
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
HPV	Human papillomavirus
HPV1	Papilloma virus humain 1
HPV2	Papilloma virus humain 2
HPV8	Papilloma virus humain 8
IDR	Intradermoreaction à la tuberculine
LDH	Lactate déshydrogénase
LL	Lèpre lépromateuse lépromateuse
MK	Maladie de Kaposi
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCR	Polymerase chain reaction

PRG	Pityriasis rosé de Gibert
ROR	Vaccin anti rougeole, rubéole et oreillons
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
TT	Lèpre tuberculoïde
VGM	Volume globulaire moyen
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Vitesse de sédimentation
MGG	May-Grunwald Giemsa
NNN	Novy-macNeal-Nicolle

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Aspect mélicérique péri-buccal	8
Figure 2 : Épidermolyse staphylococcique aiguë.....	8
Figure 3 : Aspect ulcéré ecthyma	8
Figure 4 : Folliculite du visage chez l'homme.....	12
Figure 5 : Furoncle	12
Figure 6 : Anthrax	12
Figure 7 : Dermohypodermite Nécrosante	12
Figure 8 : Dermohypodermite non nécrosante	12
Figure 9 : Chancre tuberculeux	17
Figure 10 : Lupus tuberculeux	17
Figure 11 : Tuberculose verruqueuse	17
Figure 12 : Tuberculose orificielle	17
Figure 13 : Gomme tuberculeuse	17
Figure 14 : Lèpre indéterminée	21
Figure 15 : Lèpre tuberculoïde	21
Figure 16 : Lèpre borderline borderline	21
Figure 17 : Lèpre lépromateuse.....	21
Figure 18 : Chancre syphilitique	24
Figure 19 : Syphilide palmaire	24
Figure 20 : syphilis papuleuse.....	24
Figure 21 : Éruption Érythématomaculeuse.....	28
Figure 22 : Syndrome main pied bouche	28
Figure 23: Gingivo-stomatite herpétique aiguë.....	31
Figure 24 : Primo infection herpétique génitale.....	31
Figure 25 : Herpès labial	30
Figure 26 : Ulcérations péri-anales herpétiques chez un sujet présentant une infection par le VIH.....	31
Figure 27: Varicelle.....	35
Figure 28 : Varicelle.....	35
Figure 29 : Zona cervico-brachial	36
Figure 30 : Zona intercostal	36
Figure 31 : PRG.....	36
Figure 32 : Macules ovalaires orientées selon l'axe du corps.....	36
Figure 33 : Molluscum contagiosum.....	38
Figure 34 : Aspect généralisé Molluscum contagiosum	38
Figure 35 : MK épidémique atteinte du visage	42
Figure 36 : Atteinte de la muqueuse buccale	42
Figure 37 : Kaposi.....	42
Figure 38 : Myrmecie.....	45
Figure 39 : Condylome.....	45
Figure 40 : Verrue vulgaire	45
Figure 41 : Teigne tondante microsporique	52
Figure 42 : Kérion	51
Figure 43 : Favus.....	52
Figure 44 : Dermatophytie plis sous mammaire	52
Figure 45 : Eczema marginé de Hebra	53

Figure 46 : Herpes circiné	53
Figure 47 : Dermatophytie	53
Figure 48 : Intertrigo des orteils	53
Figure 49 : Péri-onyxis	53
Figure 50 : Candidose buccale	54
Figure 51 : Pytiriasis versicolor	53
Figure 52 : Onychoomycose.....	53
Figure 53 : Pied de Madura	57
Figure 54 : Mycétome sur l'aile du nez.....	57
Figure 55 : Mycétome cuisse	57
Figure 56 : Cryptococcose.....	57
Figure 57 : Histoplasmose.....	57
Figure 58 : Histoplasmose chez un patient présentant une infection au VIH	57
Figure 59 : Lésion de gale au niveau des OGE et main	60
Figure 60 : Gale profuse.....	60
Figure 61 : Gale norvégienne	60
Figure 62 : Gale chez l'enfant (papulo-pustuleuse)	60
Figure 63 : Larva migrans	62
Figure 64 : Larva migrans avant-bras	62
Figure 66 : Leishmaniose cutanée	68
Figure 67 : Forme pseudo sporotrichosique.....	68
Figure 68 : Leishmaniose pseudo-lepromateuse	68
Figure 69 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	72
Figure 70 : Répartition des patients selon le sexe	73
Figure 73 : Répartition des patients selon leurs modes de vie	78
Figure 74 : Répartitions des différentes dermatoses bactériennes non spécifiques retrouvées	79
Figure 75 : Répartition des mycoses superficielles.....	80
Figure 76 : Répartition des Dermatoses virales	81
Figure 77 : Répartition des patients selon la CRP.....	82
Figure 78 : Répartition des patients selon leurs traitements spécifiques.....	83
Figure 79 : Répartition des patients selon leurs traitements symptomatiques.	84
Figure 80 : Répartition des patients selon leurs évolutions cliniques	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Molécules recommandées par l’OMS.....	18
Tableau II : Traitement recommandé par l’OMS.....	18
Tableau III : Traitement antilépreuse selon l’OMS	20
Tableau IV : histoire naturelle de la syphilis.....	22
Tableau V : Répartition des patients selon le niveau socio-économique.....	73
Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau d’étude.....	74
Tableau VII : répartition des patients selon leurs situations matrimoniales	74
Tableau VIII : Répartition des patients selon leur état d’assurance maladie	76
Tableau IX : Répartition des patients selon leur prise en charge initiale.....	76
Tableau X : Répartition des patients selon l’automédication.....	77
Tableau XI : Répartition des patients selon leurs Antécédents médicaux	78
Tableau XII : Répartition des dermatoses parasitaires :.....	81
Tableau XIII :Dermatoses liés au VIH	86
Tableau XIV : Évolution des dermatoses infectieuses selon le décès	87
Tableau XV : Évolution favorable des dermatoses infectieuses	88

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS.....	3
I. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	4
II. ASPECTS CLNIQUES.....	6
II.1. Dermatoses bactériennes	6
II.1.1. Les dermatoses bactériennes non spécifiques	6
II.1.2. Les dermatoses spécifiques	13
II.1.2.3 Syphilis	22
II.2. Les dermatoses virales.....	25
II.2.1. Les dermatoses virales non tumorales	25
II.2.2. Les dermatoses virales tumorales	37
II.3. Dermatoses fongiques.....	46
II.3.1. Dermatophyties cutanées	46
II.3.2. Mycoses profondes	55
II.4. Dermatoses parasitaires	58
II.4.1. La gale	58
II.4.2. Larva migrans	61
II.4.3. Pédiculose de la tête	63
II.4.4. Les leishmanioses	66
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE	69
III.1. Objectifs de l'étude	70
III.2. Méthodologie	70
III.2.1. Type et période d'étude.....	70
III.2.2. Cadre d'étude	70
III.2.3. Population d'étude.....	70
III.2.4. Critères d'inclusion	71
III.2.5. Critères de non inclusion.....	71
III.2.6. Saisie et analyses des données	71
III.2.7. Aspects éthiques.....	71
IV. RÉSULTATS DESCRIPTIFS.....	72
IV.1. Données épidémiologiques	72
IV.1.1. Prévalence hospitalière	72
IV.1.2. Répartition des patients selon leurs âges.....	72
IV.1.3. Répartition des patients selon le genre.....	73
IV.1.4. Répartition des patients selon leur niveau socio-économique	73
IV.1.5. Répartition des patients selon leurs niveau d'étude	74
IV.1.6. Répartition des patients selon leur situation matrimoniale	74
IV.1.7. Répartition des patients selon leurs secteurs d'activités	75
IV.1.8. Répartition des patients selon la nature du revenu.....	75
IV.1.9. Répartition des patients selon l'assurance maladie.....	76

IV.2. Aspects cliniques.....	76
IV.2.1. Itinéraire thérapeutique	76
IV.2.2. Répartition des patients selon leurs antécédents ou terrains	77
IV.2.3 Répartition des patients selon leur mode de vie.....	78
IV.2.4. Les dermatoses bactériennes	79
IV.2.6. Les dermatoses parasitaires.....	81
IV.2.7. Les dermatoses virales	81
IV.2.8. Les examens paracliniques.....	82
IV.3. Aspects thérapeutiques.....	83
IV.3.1. Traitement spécifique.....	83
IV.3.2. Traitement non spécifique.....	84
IV.4. Aspects évolutifs	84
V. ANALYSE BIVARIEE :	86
V.1. Dermatose et VIH positif	86
V.2. Dermatoses et décès	87
V.3. Dermatose et évolution favorable.....	88
VI. DISCUSSION	90
VI.1. Aspects épidémiologiques.....	90
VI.1.1. Prévalence hospitalière	90
VI.1.2. Âge	91
VI.1.3. Genre.....	91
VI.1.4. Niveau socio-économique.....	91
VI.1.5. Situation matrimoniale	92
VI.1.6. Secteur d'activité.....	92
VI.2. Aspects cliniques.....	92
VI.2.1. Itinéraire thérapeutique	92
VI.2.2. Mode de vie.....	93
VI.2.3. Antécédents médicaux	94
VI.2.4. Les mycoses	94
VI.2.5. Les dermatoses virales	95
VI.2.6. Les dermatoses bactériennes	96
VI.2.7. Les dermatoses parasitaires.....	97
VI.2.8. Dermatoses et VIH.....	98
VI.3. Les aspects évolutifs	98
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	100
RÉFÉRENCES.....	105
ANNEXES	120

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les dermatoses infectieuses sont des manifestations cutanéomuqueuses en rapport avec un agent infectieux parasitaire, fongique, bactérien ou viral [48]. L'épidémiologie des dermatoses infectieuses est diverse et variée en rapport avec l'origine géographique et l'environnement. Si elles sont de moins en moins rapportées dans les pays occidentaux et industrialisés, dans les régions tropicales elles sont encore fréquentes et constituent des problèmes de santé publique [112]. Une étude portant sur le profil épidémiologiques des affections cutanées à Dakar avait montré une prédominance des dermatoses infectieuses dans 49,9 % suivie des dermatoses inflammatoires et immuno-allergiques (40,5 %) [43,112].

Les dermatoses infectieuses sont potentiellement graves, la prise en charge précoce et adaptée est nécessaire pour éviter les complications vitales qu'elles peuvent générés par une surinfection des lésions, un choc septique ou un sepsis sévère, ou fonctionnelles par l'altération de la qualité de vie de l'individu et l'impact socio-économique et psycho-social. Actuellement, aucune étude concernant la prévalence des dermatoses infectieuses n'est disponible dans les régions du Sénégal qui ne partagent pas les mêmes conditions environnementales et socioculturelles. C'est pourquoi nous avons jugé opportun de réaliser ce travail avec comme objectif général de décrire la prévalence les dermatoses infectieuses au centre hospitalier régional de Ziguinchor et comme objectifs spécifiques

- De déterminer le profil épidémiologique ;
- De décrire les signes cliniques ;
- D'évaluer les modalités thérapeutiques et évolutives.

Pour atteindre ces objectifs nous ferons à travers une première partie un rappel sur les dermatoses infectieuses puis dans une seconde partie nous aborderons notre travail personnel en décrivant notre méthodologie de recherche puis nous présenterons nos résultats que nous allons discuter avant d'apporter nos conclusions et enfin formuler des recommandations pour améliorer la prise en charge des dermatoses infectieuses.

PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS

I. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Les maladies de peau constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en voie développement [48]. En Afrique subsaharienne, la pathologie cutanée est influencée par l'environnement climatique, social et économique [112]. La dermatologie représente environ 30 % des motifs de consultation en médecine générale [91].

En Asie du sud les dermatoses sont une des trois principales causes de consultation au cours d'un voyage à l'étranger. **Au Népal**, les dermatoses infectieuses représentaient 12 % des motifs de consultation. Les infections bactériennes, les infections fongiques et la gale étaient les dermatoses les plus fréquentes.

Les dermatoses sont un des trois problèmes de santé les plus fréquents chez les voyageurs. Les infections cutanées comprennent les infections bactériennes les plus communes, les dermatophytoses et la gale, mais aussi des dermatoses typiquement tropicales comme le Larva migrans cutanée ankylostomienne, la leishmaniose cutanée ou les myiases. Les dermatoses environnementales sont aussi une cause importante de consultation et peuvent apparaître au contact d'insectes, de plantes ou d'animaux marins. Le Larva migrans cutanée ankylostomienne est la plus fréquente des dermatoses tropicales observée chez le voyageur [50].

En Algérie les dermatoses infectieuses (surtout des dermatoses infectieuses non spécifiques et les mycoses onyxis et mycoses de la peau glabre et des plis, les teignes) avec 21,5 % [24].

Au Maroc, une étude lors d'une caravane médicale en région du sud en 2006 avait conclu que sur 657 personnes, la principale pathologie rencontrée chez l'adulte et l'enfant était les dermatoses infectieuses dans successivement 27 % et 34 % [91].

L'étude de quelques données cliniques provenant du **Kenya, du Mali, du Cameroun, et du centre Afrique**, montrent que l'écrasante majorité des dermatoses rencontrées en milieu tropical sont dominé par les dermatoses communes, comme la gale, Mycoses.

En Guinée Conakry, Les affections les plus fréquentes étaient les dermatoses bactériennes avec au premier plan l'érysipèle (32,53 %) et la fasciste nécrosante (15,51 %) et la maladie de kaposi (9,15 %). Selon l'évolution, 89 % des malades sont sortis améliorés et 7,90 % sont décédés. Les diagnostics au moment des décès étaient dominés par la maladie de kaposi (40,50 %) et la fasciste nécrosante (18,10 %) [61].

Au Burkina Faso, 486 présentaient une infection cutanée ce qui correspondait à 39,4 % des infections [113].

À Dakar, une étude réalisée en 2008 dans les écoles coranique retrouvait une prévalence de gale de 23,33 % [87].

II. ASPECTS CLINIQUES

II.1. Dermatoses bactériennes

II.1.1. Les dermatoses bactériennes non spécifiques

II.1.1.1. Impétigo

C'est une infection cutanée purement épidermique (sous la couche cornée de l'épiderme) à streptocoque β -hémolytique du groupe A et/ou à staphylocoque doré.

L'impétigo atteint surtout l'enfant, le diagnostic est essentiellement clinique et se caractérise par :

Une lésion élémentaire = vésiculo-bulle superficielle, sous-cornée, à contenu rapidement trouble (pustule), flasque et fragile évoluant rapidement vers une érosion recouverte de croûtes jaunâtres d'aspect (« mélicériques », c'est-à-dire couleur de miel) à extension centrifuge \pm aréole inflammatoire périphérique

Les lésions siègent le plus souvent au visage, au tronc et aux membres (Figure 1).

❖ Impétigo bulleux :

L'impétigo bulleux est la forme caractéristique du nouveau-né et du nourrisson (staphylococcique +++). Elle existe sous forme de petites épidémies sporadiques (crèches, maternités) par portage manuel du personnel. Les bulles sont souvent de grande taille (1 à 2 cm), parfois entourées d'un érythème périphérique. Il y a une absence habituelle de signes généraux. Une évolution est possible vers le syndrome SSSS (*staphylococcal scalded skin syndrome*) ou épidermolyse staphylococcique aiguë (Fig. 3) induit par une toxine exfoliante staphylococcique (exfoliatine).

L'évolution est favorable sous traitement : 8 à 10 jours :

- Pénicilline/céphalosporine/macrolide ;
- Mesures hygiéno-diététiques.

II.1.1.2 Ecthyma

L'ecthyma est une forme creusante d'impétigo, lié à *Streptococcus pyogènes* et/ou à *Staphylococcus aureus*. Elle est habituellement localisée aux membres inférieurs, avec ulcérations parfois croûteuses ; observé sur un terrain volontiers immunodéprimé, d'éthylisme chronique, d'artériopathie ; avec une évolution cicatricielle (Figure 4).



Figure 1 : Aspect mélicérique péri-buccal [29]



Figure 2 : Épidermolyse staphylococcique aiguë [25]



Figure 3 : Aspect ulcéré ecthyma [114]

II.1.1.3. Furoncles et folliculites

Infection nécrosante d'un follicule pilo-sébacé, due à *Staphylococcus aureus* le plus souvent, favorisée par : le portage nasal de *S. aureus*, la macération, les traumatismes cutanés, le manque d'hygiène ; le diabète, la malnutrition, une carence en fer, une immunodépression.

- **Folliculite** : inflammation d'un follicule pilosébacé. (Figure 5)
- **Furoncle** :
Nodule érythémateux, chaud, douloureux, surmonté d'une pustule centrée par un poil, puis fluctuation, rupture et évacuation du produit de nécrose. Laisse une cicatrice résiduelle. Localisations préférentielles : cuisses, aines, fesses, aisselles, cou, dos. Absence de fièvre (figure 6) [32].
- **Anthrax** :
Il résulte de la confluence et de la prolifération de plusieurs furoncles et se traduit par : Une tuméfaction érythémateuse, douloureuse, chaude, dont on sent la profondeur au palper et qui est centrée par une ulcération nécrotique d'où sort un pus franc. (Figure 7)
- **Le sycosis staphylococcique** :
C'est une folliculite profonde de la barbe et/ou de la moustache. L'évolution est en général subaiguë mais des formes chroniques sont possibles. Il se présente sous la forme de placards inflammatoires pustuleux, entretenus par le rasage et une mauvaise hygiène (Figure 6).
Sous traitement : pénicilline M / acide fusidique, l'évolution est favorable, la durée du traitement est de 10 jours.
En absence de traitement, ils peuvent se compliquer de :
 - Dermohypodermite non nécrosante
 - Dermohypodermite nécrosante
 - Staphylococcie maligne de la face [28].

○ **La staphylococcie maligne de la face :**

C'est une urgence médicale : tableau d'érythème violacé de la face sans bourrelet périphérique avec un réseau veineux apparent. Altération de l'état général, troubles de la conscience allant au coma Fièvre à 40 °C et délire. La porte d'entrée est généralement un furoncle de l'aile du nez. Elle se voit surtout après manipulation intempestive du furoncle et se traduit par un syndrome infectieux majeur avec frissons, fièvre à 40 °C, œdème du visage [118].

Le traitement repose sur une antibiothérapie anti staphylococcique, pénicilline M en cas de sensibilité à la méticilline, ou sur un glycopeptide en cas de résistance à la méticilline [101].

II.1.1.4 Dermo-hypodermite bactérienne

II.1.1.4.1. Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante

Le début est brutal, des signes généraux bruyants précèdent les signes cutanés : fièvre à 40 °C, frissons, céphalées et atteinte de l'état général.

Localement, on remarque un placard érythémateux, douloureux, chaud d'extension centrifuge cerné par un bourrelet palpable. Ce placard se couvre de vésicules pouvant confluer en phlyctène. L'œdème est important.

Le diagnostic positif est en général clinique (Figure 9).

II.1.1.4.2 Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante

S'observent surtout aux membres inférieurs après effraction cutanée minimes.

Chez les sujets prédisposés (diabétiques, éthyliques...), elles semblent favorisées par l'usage d'anti-inflammatoire non stéroïdien. Elles commencent brutalement par une cellulite aiguë fébrile avec profonde altération de l'état général suivie 3 à 4 jours plus tard de l'apparition d'une zone violacée et purpurique, recouverte de bulles à évolution escarotique (Figure 8).

C'est une streptococcie cutanée qui atteint tous les tissus sous-cutanés jusqu'à l'aponévrose musculaire avec thromboses vasculaires [46].

Le traitement est basé sur l'antibiothérapie systémique :

- B-lactamines (+++) ;
- Pénicilline G injectable (traitement de référence) : 10 à 20 millions d'unités (MU)/j en 4 à 6 perfusions (en principe en hospitalisation) ;
- Pénicilline V orale : 4 à 6 MU/j en 3 prises quotidiennes après obtention de l'apyrexie ;
- Pénicilline A orale : amoxicilline (3 à 4,5 g/j en 3 prises quotidiennes) en 1^{re} intention en cas de traitement à domicile ou en relais de la pénicilline G après obtention de l'apyrexie ;
- Synergistines : 2 à 3 g/j en 3 prises quotidiennes ;
- Clindamycine : 600 à 1 200 mg/j en 3 à 4 prises (effets indésirables digestifs) ;
- Glycopeptides, tigécycline [28].



Figure 4 : Folliculite du visage chez l'homme [38]



(Collection HALD)

Figure 5 : Furoncle

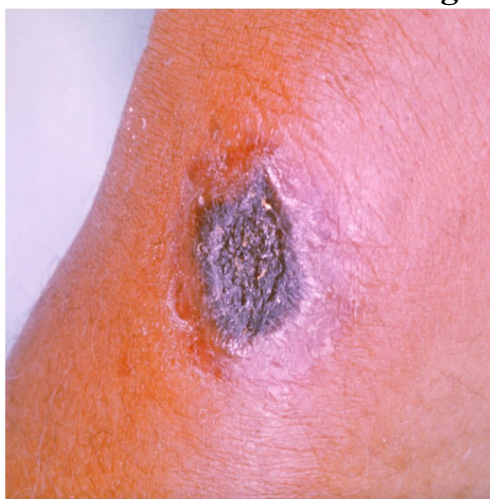


Figure 6 : Anthrax [58]



(Collection HALD) **Figure 7 : Dermohypodermite Nécrosante**



(Collection HALD) **Figure 8 : Dermohypodermite non nécrosante**

II.1.2. Les dermatoses spécifiques

II.1.2.1. Tuberculose cutanée

La tuberculose cutanée est une dermatose infectieuse due à *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (BK). Il s'agit de 2 % des atteintes de la tuberculose. Le grand polymorphisme clinique et la méconnaissance de la tuberculose cutanée en font une maladie difficile à reconnaître, que ce soit dans les pays à forte endémicité tuberculeuse ou dans les pays développés où elle resurgit. Les conditions de vie précaires, la promiscuité, la co-infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les formes cliniques les plus fréquentes sont le lupus tuberculeux (lupus vulgaris) et les scrofulodermes. Les différentes formes cliniques de cette maladie vont surtout dépendre du terrain, principalement de l'immunité du patient vis à-vis du bacille de Koch, du mode d'inoculation à la peau et de la quantité de l'inoculum bactérien.

II.1.2.1.1. Formes cliniques

❖ Chancre tuberculeux

Rare, il est observé chez les enfants et les nourrissons et résulte de l'inoculation cutanée de *Mycobacterium tuberculosis* chez un sujet non immun. Il est en général situé sur les membres inférieurs ou la face, mais a également été décrit sur les muqueuses oro-génitales. La contamination fait suite à une blessure directement infectante ou à l'infection d'une plaie souillée, voire à une contamination orale (bouche à bouche, lait infecté). En une à trois semaines, un petit nodule érythémato violacé apparaît puis s'ulcère avec décollement des bords, 3 à 6 semaines après l'inoculation, une extension lymphatique est alors visible avec lymphangite et adénopathies régionales indolores. Celles-ci vont se ramollir et se fistuliser à la peau, en quelques mois. Il n'y a pas de signes généraux. L'évolution est spontanément favorable même si, en l'absence de traitement, la maladie peut persister plusieurs mois et toucher d'autres organes, voire aboutir à un lupus vulgaire. (IDR) à la tuberculine va se positiver car elle est négative en début de maladie. Initialement, l'histologie montre un important infiltrat inflammatoire

non spécifique du derme, fait principalement de polynucléaires neutrophiles. Les bacilles peuvent être mis en évidence à ce stade dans la lésion, mais plus difficilement avec l'évolution granulomateuse survenant en quelques semaines (figure 10).

❖ Tuberculose ulcéreuse orificielle

Devenue très rare, cette affection se localise au niveau des orifices naturels (narines, bouche, anus et urètre) et fait suite à une auto-inoculation. Elle touche généralement des adultes de sexe masculin qui présentent un foyer évolutif pulmonaire, digestif ou urinaire. La lésion se situe volontiers dans la bouche (en particulier sur la langue) ou aux lèvres. Elle est habituellement unique, superficielle et particulièrement douloureuse. Les bords sont irréguliers, violacés et le fond est fibrino-purulent. (Figure 13)

Histologiquement, il existe un infiltrat inflammatoire massif et non spécifique où l'on peut individualiser le bacille. Les cultures sont souvent positives. Lorsque la lésion est chronique, un granulome apparaît et le bacille est alors difficilement mis en évidence.

❖ Les scrofulodermes :

Sont des abcès froids tuberculeux, satellites de foyers ganglionnaires et ostéo-articulaires, qui ont fistulisé à la peau. Historiquement, les abcès froids tuberculeux se manifestaient comme des nodules fermes sous-cutanés, mobiles au départ ; c'est le stade de crudité. Puis les nodules se ramollissent pour former des abcès fluctuants indolores ; c'est le stade du ramollissement.

La peau se perfore secondairement avec formation d'ulcères déprimés à bords pourpres et irréguliers, d'aspect décollé, à fond granuleux jaunâtre et de fistules déchargeant un pus séro-grumeleux : c'est le stade de l'ulcération. Les cicatrices se forment, hypertrophiques, en brides irrégulières, donnant l'aspect de "cordes" en pont au-dessus de l'ulcère : c'est le stade de la cicatrisation

Les scrofulodermes surviennent habituellement à l'âge adulte et se retrouvent également dans les deux sexes. La lésion est le plus souvent unique. Leur taille est moyenne, de 3 à 5 cm, les fistules issues de l'abcès peuvent se ramifier dans les gaines tendineuses et les zones sous aponévrotiques. En surface, les orifices confluent formant de vastes ulcérations. Ces abcès se retrouvent préférentiellement sur le tronc et le cou. Le diagnostic paraclinique se base sur : la PCR, Le GeneXpert, et la biopsie cutanée où on retrouve un granulome tuberculeux avec nécrose caséuse en son centre.

❖ **Gommes tuberculeuses :**

Les gommes tuberculeuses sont des lésions rares, à types d'abcès froids tuberculeux, métastatiques. La dissémination du BK dans les tissus sous-cutanés se fait lors d'une bactériémie, à partir d'un foyer tuberculeux à distance. Les gommes sont souvent multiples, asymétriques, fréquemment situées sur les membres et de taille variable (de 3 à 10 cm de grand axe). D'autres localisations possibles sont la paroi thoracique, les fesses, le front et la verge (Figure 14).

❖ **Tuberculose verruqueuse**

Cette forme de tuberculose cutanée fait suite à une réinfection exogène (impliquant une sensibilisation antérieure). Certaines professions sont plus exposées à cette forme cutanée : éleveurs de bétail, employés des abattoirs, professions médicales et paramédicales. Le type de description est la verrue du prosecteur de Laennec. La lésion est souvent unique, indolore, siégeant préférentiellement sur les mains mais également rencontrée sur la face ou sur la région péri-anale. Elle peut, dans certains cas, être associée à des adénopathies. De taille et de forme variable, elle se traduit par un halo inflammatoire entourant un placard violacé, papillomateux et kératosique. Un exsudat séreux ou purulent peut sourdre à la pression de cette lésion. L'évolution est lente en tache d'huile (Figure 12).

❖ **Lupus vulgaire**

C'est une forme de tuberculose cutanée qui survient chez un patient ayant déjà été en contact avec le bacille. Cette forme est rare sous les tropiques et prédomine dans les pays industrialisés. Elle se rencontre plus fréquemment chez la femme. La lésion élémentaire, le lupome, est un micronodule dermique mou, plan ou légèrement papuleux, jaunâtre ("gelée de pomme" à la vitropression). L'évolution se fait vers l'affaissement central (laissant une cicatrice) avec des lésions qui peuvent s'ulcérer et être très délabrantes, ou devenir marron et croûteuses (Figure 11).

L'IDR est positive, témoin de la réactivation de la maladie tuberculeuse. Histologiquement, il existe un granulome tuberculoïde, mais la nécrose caséuse est rarement retrouvée. La recherche des bacilles à l'examen direct ainsi que la culture sont souvent négatives. Le diagnostic de cette affection est donc difficile, d'autant que l'histologie est peu contributive [111].



Figure 9 : Chancre tuberculeux [40]



(Collection HALD)

Figure 10 : Lupus tuberculeux



(Collection HALD)

**Figure 11 : Tuberculose
verruqueuse**



(Collection HALD)

Figure 12 : Tuberculose orificielle



(Collection HALD)

Figure 13 : Gomme tuberculeuse

II.1.2.1.2. Traitement tuberculose cutanée

Tableau I : Molécules recommandées par l'OMS

Antibiotique	Posologie
Isoniazide (H)	5-10 mg/kg
Rifampicine (R)	10-20 mg/kg
Pyrazinamide (Z)	30 mg/kg
Éthambutol (E)	15-25 mg/kg
Streptomycine (S)	15 mg/kg

Tableau II : Traitement recommandé par l'OMS

Nouveaux cas adulte/enfant > 10 ans	Nouveaux cas enfant < 10 ans	Retraitement
RHZE 2 mois	RHZ 2 mois	SRHZE 2 mois
RH 4 mois	RH 4 mois	RHZE 6 mois

II.1.2.2. La lèpre

La lèpre (ou maladie de Hansen) est une infection liée à *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) dont la prévalence a considérablement diminué depuis l'application des nouvelles stratégies anti-lépreuses préconisées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

❖ Lèpre indéterminée

Survient chez l'enfant ou adolescent sous forme de macule hypochromique à contours flous avec un nombre limité : 1 à 3, se localisant le plus souvent au niveau du visage, épaule, fesse, ubiquitaire, la Sensibilité reste normale, tandis qu'on peut retrouver une hypoesthésie, une sudation normale ou abaissée, et on note une absence de l'atteinte nerveuse dans cette forme (Figure 15).

La bacilloscopie dans cette forme est négative, et à l'histologie on retrouve un Infiltrat lympho-histiocytaire, peri-vasculaire, péri-annexiel et péri-nerveux.

❖ **Lèpre tuberculoïde (TT)**

Se manifeste sous forme de plaques hypochromiques ou cuivrées au nombre de 1 à 5 de siège ubiquitaire, asymétrique, avec troubles de la sensibilité et hypertrophie des gros nerfs (Figure 16).

La bacilloscopie est négative et à l'histologie on retrouve un granulome épithélioïde giganto-cellulaire sans nécrose péri nerveux, péri-annexiel et péri vasculaire au contact de la membrane basale.

❖ **Lèpre borderline tuberculoïde**

Plaques annulaires infiltrées au nombre de 10 à 20 avec trouble de la sensibilité, et lésions satellites, on retrouve une hypertrophie des nerfs

Et un déficit moteur et sensitif (Figure 16).

À l'histologie on retrouve un granulome épithélioïde, présence de cellule de Langhans, la membrane basale respectée, coloration Ziehl Neelsen positive.

❖ **Lèpre borderline borderline**

Plaque annulaire érythémateuse, infiltrée avec bordure interne saillante et bordure externe floue, le nombre de lésions peut dépasser 25 lésions asymétrique avec une sensibilité normale ou abaissée. Atteinte nerveuse se manifestant par une hypertrophie des nerfs (Figure 17).

À l'histologie on retrouve un granulome épithélioïde, sans couronne lymphocytaire, présence de bande de Unna.

❖ **Lèpre borderline lépromateuse**

Se manifeste sous forme de plaques, papules ou nodules annulaires ou en arabesques, nombreuses avec surface luisante et tendance à la symétrie, l'esthésie est conservée ou diminué dans certains cas avec existence de névrite hypertrophique

À l'histologie on a un granulome fait de macrophages spumeux, de cellules épithélioïdes de grande taille et Bande de Unna.

❖ Lèpre lépromateuse lépromateuse

Macules infiltrées hypochromes, cuivrées, symétriques, peut se localiser partout (localisation le plus souvent au lobule des oreilles), avec atteinte des muqueuse, érythème Noux et poly-neuropathie (Figure18).

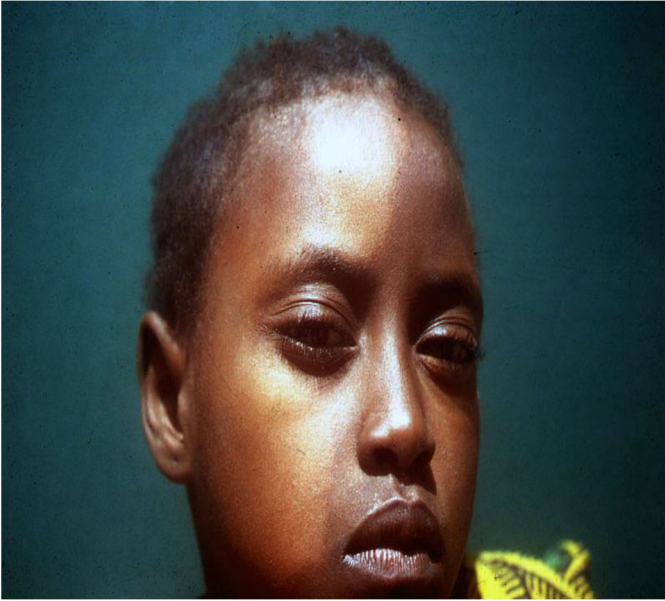
À l'histologie : granulome histiocytaire avec cellules de Virchow respectant une bande claire sous épidermique (bande acellulaire de Unna) et présence de *M. leprae*.

La PCR est positive dans 90 % des formes lépromateuse.

Le traitement ; est basé sur l'Indications de l'OMS.

Tableau III : Traitement antilépreux selon l'OMS

Lèpre PB	Lèpre MB
Chez l'adulte :	Chez l'adulte :
<ul style="list-style-type: none">▪ rifampicine : 600 mg/mois (supervisé) ×6 mois ;▪ dapsonne : 100 mg/j (autoadministré) ×6 mois ;	<ul style="list-style-type: none">▪ rifampicine : 600 mg/mois (supervisé) ×12 mois ;▪ clofazimine : 300 mg/mois (supervisé) ×12 mois + 50 mg/j (autoadministré) ×12 mois ;▪ dapsonne : 100 mg/j (autoadministré) ×12 mois ;
Chez l'enfant de plus de 10 ans :	Chez l'enfant de plus de 10 ans :
<ul style="list-style-type: none">▪ rifampicine : 450 mg/mois (supervisé) ×6 mois ;▪ dapsonne : 50 mg/j (autoadministré) ×6 mois.	<ul style="list-style-type: none">▪ rifampicine : 450 mg/mois (supervisé) ×12 mois ;▪ clofazimine : 150 mg/mois (supervisé) ×12 mois + 50 mg 1 jour sur 2 (autoadministré) ×12 mois ;▪ dapsonne : 50 mg/j (autoadministré) ×12 mois.



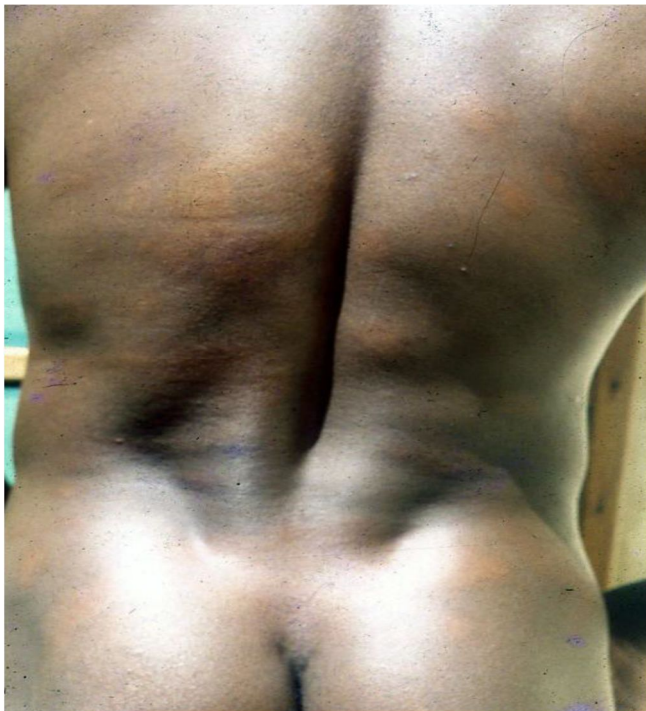
(Collection HALD)

Figure 14 : Lèpre indéterminée



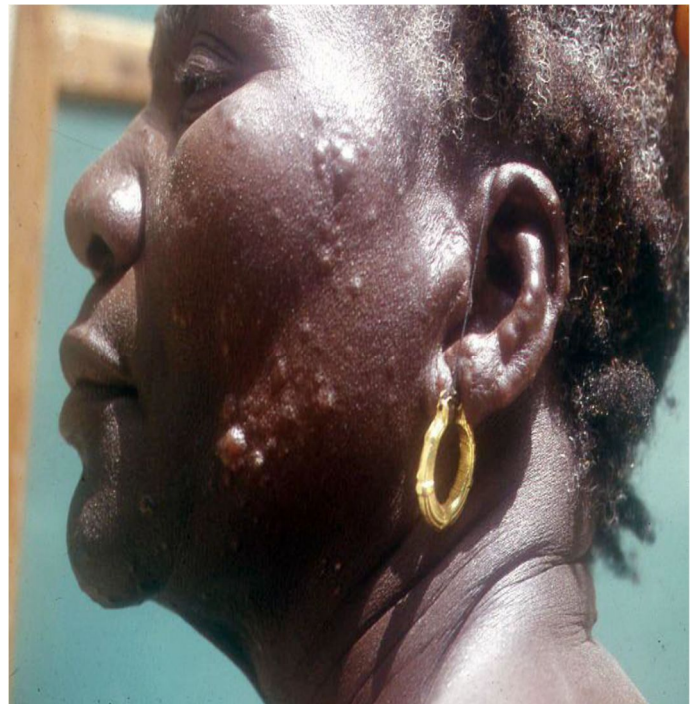
(Collection HALD)

Figure 15 : Lèpre tuberculoïde



(Collection HALD)

Figure 16 : Lèpre borderline borderline



(Collection HALD)

Figure 17 : Lèpre lépromateuse

II.1.2.3 Syphilis

La syphilis est une infection bactérienne causée par *Treponema pallidum*, sous-espèce pallidum. La transmission se fait par contact sexuel vaginal, anal ou oro-génital, Par transmission de la mère infectée à son enfant par voie transplacentaire ou lors de l'accouchement, par contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses.

Non traitée, la syphilis peut évoluer en trois stades cliniques : primaire, secondaire et tertiaire.

II.1.2.3.1 Aspects cliniques

Tableau IV : histoire naturelle de la syphilis

Stade	Manifestations cliniques les plus fréquentes
Primaire : Survient après une incubation de 10 à 90 jours, en moyenne 3 semaines	Le chancre : ulcère superficiel, induré, aux contours réguliers, de taille variable, indolore, localisé au site d'inoculation : région génitale, anorectale ou oropharyngée Ulcère le plus souvent unique Adénopathies régionales Régression spontanée en 3 à 6 semaines.
Secondaire : Survient de 4 à 10 semaines, parfois plusieurs mois, après l'apparition du chancre	Rash diffus Le plus souvent d'aspect maculopapuleux, mais peut prendre diverses formes Peut inclure la paume des mains et la plante des pieds. Régression spontanée en 3 à 12 semaines, puis début de la phase de latence : Syndrome grippal avec ou sans adénopathies généralisées.
Syphilis latente Début de l'infection situé à moins d'1 an	Aucune manifestation clinique. Le diagnostic repose sur les analyses sérologiques.
Tertiaire: en moyenne de 5 à 30 ans après l'acquisition de l'infection	Différentes formes possibles Non traitée, la maladie peut évoluer vers le stade tertiaire Syphilis cardiovasculaire, gomme syphilitique, neurosyphilis.

Traitement du syphilis primaire et secondaire : Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, en dose unique.

De durée inconnue : Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, 1 fois par semaine pour 3 doses [19,34].



(Collection HALD)

Figure 18 : Chancre syphilitique



21/05/2015 DCEM 3 2015 50



(Collection HALD)

Figure 19 : Syphilide palmaire



(Collection HALD)

Figure 20 : syphilis papuleuse

II.2. Les dermatoses virales

II.2.1. Les dermatoses virales non tumorales

II.2.1.1 Rougeole

La rougeole est une maladie hautement contagieuse se caractérisant par un exanthème généralisé associé à des symptômes respiratoires tels que toux, rhinite, conjonctivite et à un état fébrile.

❖ Période d'incubation

D'une durée habituelle de 10 à 11 jours, variant de 7 à 18 jours, elle est cliniquement muette. Cependant, une fièvre modérée et de discrets signes respiratoires ont pu être observés peu après la contamination.

❖ Période d'invasion

Elle dure de 2 à 4 jours, marquée par une fièvre avec asthénie, anorexie et malaises, céphalées, troubles du sommeil et modification du comportement. Dans les 24 heures apparaît le catarrhe, suivi de peu par l'érythème. L'érythème apparaît 2 jours avant le début de l'éruption. L'examen de la bouche recherche le signe de Koplik, comme de petits éléments blanc bleuâtre punctiformes reposant sur une base érythémateuse d'un rouge brillant en nombre variable, s'accroissant en quelques heures, ces éléments siègent à la face interne des joues en regard des dernières molaires. Le signe de Koplik est pathognomonique de la rougeole. Il existe fréquemment un érythème ou un piqueté purpurique du voile du palais, des piliers amygdaliens et de la partie postérieure du pharynx.

❖ Période d'éruption

Exanthème qui apparaît 14 jours après le comptage, très caractéristique tant par son aspect que par son évolution. C'est une éruption érythématomaculeuse faite d'éléments roses ou rouges, arrondis, de contours irréguliers, mesurant moins de 1 cm de diamètre, distincts les uns des autres et laissant des intervalles de peau saine. Ils s'effacent à la pression. Ils peuvent parfois prendre un aspect papuleux (figure 22). L'aspect en relief est de grande valeur pour le diagnostic de rougeole

chez les sujets de race noire. Il n'y a pas de prurit. Un aspect purpurique, ou même ecchymotique, peut être observé. L'éruption apparaît derrière les oreilles, à la racine des cheveux, et à la partie supérieure du cou. Elle atteint la face dès le 1er jour, puis le 2e jour, s'étend vers la partie inférieure du corps, au cou, au thorax et aux membres supérieurs. Le lendemain elle gagne l'abdomen et les cuisses pour être diffuse au 4e jour. Puis l'éruption disparaît dans un ordre chronologique identique à celui de son apparition. L'exanthème dure 6 jours, parfois moins longtemps (3 jours).

❖ Période de desquamation

Les éléments cutanés s'effacent, laissant place à des taches bistres d'intensité variable précédant une desquamation le plus souvent fine, furfuracée, passant inaperçue [23].

En l'absence de complication nécessitant une hospitalisation, le maintien du patient à domicile est requis jusqu'à quatre jours après l'apparition du rash cutané, avec un traitement symptomatique :

- Lutte contre la fièvre
- Apport hydrique suffisant
- Désinfection nasale et oculaire.
- Les antibiotiques sont réservés au traitement des infections oculaires, auriculaires ou pulmonaires
- Antihistaminique

La vaccination contre la rougeole peut être effectuée seule ou combinée avec oreillons et rubéole (ROR). Elle nécessite 2 doses [57].

II.2.1.2. Roséole

Encore parfois surnommée exanthème subit ou sixième maladie, maladie contagieuse. Le principal agent en cause est l'herpès virus de type 6 (HHV6), plus

rarement de type 7, les nourrissons sont protégés jusqu'à l'âge de 6 mois par les anticorps maternels.

La maladie confère une immunité durable (pour chacun des virus) et La transmission est directe, par voie respiratoire ; le contaminateur excrète le virus dans sa salive.

L'incubation dure 5 à 15 jours [19].

La phase éruptive est caractérisée par un exanthème maculopapuleux (assez semblables à celles de la rubéole), siégeant au niveau du tronc et des joues, disparaissent entre 12 et 24 heures (caractère fugace) ; suivie d'une apyrexie contemporaine très caractéristique. On retrouve souvent des adénopathies cervicales.

La prise en charge est habituellement ambulatoire.

Le traitement est essentiellement symptomatique

L'éviction scolaire n'est pas obligatoire.

Il n'existe pas à ce jour de vaccin dirigé contre ce virus [34].

II.2.1.3. Syndrome « pieds-mains-bouche »

Le syndrome pieds-mains-bouche est une maladie infectieuse bénigne causée le plus souvent par un virus coxsackie A16 ou un entérovirus 71, parfois par d'autres coxsackies A ou B.

Il s'agit en règle d'un enfant, vu en fin d'été. Les signes généraux sont le plus souvent discrets.

La lésion élémentaire est caractéristique : petite macule érythémateuse centrée par une vésicule ovalaire ou linéaire de couleur grisâtre, inférieure à 5 mm habituellement. Ces lésions sont rapidement érosives dans la cavité buccale, occasionnant quelques fois une dysphagie (figure 23).

Peu souvent, l'exanthème peut être plus diffus papuleux ou vésiculeux, avec atteinte prédominant aux fesses, aux convexités des membres. La guérison est spontanée en 7 à 10 jours [96].



Figure 21 : Éruption Érythématomaculeuse [2]



Figure 22 : Syndrome main pied bouche [36]

II.2.1.4. Infection a herpes virus

❖ La gingivo-stomatite herpétique aiguë

Due à HSV1, survient le plus souvent chez le petit enfant à partir de 6 mois, quand les anticorps maternels ont disparu. Après une incubation de 3 à 6 jours, elle apparaît dans un contexte de malaise général avec fièvre. L'examen montre sur les gencives tuméfiées et saignantes et sur la muqueuse buccale des érosions grisâtres, serties d'un liséré rouge, coalescentes en ulcérations polycycliques, couvertes d'un enduit blanchâtre. Quelques vésicules groupées en bouquet ou déjà croûteuses sont visibles sur les lèvres ou le menton (figure 24). L'haleine est fétide, l'alimentation impossible. Il existe des adénopathies cervicales sensibles. L'évolution est favorable en 10 à 15 jours. Le diagnostic est parfois difficile avec un syndrome de Stevens-Johnson, une aphtose, une stomatite candidosique ou à virus coxsackie.

❖ Herpès génital

L'herpès génital est, de toutes les maladies sexuellement transmises, la plus prévalente. Par sa capacité à causer une symptomatologie pénible et récidivante et à perturber les relations intimes de l'individu.

○ Primo-infection herpétique génitale Chez la femme jeune :

C'est une vulvovaginite aiguë, extrêmement douloureuse et brutale, accompagnée de fièvre et malaise général. L'efflorescence des vésicules sur la muqueuse vulvaire tuméfiée est éphémère et on constate surtout des érosions arrondies à contours polycycliques, parfois aphtoïdes, s'étendant aussi vers l'anus. Des lésions herpétiques coexistent souvent sur les parois vaginales et le col, mais les douleurs rendent l'examen gynécologique quasi impossible. Elles débordent fréquemment sur le versant cutané, vers la racine des cuisses, le pubis et les fesses. Les adénopathies inguinales sensibles sont constantes, la rétention d'urine fréquente, l'exacerbation des douleurs par la miction très pénible. La cicatrisation spontanée demande 2 à 3 semaines (figure 28).

- Chez l'homme, la primo-infection herpétique est moins intense. Une atteinte anale isolée, ou une anorectite érosive aiguë, sont possibles dans les deux sexes (figure 30).

❖ **Herpes labial :**

Avant son apparition, le patient ressent généralement des picotements sur la zone concernée, qui durent de quelques minutes à quelques heures, suivis par une rougeur et un gonflement. Des vésicules remplies de liquide se forment habituellement, avant de se rompre et de laisser place à des ulcérations (figure 24) Ces lésions se transforment rapidement en croûte. Celle-ci tombe au bout de 5 à 10 jours, signant la fin de l'épisode. Moins fréquemment, les picotements et la rougeur apparaissent sans qu'il y ait formation ultérieure de vésicules [60]. La PCR est un test plus sensible que la culture virale pour identifier l'ADN du virus herpès simplex. Des analyses de sang pour rechercher les anticorps contre l'HSV peuvent également être utiles.

Le traitement de la primo-infection est : aciclovir per os (200 mg × 5 fois/j pour 10j) ou IV (5 mg/kg/8 h) ; ou valaciclovir per os (500 mg × 2 fois/j 10j) [6].



Figure 23: Gingivo-stomatite herpétique aigue [69]



Figure 24 : Primo infection herpétique genitale [69]



Figure 25 : Herpès labial [69]



Figure 26 : Ulcérations péri-anales herpétiques chez un sujet présentant une infection par le VIH

II.2.1.5 Varicelle et zona

❖ Varicelle

Les arguments du diagnostic sont :

- L'âge de survenue : enfant d'âge scolaire, n'ayant pas déjà eu la varicelle et non vacciné ;
- Les signes d'accompagnement : fébricule (38–38,5 °C) et malaise général, inconstants et modérés ;
- L'aspect de l'éruption : elle se présente au début sous forme de macules rosées, en nombre variable, vite surmontées d'une vésicule en « goutte de rosée » très évocatrice. Dès le lendemain, le liquide se trouble, la vésicule s'ombilique et dans les 3 jours, elle se dessèche, formant une croûte qui tombe en une semaine, laissant une tache hypopigmentée transitoire, parfois une cicatrice atrophique. Le rôle favorisant du grattage sur les cicatrices est controversé. Sur les muqueuses buccale et génitale, la varicelle se présente sous forme d'érosions arrondies, de quelques millimètres de diamètre, bien séparées les unes des autres (figure 29).
- La topographie de l'éruption : elle atteint d'abord le cuir chevelu, en particulier la région de la nuque, puis le tronc et les muqueuses, puis s'étend aux membres avec respect des régions palmoplantaires et, enfin, au visage.

Le traitement est symptomatique dans les formes habituelles sans surinfections, avec isolement et éviction scolaire.

La vaccination antivarielleuse est indiquée chez :

- Enfants sans antécédent d'infection varicelle-zona avec risques
- Personnel soignant en contact étroit avec des enfants immunodéprimés.

❖ Zona

Le zona est une éruption cutanée douloureuse causée par une infection virale résultant de la réactivation du virus varicelle-zona, lequel est responsable de la varicelle

Elle se manifeste par :

Des lésions vésiculeuses, des placards érythémateux précèdent les vésicules, à liquide clair, groupées en bouquet sur fond érythémateux, confluant parfois en bulles polycycliques (figure 31). Après 2 ou 3 jours, les vésicules se flétrissent puis se dessèchent et deviennent croûteuses ou érosives, parfois nécrotiques. Les croûtes tombent une dizaine de jours plus tard (figure 30). Il peut persister des cicatrices atrophiques et hypochromiques. Unilatéralité et caractère métamérique des lésions La topographie radiculaire, unilatérale, est très évocatrice. Elle peut Douleurs radiculaires Unilatérales, à type de brûlure, parfois plus vives peuvent précéder de 3 ou 4 jours l'éruption et sont alors particulièrement trompeuses. Elles accompagnent l'éruption et disparaissent à sa guérison. Certaines peuvent persister bien au-delà ou apparaître plus tardivement : algies post-zostériennes.

Topographie : Le zona peut survenir dans n'importe quel territoire. La réactivation du VZV a lieu le plus souvent dans les ganglions nerveux rachidiens. Le zona intercostal ou dorsolombaire est le plus fréquent (50 % des cas) [27].

La prise en charge est basée sur l'antibiothérapie antiviral, et la prise en charge de la douleur ;

Chez le sujet immunocompétent : famciclovir 3 x 500 mg/j ou valaciclovir 3 x 1 g/j pendant 7 jours

Chez le sujet immunodéprimé : aciclovir IV : 10 mg/kg chez l'adulte et 500 mg/m² chez l'enfant toutes les 8 heures, pendant 7 à 10 jours/valaciclovir : 500–1000 mg x 3/j

II.2.1.6. Le pityriasis rose de Gibert

Éruption cutanée écailleuse fréquente chez les jeunes adultes, c'est est une dermatose bénigne, le diagnostic est anamnestique et clinique, et d'origine virale suspecte. Le médaillon initial (inconstant) est suivi d'une efflorescence de lésion comparable de plus petite taille. Celles-ci sont typiquement ovalaires et orientées dans le dos selon l'axe des cotes avec respect des extrémités (figures 32-33).

Le diagnostic peut être plus difficile sur peau noire ou l'érythème est masqué. l'aspect ovalaire des lésions est un signe précieux [95].

Le PRG est sans gravité, il s'estompe progressivement sans aucun traitement. En cas de démangeaisons, il est recommandé de prescrire des antihistaminiques.

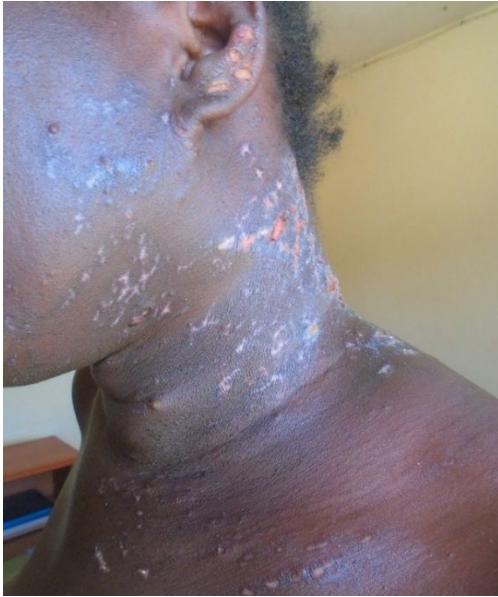


Figure 27: Varicelle [77]



(Collection HALD)

Figure 28 : Varicelle



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 29 : Zona cervico-brachial



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 30 : Zona intercostal



(Collection HALD)

Figure 31 : PRG



(Collection HALD)

Figure 32 : Macules ovalaires orientées selon l'axe du corps

II.2.2. Les dermatoses virales tumorales

II.2.2.1. Le molluscum contagiosum

Tumeur cutanée bénigne d'origine virale. L'agent responsable est un poxvirus à ADN fréquemment retrouvé chez les enfants de 3 à 16 ans, les immunodéprimés et plus rarement chez les adultes immunocompétents.

- Les lésions de Molluscum contagiosum sont caractérisées par des papules mesurant de 1 à 5 mm, lisses, en forme de dôme, et pouvant présenter une ombilication centrale. Elles peuvent être de couleur blanc nacré, rose ou chair (figure 34).
- Les lésions peuvent être isolées ou multiples et, dans ce cas, elles peuvent être groupées ou éparées au niveau des plis cutanés [92].
- Les localisations sont variées mais se retrouvent plus rarement sur les paumes des mains, la plante des pieds et les muqueuses (au niveau de la bouche, de l'œil ou des parties génitales).
- Les régions les plus touchées sont le tronc (27 %) et l'intérieur du coude (23 %), suivies par l'aisselle et la partie arrière des genoux [90].
- Chez l'adulte, l'infection est généralement transmise par voie sexuelle. Dans ce cas, les lésions sont localisées dans les régions pubienne et génitale, sur le haut des cuisses et sur la partie inférieure de l'abdomen [45].
- Le Molluscum Contagiosum est diagnostiqué par un examen clinique. La dermatoscopie permet de préciser le diagnostic et peut révéler une ombilication centrale masquée [92].
- La plupart des lésions régressent spontanément en 1 à 2 ans, pouvant persister pendant 2 à 3 ans. Le traitement du molluscum contagiosum est indiqué pour des raisons esthétiques ou pour éviter la transmission. Les options comprennent le curetage, la cryochirurgie, le traitement au laser, l'électrocautère, ou l'acide trichloracétique (solution à 25 à 40 %) [18].



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 33 : Molluscum contagiosum



(Collection HALD)

Figure 34 : Aspect généralisé Molluscum contagiosum

II.2.2.2 La maladie de Kaposi

Sarcome de Kaposi peut se définir comme un processus prolifératif mésoenchymateux concernant les cellules des systèmes sanguin et lymphatique, qui est induit par des facteurs de croissance viraux, notamment l'interleukine 6 de l'herpès virus humain type 8 (HHV8).

La maladie de Kaposi (MK) est une pathologie tumorale à expression essentiellement cutanée. Il existe quatre formes épidémiocliniques de la MK :

- La MK classique ou méditerranéenne ;
- La MK endémique africaine ;
- La MK épidémique (associée au VIH) ;
- La MK au cours des immunodépressions iatrogènes.

Les lésions se présentent sous forme de macules de couleur rouge angiomateuse ou violacée, de croissance lente, s'infiltrant progressivement, des plaques érythémateuses et violines, parfois kératosiques, des nodules angiomateux durs avec œdèmes à type de lymphœdème chronique pouvant évoluer vers un éléphantiasis. Ces lésions prennent un aspect ecchymotique, hémorragique ou pigmentée avec des douleurs parfois importantes et atteintes extra cutanées ; ganglionnaire, digestive, pulmonaire, osseuse

❖ Maladie de Kaposi épidémique (VIH)

Survient à un stade avancé d'immunodépression (en moyenne 200 CD4/mm³), elle définit le stade de Sida chez un VIH.

Caractérisée par :

- ✓ La plus grande diffusion des lésions avec l'absence de topographie prédominante. Atteinte du visage et surtout du nez (figure 36), atteinte de la muqueuse buccale (figure 37) qui est fortement corrélée à une atteinte digestive. Cette forme est caractérisée par une évolution rapide et agressive.

❖ Maladie de Kaposi africaine : MK endémique

Elle est plus fréquente en Afrique de l'Est et Centrale et survient chez des sujets jeunes avec 2 pics de fréquence :

- ✓ Entre 2–3 ans avec un sex-ratio = 1 : forme lymphadénopathique d'évolution fatale
- ✓ Entre 30–40 ans avec un sex-ratio de 10 hommes pour une femme

4 types de présentations :

- Forme nodulaire : la plus fréquente chez l'homme entre 30 et 70 ans, elle prédomine aux membres inférieurs et d'évolution lente (Figure 38).
- Forme floride, végétante, à évolution rapide, similaire à la forme épidémique et touchant les hommes entre 30 et 70 ans.
- Forme infiltrante ; agressive localement avec atteinte musculaire et osseuse ou disséminée avec atteinte viscérale.
- Forme lymphadénopathique touchant les enfants et d'évolution souvent mortelle

❖ **Maladie de Kaposi classique**

Elle survient chez l'homme (sex-ratio : 15/1), le plus souvent d'âge avancé (plus de 50 ans).

L'incidence est plus élevée dans les pays autour du bassin méditerranéen. Les lésions localisées souvent aux membres inférieurs, assez monomorphes, bilatérales et symétriques et à croissance lente avec atteinte lymphatique fréquente. L'évolution est lente avec une survie supérieure à 20 ans.

❖ **MK au cours des immunodépressions acquises iatrogènes**

- ✓ Transplantés d'organes sous immunosuppresseurs
- ✓ Chimiothérapie
- ✓ Corticothérapie au long cours

Les lésions sont souvent localisées et peuvent être d'emblée viscéraux sans atteinte cutanée associée et sont améliorées lors de la levée de l'immunodépression.

Le diagnostic de la Maladie de Kaposi est histologique : prolifération de fentes vasculaires irrégulièrement anastomosées, s'insinuant entre les amas de collagène et s'étendant autour des vaisseaux dermiques normaux ainsi que des annexes,

mêlées à des faisceaux de cellules fusiformes, à un infiltrat inflammatoire mononuclé à prédominance lymphocytaire avec des globules rouges extravasés prenant, une fois phagocytés, l'aspect de globules hyalins. L'immunomarquage HHV8 est positif.

Il n'existe pas de traitement spécifique de la Maladie de Kaposi. La prise en charge thérapeutique repose sur la restauration de l'immunité.

Le traitement de la Maladie de Kaposi liée au sida repose d'abord et essentiellement sur le traitement antirétroviral qui a considérablement modifié le pronostic de la Maladie de Kaposi.

- Si les lésions cutanées sont peu étendues, le traitement est local,
- Si les lésions cutanées sont étendues et les lésions viscérales peu évolutives, le traitement repose sur une mono chimiothérapie par bléomycine, 5 mg x 3 IM/14j
- Si les lésions cutanées sont œdématiées et les lésions viscérales graves, il repose classiquement sur une polychimiothérapie associant adriamycine, bléomycine, vincristine, mais avec le risque d'infections opportunistes et une toxicité hématologique. La réalisation d'une chimiothérapie systémique n'allonge pas la survie. Ces traitements sont difficiles à appliquer dans les PED. Un traitement non agressif par monothérapie est préférable devant ce processus prolifératif et non tumoral [16].



A : Profil (Collection HALD) **B : Face**

Figure 35 : MK épidémique atteinte du visage



(Collection HALD)

Figure 36 : Atteinte de la muqueuse buccale



(Collection HALD)

Figure 37 : Kaposi

II.2.2.3. Les papillomavirus humains (PVH)

Sont les agents de lésions cutanées (divers types cliniques de verrues) ou muqueuses (condylomes acuminés, néoplasies intraépithéliales cervicales) qui guérissent, généralement, spontanément ou après traitement [71].

➤ **Lésions cutanées**

✓ **Verrues plantaires**

- La myrmécie (HPV1) : la plus fréquente. C'est une verrue profonde, douloureuse à la pression, unique ou réduite à quelques unités. Elle est circonscrite par un épais anneau kératosique recouvrant partiellement la région centrale dont la surface kératosique est piquetée de points noirs (micro-hémorragies) (figure 39) ;
- Les verrues en mosaïque (HPV2) : la moins fréquente. Elle est non douloureuse et composées de multiples verrues se groupant en un placard kératosique.

✓ **Verrues vulgaires**

Les verrues vulgaires communes (HPV2) sont localisées principalement à la face dorsale des mains et des doigts ; elles sont rarement palmaires. Elles forment des élevures de 3 à 4mm dont la surface hémisphérique ou aplatie est hérissée de saillies villeuses kératosiques, parfois sillonnée de crevasses (figure 41).

✓ **Verrues planes communes**

Elles sont dues à HPV3. Elles siègent avec prédilection sur le visage, sur le dos des mains et sur les membres ; petites papules jaunes ou chamois à surface lisse ou finement mamelonnée, disposées linéairement (strie de grattage) ou en nappes confluentes. Elles persistent des mois ou des années mais peuvent régresser [70].

➤ **Lésions muqueuses**

✓ **Condylomes acuminés (CA)**

Ce sont les classiques crêtes de coq, masses charnues hérissées de petites verrucosités kératosiques de 0,2 à 1 cm plus ou moins profuses. Leur nombre varie de quelques-unes à plusieurs dizaines (Figure 40).

✓ **Condylomes plans**

Ce sont des macules isolées, ou en nappes ou mosaïques, de couleur rosée, parfois invisibles à l'œil nu. Elles sont mieux visualisées par l'application d'acide acétique pour apparaître blanches et bien limitées sur la muqueuse saine.

Le traitement se base sur :

- La destruction chimique par kératolytiques : très utilisée car simple et non douloureuse, (préparations à base d'acide salicylique avec protection de la peau saine périphérique).
- La Cryothérapie : Consiste en l'application d'azote liquide après décapage au bistouri de la couche cornée : elle est douloureuse surtout pour les verrues palmaires, péri- et sous-unguéales. -Laser CO2 C'est une technique efficace mais onéreuse, nécessitant une anesthésie locale et pouvant laisser une cicatrice.
- L'Électrocoagulation s'effectue sous anesthésie locale et permet soit la destruction des lésions, soit un prélèvement pour une analyse histologique.

La vaccination est disponible avec efficacité préventive [70].



Figure 38 : Myrmecie [49]



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 39 : Condylome



(Collection HALD)

Figure 40 : Verrue vulgaire

II.3. Dermatoses fongiques

II.3.1. Dermatophyties cutanées

Ce sont des infections fongiques de la couche cornée de l'épiderme, des muqueuses, des ongles, des cheveux et des poils. Elles sont fréquentes, n'entraînent pas de signes généraux et ont une évolution parfois marquée par la récurrence. Le diagnostic est avant tout clinique mais le prélèvement mycologique est l'examen fondamental pour confirmer le diagnostic et guider le traitement. Les principaux champignons responsables de mycoses superficielles sont les dermatophytes, les *Candida*, les *Trichosporon* et les *Malassezia*.

II.3.1.1. Teignes

Les teignes sont les infections du cheveu et du cuir chevelu. On distingue trois types de teignes :

❖ Teignes tondantes

✓ Teignes microsporiques.

Les teignes microsporiques sont dues à des infections par *Microsporum* en particulier *M. canis* (zoophiles) et *M. langeronii* (anthropophiles). Elles atteignent les enfants d'âge scolaire, en particulier les enfants originaires de pays tropicaux et guérissent le plus souvent spontanément à la puberté. Elles sont responsables de grandes plaques d'alopecie, érythémato-squameuses, de 1 à 3 cm de diamètre. Les cheveux sont cassés à quelques millimètres du cuir chevelu et ont un aspect grisâtre. Elles sont contagieuses et parfois impliquées dans des épidémies ou des formes familiales (figure 42).

✓ Teignes trichophytiques

Les teignes trichophytiques sont dues à des *Trichophyton* anthropophiles, essentiellement *T. tonsurans*, *T. violaceum*, *T. soudanense*. Elles atteignent les enfants d'âge scolaire et guérissent le plus souvent à la puberté (à l'exception de la trichophytie chronique de l'adulte). Elles sont responsables de petites plaques d'alopecie grisâtres (1 à 2 cm) et les cheveux sont cassés au ras du cuir chevelu. Des cheveux longs (non parasités) peuvent persister dans ces zones d'alopecie.

❖ Teignes suppurées (kérion de Celse)

Ces teignes habituellement non contagieuses, elles touchent en particulier les enfants et les hommes adultes. La contamination se fait à partir d'animaux domestiques plus souvent que par transmission interhumaine. L'enfant est atteint au niveau du cuir chevelu alors que chez l'homme, la barbe est atteinte. Ces teignes sont caractérisées par des placards ronds érythématosquameux puis inflammatoires surélevés parfois associés à des signes généraux modérés et à des adénopathies satellites sensibles. Les cheveux (ou les poils) tombent spontanément mais l'évolution se fait vers la guérison avec une repousse habituellement sans séquelles (figure 43).

❖ Favus

Le favus ou teigne favique est dû à *T. schoenleinii*, il est contagieux et la contamination est surtout familiale dans l'enfance en milieu défavorisé. La lésion caractéristique est le godet favique, petite cupule jaunâtre périfolliculaire et friable. Les godets sont constitués d'une accumulation de filaments mycéliens. La fusion des godets peut donner des lésions de grandes tailles, les croûtes faviques. L'infection évolue sur des années avec des régions d'alopecie de plus en plus visibles. Les cheveux se décollent et tombent en donnant une alopecie définitive. L'infection débute au cuir chevelu puis peuvent apparaître des lésions cutanées et unguéales (figure 44).

II.3.1.2 Intertrigos

L'intertrigo désigne une dermatose inflammatoire d'un pli et peut toucher les grands plis (axillaires, inguinaux, sous mammaires, inter- et sous-fessiers) ou les petits (interdigitaux, inter orteils).

❖ Intertrigo des grands plis

Touchent les plis inguinaux, interfessiers, axillaires et sous-mammaires. La dermatophytose inguino-crurale (anciennement eczéma marginé de Hébra), est la plus fréquente chez l'homme. L'intertrigo débute à la face interne d'une cuisse, sous le pli inguinal ; il est prurigineux et évolue vers la bilatéralisation.

La bordure est nette et inflammatoire, érythémato-vésiculeuse parfois associée à des lésions satellites (figure 45).

❖ **Intertrigo des petits plis**

L'aspect est d'abord celui d'une macération puis d'une fissuration entourée d'une peau blanchâtre épaissie. Il s'y associe un prurit parfois intense en particulier en cas de contact avec l'eau. L'atteinte de la plante peut prendre un aspect érythémato-vésiculeux. On distingue une forme hyperkératosique avec atteinte érythémateuse de la plante et des bords latéraux donnant un aspect en « mocassin ». L'évolution chronique peut conduire à un aspect de pachydermie de la plante du pied. L'atteinte des mains est moins fréquente (figure 49).

II.3.1.3 Dermatophytoses de la peau glabre

Ces dermatophytoses (anciennement nommées herpès circiné), touchent la peau glabre à tout âge et peuvent survenir sur toutes les parties du corps, en particulier les zones découvertes. Les lésions sont d'abord arrondies, maculeuses, érythématosquameuses et prurigineuses, puis elles ont une évolution centrifuge avec une bordure inflammatoire vésiculeuse et un centre plus clair (aspect possible en cocarde). La confluence de plusieurs lésions donne un aspect polycyclique (figure 47).

II.3.1.4. Onychomycoses

La localisation aux ongles des pieds est la plus fréquente et l'onychomycose succède le plus souvent à un intertrigo interdigitoplantaire. L'onychomycose débute le plus souvent au niveau du bord libre ou les bords latéraux de l'ongle et progresse vers la lunule. L'aspect est jaunâtre, la lame unguéale perd progressivement son aspect transparent, se soulève, s'épaissit et devient friable avec une surface irrégulière. L'ongle peut finalement être complètement détruit en l'absence de traitement efficace (figure 53).

II.3.1.5 Candidoses

Les candidoses sont dues à des levures du genre *Candida*, responsables d'atteintes superficielles et profondes. L'espèce majoritaire est *Candida albicans*.

❖ Intertrigos candidosiques

Ils peuvent survenir au niveau des grands plis (axillaires, sous-mammaires, inguinaux, interfessiers) et au niveau des plis interdigitaux. L'intertrigo est caractérisé par un placard rouge luisant à bord irrégulier parfois associé à une collerette de desquamation périphérique. Le fond du pli est fissuré et recouvert d'un enduit blanchâtre et des pustules satellites se développent en périphérie de la bordure.

❖ Candidose oropharyngée

La stomatite candidosique peut se localiser au niveau de la langue, du palais mais aussi de n'importe quel site dans la cavité buccale. On distingue plusieurs formes cliniques. La forme érythémateuse est caractérisée par une muqueuse érythémateuse, luisante, douloureuse, avec une langue dépapillée. Chez l'immunocompétent, la stomatite candidosique s'observe chez le nourrisson et le sujet âgé porteur de prothèse dentaire. Dans les autres situations il doit systématiquement faire évoquer une infection au virus VIH. La perlèche se localise aux commissures labiales et s'accompagne d'une sensation de brûlure ; la lésion est érythématosquameuse, parfois croûteuse avec un pli érythémateux parfois douloureux (figure 51).

❖ Candidoses génitales et anales

✓ Candidose vulvovaginale

Les principaux facteurs déclenchants, sont une antibiothérapie, la grossesse, une contraception orale, le diabète ou une immunodépression. Les signes fonctionnels associent prurit vulvaire, brûlure, dysurie et dyspareunie. À l'examen, la muqueuse est érythémateuse et œdématiée. Une leucorrhée blanchâtre « lait caillé » est classiquement décrite.

✓ **Balanoposthite candidosique**

Les signes fonctionnels sont un prurit et une brûlure de la verge. L'examen met en évidence des lésions érythématopustuleuses du gland et du sillon balanoprépuce qui s'associent à un enduit blanchâtre ; l'atteinte du prépuce s'accompagne d'un œdème local douloureux.

❖ **Onyxis et périonyxis candidosique**

Il se manifeste par une tuméfaction érythémateuse périunguée douloureuse parfois associée à un écoulement purulent à la pression. L'onyxis est l'atteinte de l'ongle et survient dans un second temps. L'atteinte primaire est proximale puis l'infection touche les bords latéraux et distaux. L'ongle s'épaissit et s'opacifie progressivement (aspect jaune, verdâtre ou marron) et devient friable avec parfois perte totale de l'ongle (figure 50).

II.3.1.6 Pityriasis versicolor

Cette éruption est fréquente dans les deux sexes, en particulier chez l'adulte jeune. Elle est due principalement à *Malassezia furfur*. La lésion élémentaire est une petite macule arrondie de couleur brun ou chamois sur peau claire ; sur peau pigmentée, la lésion est hypochromique. La lésion est recouverte de fines squames que l'on peut détacher facilement à la curette (signe du copeau). Les macules peuvent finir par confluer en placards étendus (figure 52). Les localisations préférentielles sont le tronc et la racine des membres supérieurs et le cou, plus rarement les membres et la tête. Un prurit peut accompagner l'éruption [55].

✓ Le diagnostic des dermatophyties est avant tout clinique, néanmoins ; un examen paraclinique des lésions est essentiel avant la mise en œuvre d'un traitement :

- L'examen des lésions en lumière ultraviolette (lampe de wood)
- Prélèvement de squames (grattage), de cheveux ou d'ongles atteints [46].

Le traitement actuel est bien codifié, lorsqu'il s'agit d'une teigne la griséofulvine est privilégiée, lors d'une atteinte unguéale la terbinafine est la molécule de choix. Les traitements locaux font appel surtout aux azolés, parfois à la terbinafine et à la ciclopiroxolamine [79].



Figure 41 : Teigne tondante microsporique [115]



Figure 42 : Kérion [31]



Figure 43 : Favus [53]



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 44 : Dermatophytie plis sous mammaire



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 45 : Eczema marginé de Hebra



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 46 : Herpes circiné



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 47 : Dermatophytie



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 48 : Intertrigo des orteils



Figure 49 : Péri-onyxis [35]



Figure 50 : Candidose buccale [22]



**Figure 51 : Pityriasis versicolor
[1]**



Figure 52 : Onychomycose [37]

II.3.2. Mycoses profondes

II.3.2.1. Mycoses sous-cutanées

II.3.2.1.1. Eumycétomes

Les mycétomes fongiques (eumycétomes) se traduisent par une infection lentement évolutive des tissus sous-cutanés résultant du développement de champignons de différents genres, tous saprophytes du sol et de végétaux épineux des régions semi-désertiques sub-tropicales. Cela explique la localisation préférentielle au pied (dit de Madura) (figure 54), mais toutes les topographies peuvent s'observer (main, cuir chevelu, fesses, épaules, scrotum). L'incubation est de quelques semaines à plusieurs années après la contamination d'origine transcutanée. Progressivement et de manière indolore se développe une tuméfaction sous-cutanée qui se fistulise, avec émission d'un matériel sérosanglant contenant des granules variant de couleur selon l'agent pathogène. Sans traitement, la lésion progresse atteignant le fascia, le muscle et l'os. À la phase de tuméfaction, l'aspect peut faire suspecter une cellulite à pyogènes, mais l'absence de fièvre, de douleur et une évolution très lente sont rapidement évocatrices [83].

Le traitement de première intention d'un mycétome fongique nécessite un traitement antifongique : itraconazole 400 mg/j pendant 3 mois, puis 200 mg pendant 9 mois, avec un traitement chirurgical le plus complet possible des lésions : exérèse, débridements suivant itératifs, amputation suivant l'importance des lésions. Un suivi régulier pendant au moins 3 ans est impératif en raison des récurrences.

II.3.2.1.2. Histoplasmosse cutanée

L'agent responsable de l'histoplasmosse est un champignon dimorphique encapsulé, *Histoplasma capsulatum* var *duboisii*.

Dans l'histoplasmosse africaine, l'atteinte cutanée est dominante et se traduit par des papules ombiliquées, pouvant simuler des molluscums contagiosum ou une cryptococcose, par des nodules abcédés, ou des ulcérations torpides. Les adénopathies sont souvent associées et volontiers fistulisées. Les lésions

ostéoarticulaires touchant préférentiellement les membres inférieurs, le crâne et les côtes comportent des gommages ou des abcès simulant une tuberculose (figure 58). Le traitement de l'histoplasmosse est basé sur l'itraconazole 200 mg, 2 fois/j, 12 semaines AmB desoxycholate (0,7-1 mg) ou AmB liopsomiale (5 mg), 1 à 2 semaines, puis itraconazole, 200 mg, 2 fois/j 12 mois.

II.3.2.1.3 Cryptococose cutanée

Le tableau clinique diffère selon l'immunité du malade. En cas d'immunodépression, l'atteinte est le plus souvent disséminée et les lésions inaugurales concernent volontiers les méninges ou les poumons. L'atteinte cutanée révèle parfois l'infection : les lésions sont typiquement papuleuses ou nodulaires, d'évolution ombiliquée parfois ulcérée et sont volontiers distribuées aux zones découvertes (figure 57). Le diagnostic différentiel est constitué par l'histoplasmosse et les molluscums contagiosums [83].

Un traitement antifongique agressif est mis en place à base d'amphotéricine B (0,7-1 mg/kg/j) associé à la flucytosine [106].



(Collection HALD)

Figure 53 : Pied de Madura



(Collection CHR Ziguinchor)

Figure 54 : Mycétome sur l'aile du nez



(Collection HALD)

Figure 55 : Mycétome cuisse



Figure 56 : Cryptococcose [100]



Figure 57 : Histoplasmosse [41]



Figure 58 : Histoplasmosse chez un patient présentant une infection au VIH [84]

II.4. Dermatoses parasitaires

II.4.1. La gale

La gale humaine est une affection contagieuse de la peau, qui se transmet le plus souvent par contact humain direct. Elle est due à un parasite acarien, le sarcopte, qui pénètre la couche superficielle de la peau [74]. Elle se manifeste au premier plan par un prurit intense à recrudescence nocturne. On peut retrouver de manière inconstante des lésions spécifiques. La lésion cutanée la plus caractéristique est le sillon scabieux (tunnel creusé par la femelle dans la couche cornée pour y déposer ses œufs), les autres lésions sont les vésicules perlées (base érythémateuse et vésicule translucide) qui siègent aux espaces interdigitaux des mains principalement et les nodules scabieux (rouge/brun cuivré et infiltré à la palpation), situés surtout au niveau des organes génitaux de l'homme. À noter que le visage est épargné (figure 60). Chez le nourrisson, les lésions sont peu spécifiques et peuvent être sans prurit. Les plus caractéristiques sont des vésicules ou des pustules palmo-plantaires et des papulo-pustules ou nodules axillaires. Le visage peut être atteint.

❖ Gale profuse et hyperkératosique

Il s'agit des formes les plus contagieuses.

Gale profuse : Éruption papulo-vésiculeuse, érythémateuse, prurigineuse et sans sillon. L'atteinte du dos est fréquente. Cette forme est retrouvée fréquemment chez les personnes âgées grabataires vivant en collectivité (figure 61).

La gale hyperkératosique se manifeste par une érythrodermie et une hyperkératose qui peut s'étendre sur toute la surface corporelle, y compris le visage et le cuir chevelu. Le prurit est discret, voire absent. Les personnes immunodéprimées (corticothérapie, infection VIH) et les personnes âgées sont préférentiellement touchées par cette forme (figure 62).

❖ **Gale dite des « gens propres »**

Elle se manifeste par la seule présence d'un prurit sans lésion. La notion de contagion et de prurit familial font suspecter le diagnostic [86]. L'évolution sous traitement est favorable, sans traitement adapté, elle se complique chez les enfants par une glomérulonéphrite post streptococcique. Le traitement repose sur :
→ **l'ivermectine**, en prise unique, à la dose de 200µg/kg le matin à jeun avec de l'eau sans manger pendant les 2 heures suivantes, soit 1 à 4 cp en fonction du poids. Ce traitement est à renouveler 10 à 15 jours plus tard.

Il peut être associé à un traitement local :

→ **benzoate de benzyl** deux applications à 24 heures d'intervalle avec un rinçage entre les 2 applications ou 2 applications successives à 10 minutes d'intervalle avec un séchage entre les 2 applications puis rinçage après 24 heures [5].



(Collection HALD)

Figure 59 : Lésion de gale au niveau des OGE et main



(Collection HALD)

Figure 60 : Gale profuse



Figure 61 : Gale norvegienne [11]



(Collection HALD)

Figure 62 : Gale chez l'enfant (papulo-pustuleuse)

II.4.2. Larva migrans

Les larvas migrans sont le résultat de la migration sous la peau de larves d'helminthes d'animaux qui ont pénétré accidentellement chez l'homme et se trouvent en impasse parasitaire. Les larves migrent un certain temps puis s'immobilisent, meurent in situ et sont lysées [62].

La pénétration transcutanée de larve peut entraîner l'apparition de papules ou de vésicules d'où part un trajet serpigneux, érythémateux et prurigineux, s'allongeant d'environ 3 cm par jour (figure 64). Les lésions, responsables d'un prurit féroce, non traitées, disparaissent en quelques semaines. Elles sont localisées aux régions cutanées qui ont été en contact avec le sol [68].

Il est uniquement médical. Deux molécules peuvent être prescrites :

- Ivermectine : 200 µg/kg en une prise unique ;
- Albendazole : un comprimé à 400 mg pendant 3 jours, en alternative.

Chez le jeune enfant de moins de 15 kg.

La tentative d'extraction de la larve est aléatoire, douloureuse et inutile.



Figure 63 : Larva migrans [76]



(Collection chr Ziguinchor)

Figure 64 : Larva migrans avant-bras

II.4.3. Pédiculose de la tête

Le pou de la tête *Pediculus humanus capitis* est un insecte hématophage de la taille de (1-3 mm), allongé, plat, sans ailes, possédant une pièce buccale cachée dans la structure de la tête, la lente vide reste fermement attachée au cheveu pendant plusieurs mois. Dans la plupart des climats, les poux ne restent pathogènes que quelques heures lorsqu'ils sont éloignés du cuir chevelu [63]. Le diagnostic est basé sur la notion d'un prurit du cuir chevelu, diffus ou à prédominance rétro-auriculaire pouvant s'étendre vers la nuque.

L'examen clinique met en évidence des lésions de grattage du cuir chevelu et de la nuque et/ou des lésions croûteuses surinfectées associées parfois à des adénopathies cervicales.

Le diagnostic de certitude repose sur la découverte des poux vivants (visibles à l'œil nu et très mobiles). Elles sont plus faciles à mettre en évidence dans les régions rétro-auriculaires [44].

❖ Pédiculose du corps

Le pou du corps *Pediculus humanus humanus* a une morphologie similaire à celle du pou de la tête et il est à peine plus grand (2-4 mm) peut survivre trois jours sans se nourrir dans les coutures des vêtements. L'infestation se manifeste par un prurit chronique qui peut mener à des lésions de grattage et à une lichénification et une hyperpigmentation de la peau. Les surinfections bactériennes sont fréquentes. Le diagnostic est généralement posé par la mise en évidence de lentes dans les vêtements, surtout là où ils sont en contact étroit avec la peau.

❖ Pédiculose du pubis

La pédiculose du pubis est une infection sexuellement transmissible. C'est un marqueur important d'autres maladies vénériennes, Le parasite peut survivre tout au plus 24 h dans l'environnement. Il est responsable d'un prurit menant à des lésions de grattage, qui peut apparaître des mois après l'infection, Classiquement, on voit sur la peau des macules bleuâtres, résultant de la morsure des poux. Les morpions et leurs lentes peuvent généralement être vus à l'œil nu sans trop de difficulté, car ils sont présents en grand nombre (figure 66) [63].

Les poux de tête sont à traiter en première intention avec des lotions à base de malathion. L'application raie par raie doit être maintenue pendant 12 heures, suivie d'un shampoing non traitant. Ce traitement doit être refait 8 jours plus tard. La décontamination des vêtements et de la literie est à effectuer grâce à un lavage à 50 °C ou à l'utilisation d'un aérosol. L'éviction scolaire n'est pas systématique. Le traitement de la fratrie et de l'entourage n'est pas indispensable. Le traitement par Ivermectine orale est à considérer en dernière intention pour les cas particulièrement [73]. Le traitement des poux du corps repose principalement sur la désinfection de la literie et des vêtements ; elle est souvent suffisante pour éradiquer l'infestation. Pour les poux du pubis les modalités thérapeutiques sont identiques à celles de la pédiculose du cuir chevelu, mais il est préférable de traiter l'ensemble des zones pileuses du tronc et des cuisses. Les vêtements et la literie doivent être lavés [75].



Figure 65 : Pédiculose cuir chevelu, et corps [52]

II.4.4. Les leishmanioses

Les leishmanioses sont les maladies de transmission vectorielle induites par l'infection par les leishmanies, microorganismes de l'ordre des Kinetoplastidae. De nombreuses espèces peuvent infecter l'homme avec trois tropismes cliniques dominants : viscéral, cutané et muqueux [15].

❖ Forme ulcéro crouteuse : Le bouton d'Orient

L'incubation est en moyenne de 4 semaines mais peut être plus longue 2 à 3 mois. La lésion débute par une petite papule prurigineuse qui se transforme en une nodosité rouge foncé, recouverte par une croûte adhérente. L'élément unique ou multiple se localise sur les régions découvertes (visage, membres...) lieu de piqûre du phlébotome (figure 67). La lésion est indolore, ne s'accompagne pas d'adénopathies sauf en cas de surinfection et l'état général est bien conservé. Non traitée la lésion finit par guérir au bout de plusieurs mois ou années d'évolution au prix d'une cicatrice vicieuse inesthétique. L'immunité conférée n'est pas définitive [39].

❖ La forme pseudo-sporotrichosique

Leishmaniose cutanée de dissémination lymphatique, due à *L. braziliensis* à différencier de la sporotrichose (due à *Sporothrichum schenckii*, champignon saprophyte des plantes et du sol).

Elle est caractérisée par l'association aux lésions primitives d'inoculation, de nodules dermo-hypodermiques secondaires mesurant entre 0,5 et 1 cm de diamètre, étagés linéairement (figure 68).

L'atteinte des muqueuses (nasale par exemple) peut s'expliquer par contiguïté d'une leishmaniose cutanée de voisinage (atteinte du versant cutané du nez).

Deux formes cliniques sont particulières : la leishmaniose cutanée post-kala-Azar, rencontrée dans le continent indien surtout elle se manifeste par des lésions papulo-nodulaires disséminées, survenant dans les suites d'une leishmaniose viscérale.

La leishmaniose anergique serait liée à un déficit immunitaire et se caractérise par des lésions papulo-nodulaires infiltrées profuses, d'évolution chronique avec une prédilection pour l'atteinte nasale et des oreilles. La forme la plus rencontrée reste cependant la forme ulcérée [54].

Suspecté par le contexte géographique et l'aspect clinique des lésions, le diagnostic est confirmé par la présence des leishmanies dans les frottis de la lésion colorés au MGG et sur les biopsies cutanées. La culture sur milieu NNN est possible et permet en cas de doute la confirmation diagnostique.

Les dérivés de l'antimoine restent la meilleure arme thérapeutique. Quand la lésion est unique et dans les formes localisées, les injections intra lésionnelles (1 ml à 2 par lésion une à 2 fois/semaine pendant un mois à un mois et demi) sont de règle. Dans les formes à éléments multiples et les formes extensives les dérivés de l'antimoine sont administrés par voie intra-musculaire à la dose de 50 mg/kg/j pendant 15 jours. Quinze jours après la fin de la cure, une deuxième cure peut être nécessaire.

Une surveillance des fonctions hépatiques et cardiaques est recommandée.



(Collection HALD)

A : Forme ulcéro-croûteuse



(Collection HALD)

B : Bouton d'orient multiple

Figure 66 : Leishmanioses cutanée



(Collection HALD)

Figure 67 : Forme pseudo-sporotrichosique



(Collection HALD)

Figure 68 : Leishmaniose pseudo-lepromateuse

DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE

III.1. Objectifs de l'étude

Objectifs généraux : Décrire la prévalence des dermatoses infectieuses au centre hospitalier de Ziguinchor

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les aspects épidémiologiques ;
- Décrire les aspects cliniques ;
- Évaluer les modalités thérapeutique et évolutif.

III.2. Méthodologie

III.2.1. Type et période d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur une période de 08 mois allant du 01 janvier 2019 au 31 août 2019 portant sur les dossiers des malades suivis au service de dermatologie pour dermatoses infectieuses.

III.2.2. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service de dermatologie de l'hôpital Régional de Ziguinchor ; centre de référence de prise en charge des dermatoses dans la région de Ziguinchor.

Le Service de Dermatologie comprend 02 médecins dermatologues dont l'un est en retraite depuis 2020 et 03 infirmiers.

Les Consultations se font 3 fois par semaine → Lundi/Mardi/Jeudi

Les actes chirurgicaux : 2 fois par semaine → Mercredi/ Vendredi

Les activités de soins, d'injections de corticoïdes en cas (de traitement en ambulatoire) se font chaque jour.

Les hospitalisations se font mutuellement avec le service de médecine interne.

III.2.3. Population d'étude

Notre étude intéressait tout patient venant en consultation au service de dermatologie, quel que soit son origine géographique.

III.2.4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude tous les malades des deux sexes et quel que soit l'âge reçues en consultation pour dermatoses infectieuses confirmées par l'aspect clinique et/ou examen bactériologique, mycologique, parasitologie et biopsie cutanée.

III.2.5. Critères de non inclusion

Nous avons exclu de notre étude les dossiers incomplets et les dossiers non retrouvés.

III.2.6. Saisie et analyses des données

La saisie des données ainsi que leur analyse ont été effectuée avec le logiciel **ÉpiInfo™** version **7.2.4.0**. Nous avons ainsi calculé les effectifs et fréquences, les valeurs moyennes, les écarts type, et les extrêmes des différents paramètres.

III.2.7. Aspects éthiques

Une autorisation du chef de service pour exploitation des dossiers était requise.

IV. RÉSULTATS DESCRIPTIFS

IV.1. Données épidémiologiques

IV.1.1. Prévalence hospitalière

Au total, nous avons recensés 220 cas de dermatoses infectieuses durant la période d'étude. Durant cette période 726 malades avaient été reçues en consultation dans le service de Dermatologie au centre hospitalier régional de Ziguinchor. Ainsi la prévalence des dermatoses infectieuses était de 30,3 %.

IV.1.2. Répartition des patients selon leurs âges

L'âge moyen des patients était de 30.35 ans \pm 19.76 avec des extrêmes allant de 01 à 84 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle compris entre 0 et 9 ans avec une fréquence de 21,36 % (n = 47). Comme le montre la figure suivante.

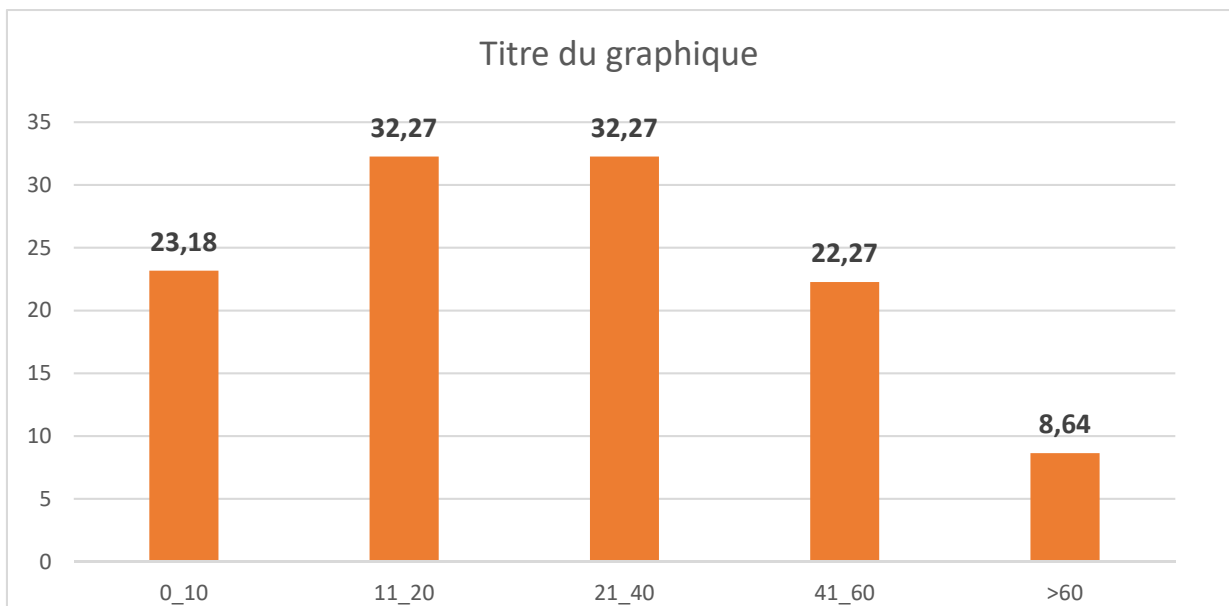


Figure 69 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

IV.1.3. Répartition des patients selon le genre

Il y'avait une légère prédominance masculine à 51 % contre 49 % avec un sex-ratio H/F de 1.04

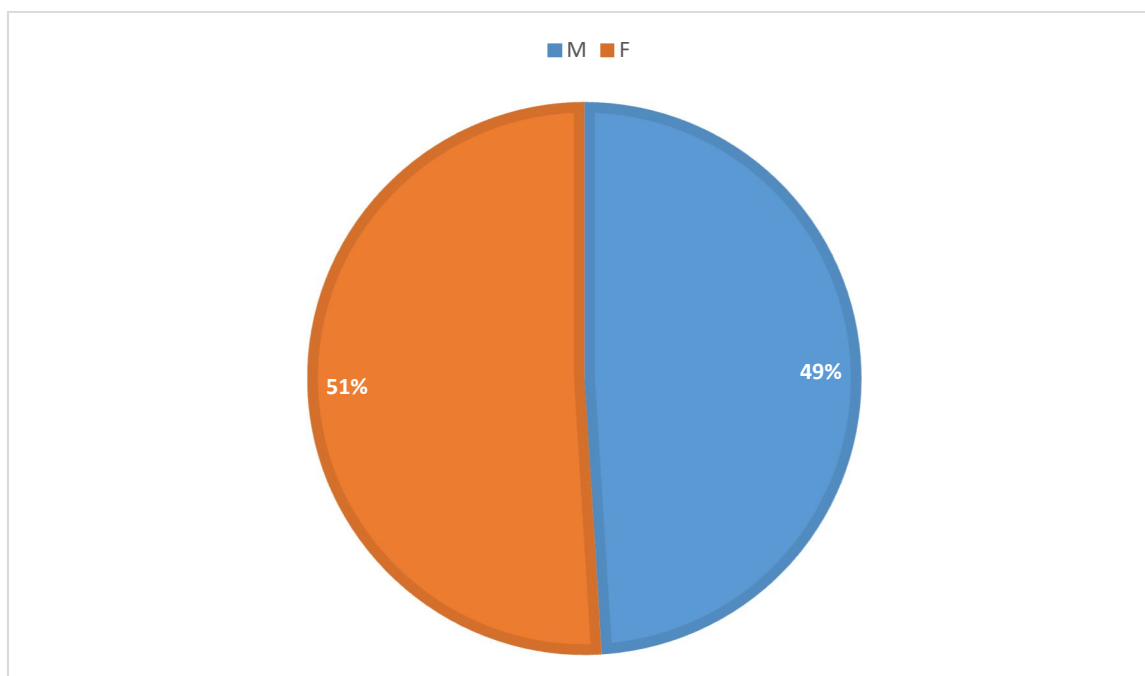


Figure 70 : Répartition des patients selon le sexe

IV.1.4. Répartition des patients selon leur niveau socio-économique

La Majorité des patients avaient un niveau socio-économique moyen dans 72,27 % des cas (n = 160). Le tableau suivant montre la répartition des patients selon le niveau socio-économique.

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau socio-économique.

Niveau socio-économique	Effectif	Pourcentage (%)
Bas	49	22,27
Moyen	160	72,27
Non précisé	11	5
Total	220	100

IV.1.5. Répartition des patients selon leurs niveau d'étude

La majorité des patients avaient un niveau d'étude secondaire, primaire et supérieure dans respectivement 26.81 %, 25.5 % et 24.54 %. 10 % des patients étaient en âge préscolaire.

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

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	56	25,4
Secondaire	59	26,81
Supérieure	54	24,54
Analphabète	29	14,8
Sans (âge préscolaire)	22	10
Total	220	100,00

IV.1.6. Répartition des patients selon leur situation matrimoniale

Dans notre série, la plupart des patients étaient célibataires dans 49,54 % des cas suivis des patients mariés dans 45,54 % des cas.

Tableau VII : répartition des patients selon leurs situations matrimoniales

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	109	49.54
Divorce	03	1,59
Marié	100	45.54
Veuf(ve)	08	4,23
Total	220	100

IV.1.7. Répartition des patients selon leurs secteurs d'activités

Dans notre étude la plupart des patients exerçaient dans un secteur d'activité primaire avec un pourcentage de 46 %.

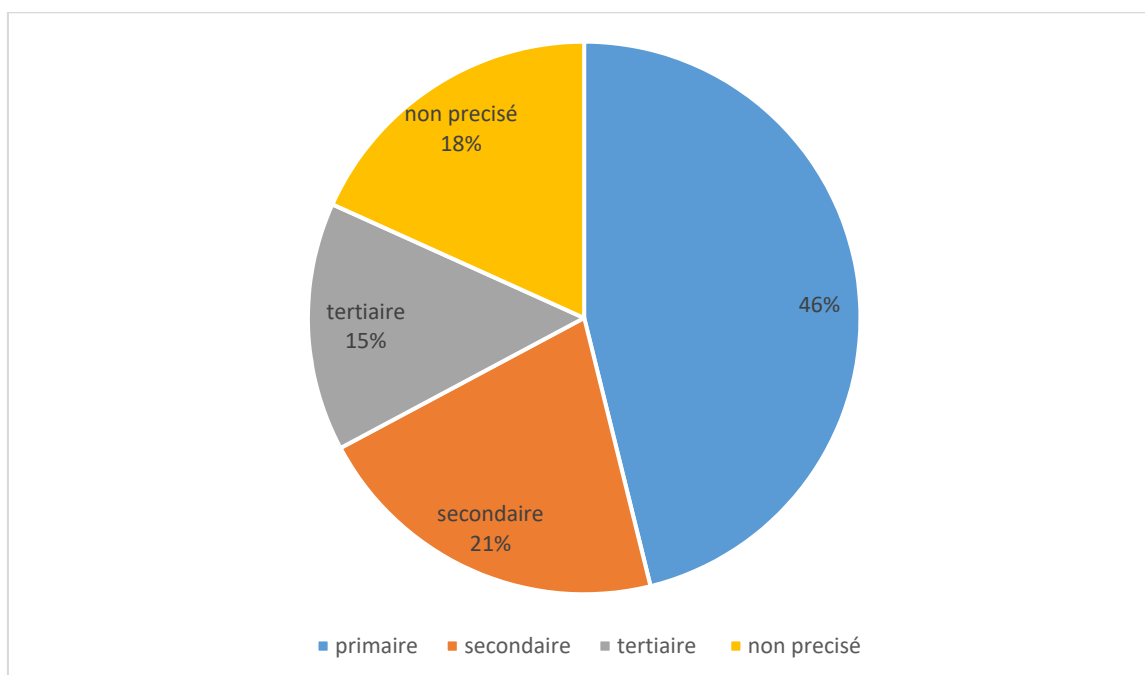


Figure 71 : Répartition des patients selon leurs secteurs d'activités

IV.1.8. Répartition des patients selon la nature du revenu

Dans notre étude, 77 % des patients n'avaient pas un revenu mensuel fixe.

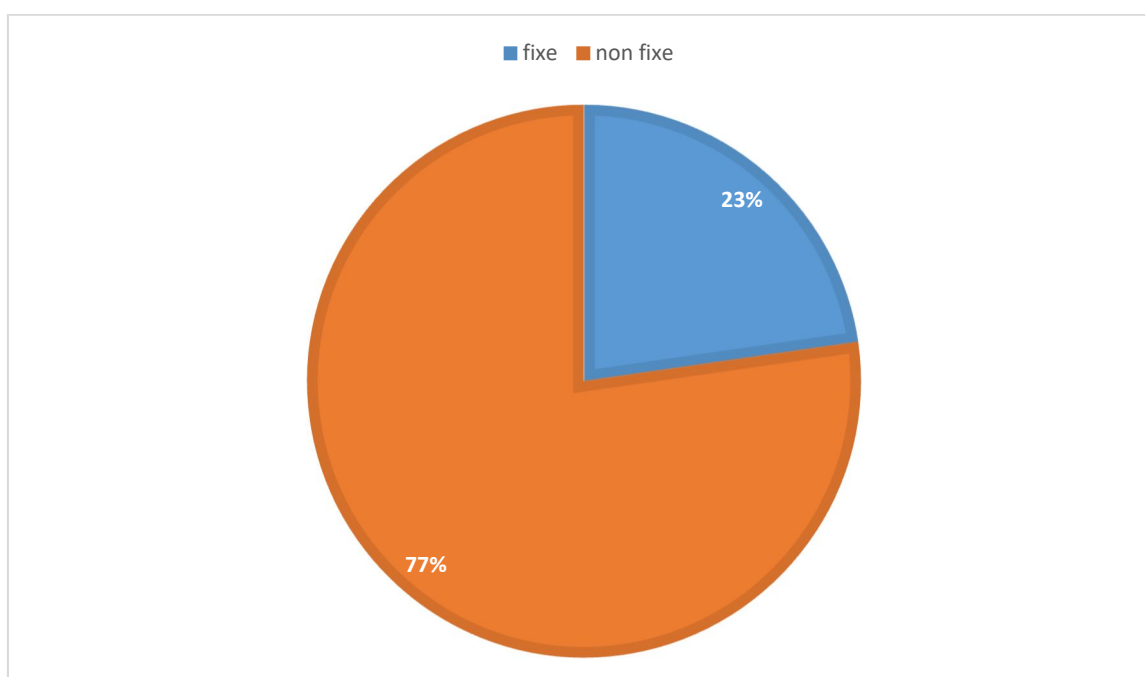


Figure 72 : Répartition des patients selon leur revenu mensuel.

IV.1.9. Répartition des patients selon l'assurance maladie

Dans notre cohorte, la majorité (81 %) des patients n'avaient pas d'assurance maladie.

Tableau VIII : Répartition des patients selon leur état d'assurance maladie

Assurance maladie	Effectif	Pourcentage %
État	23	10,95
Prive	16	7,62
Sans	171	81,43
Non précisé	10	4,54
Total	220	100

IV.2. Aspects cliniques

IV.2.1. Itinéraire thérapeutique

IV.2.1.1. Prise en charge initiale

La Majorité des patients avaient été pris en charge directement à l'hôpital dans 78 % des cas.

5.29 % des patients ont eu recours à la médecine traditionnelle.

Tableau IX : Répartition des patients selon leur prise en charge initiale

Prise en charge initiale	Effectif	Pourcentage (%)
Poste de sante	10	5,29
Centre de sante	24	12,70
Hôpital	171	77,72
Pharmacie	05	2,65
Médecine traditionnelle	10	5,29
Total	189	100,00

IV.2.1.2. Automédication

Dans notre étude, 31,75 % patients avaient initié un traitement par automédication par des antalgiques dans 10 % des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon l'automédication

Automédication	Effectif	Pourcentage %
Anti-inflammatoire	15	6.8
Antibiothérapie	08	3.6
Antalgique	22	10
Antihistaminique	03	1.36
Antimycosique	12	5.45
Déparasitant	01	0.45
Désinfectant	09	4.09
Total	80	31.75

IV.2.2. Répartition des patients selon leurs antécédents ou terrains

IV.2.2.1. Médicaux

Les principaux antécédents médicaux étaient le diabète et l'HTA dans respectivement 10,4 % et 7,2 % des cas

Tableau XI : Répartition des patients selon leurs Antécédents médicaux

ATCD médicaux	Effectifs	Pourcentage %
HTA	16	7,2
Diabète	23	10,4
Tuberculose	7	3,1
Cardiopathies	2	0,9
Néphropathies	5	2,27
Sans antécédents	167	76
Total	220	100

IV.2.2.2. Chirurgicaux

Dans notre échantillon, la quasi-totalité (92,72 %) des patients n'avaient pas été opéré.

IV.2.3 Répartition des patients selon leur mode de vie

Dans notre étude, 63 % des patients étaient tabagiques, 37 % avaient une notion d'éthylisme et 15 % avaient une notion de comportement sexuel à risque.

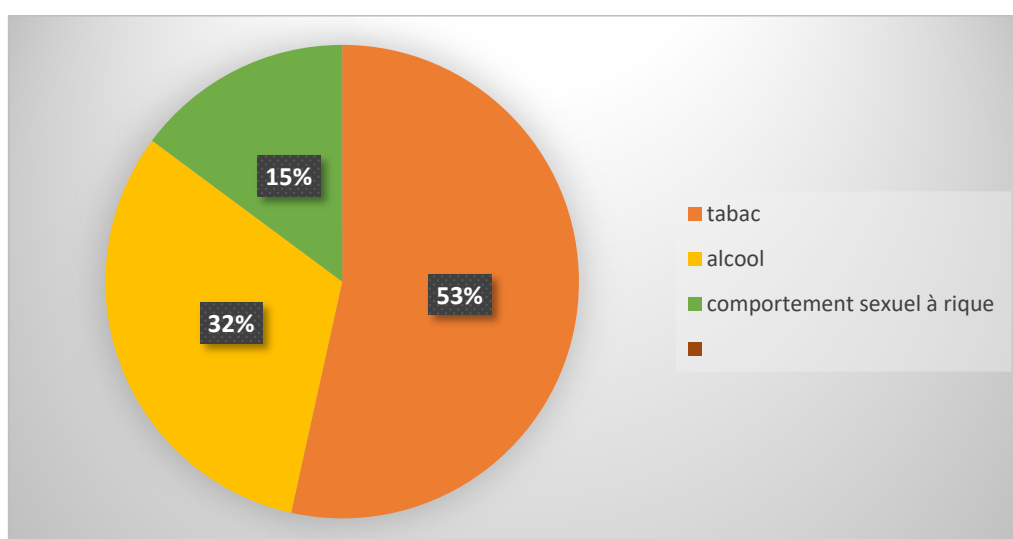


Figure 73 : Répartition des patients selon leurs modes de vie

IV.2.4. Les dermatoses bactériennes

IV.2.4.1. Non spécifiques

Dans notre série, les principales dermatoses bactériennes non spécifiques retrouvées étaient les dermohypodermite bactériennes non nécrosantes dans 7 % des cas, les impétigos dans 6 % des cas et les furoncles dans 3 % des cas.

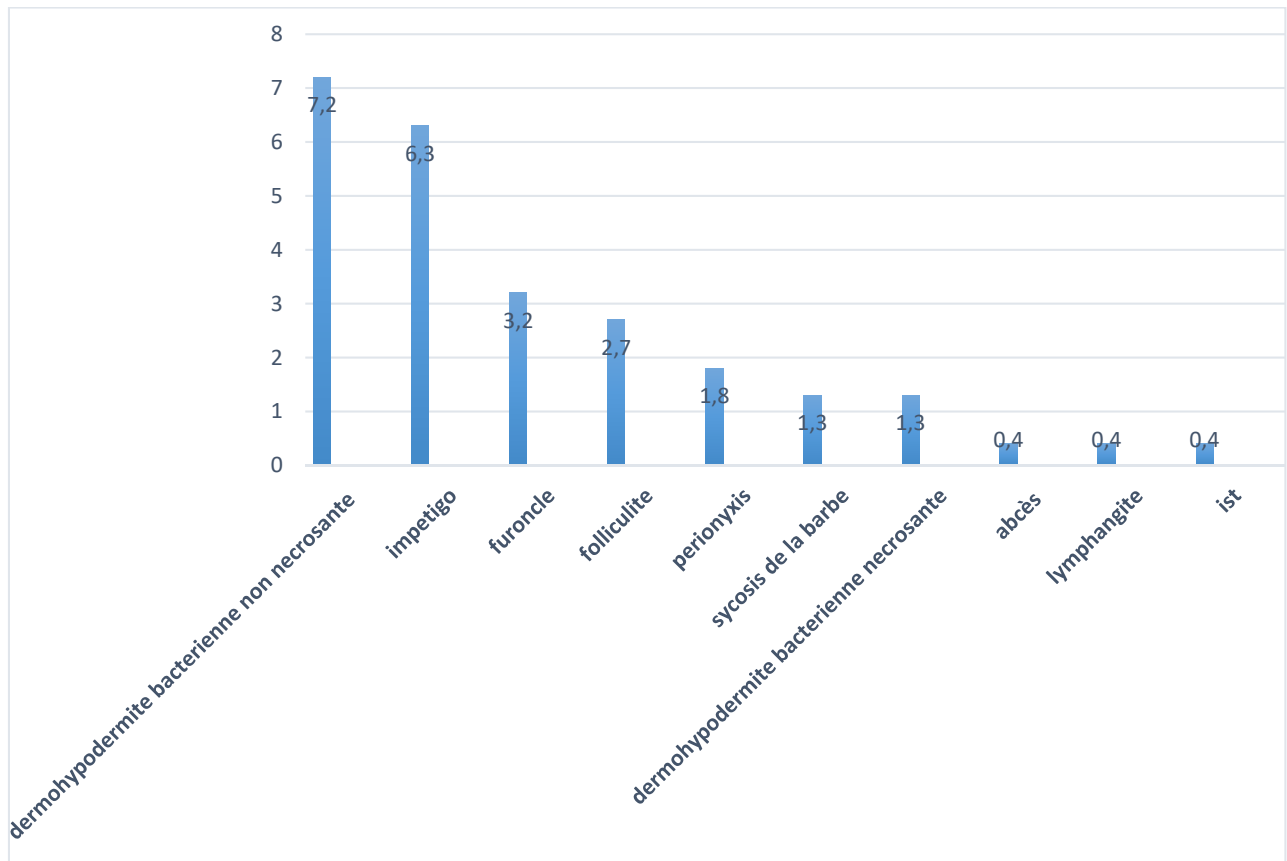


Figure 74 : Répartitions des différentes dermatoses bactériennes non spécifiques retrouvées

IV.2.4.2. Spécifiques

La principale dermatose bactérienne spécifique retrouvée dans notre étude était la lèpre tuberculoïde chez un seul cas.

IV.2.5. Les mycoses

IV.2.5.1. Les mycoses superficielles

Les principales mycoses superficielles retrouvées étaient les dermatophyties et la teigne du cuir chevelu dans respectivement 28 % et 12 % des cas.

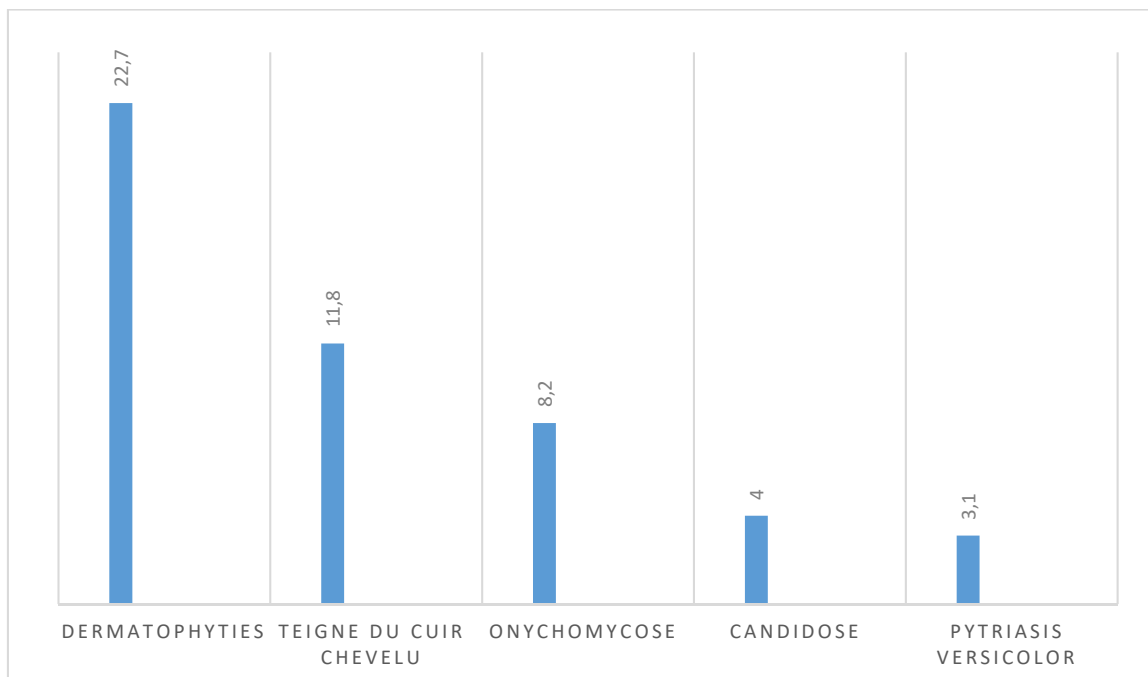


Figure 75 : Répartition des mycoses superficielles

IV.2.5.2. Les mycoses profondes

Le mycétome était retrouvé chez 2 patients dont l'un est cultivateur en Guinée-bissau.

IV.2.6. Les dermatoses parasitaires

La gale représentait la principale dermatose parasitaire comme le montre le tableau n° IX suivant :

Tableau XII : Répartition des dermatoses parasitaires :

Les dermatoses parasitaires	Effectifs	Pourcentages (%)
Gale	17	7.7
Pédiculose	2	0.9
Larva migrans cutanée	7	3.2

IV.2.7. Les dermatoses virales

Les principales dermatoses virales retrouvées étaient le zona dans 6 % des cas, le pityriasis rose de Gibert.

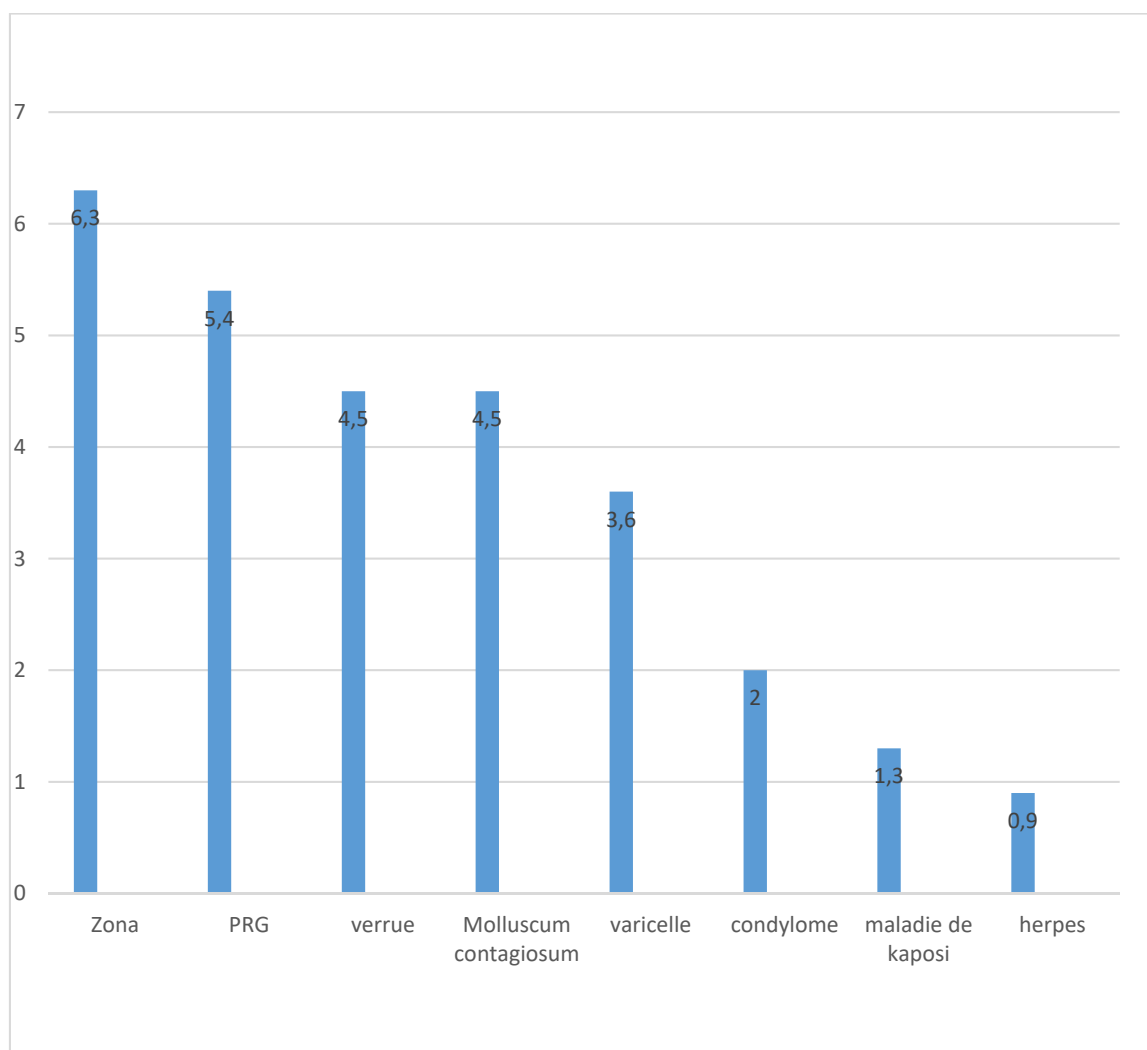


Figure 76 : Répartition des Dermatoses virales

IV.2.8. Les examens paracliniques

IV.2.8.1. Biologie

– La numération formule sanguine :

La numération formule sanguine a été réalisée chez 72 patients avec un taux moyen d'hémoglobine de $12,90 \text{ g/dl} \pm 2,095$ avec des extrêmes allant de 8,00 à 16,04 g/dl.

Le taux moyen des plaquettes était de $228,08/\text{mm}^3 \pm 83,09$ avec des extrêmes de 90,000 et 399,000/ mm^3 .

– C réactif protéine :

La CRP était réalisée chez 69 patients, elle était positive chez 13,18 % des patients et sa valeur moyenne était de $58,28 \pm 43,58$ avec des extrêmes allant de 25 à 150 mg/l.

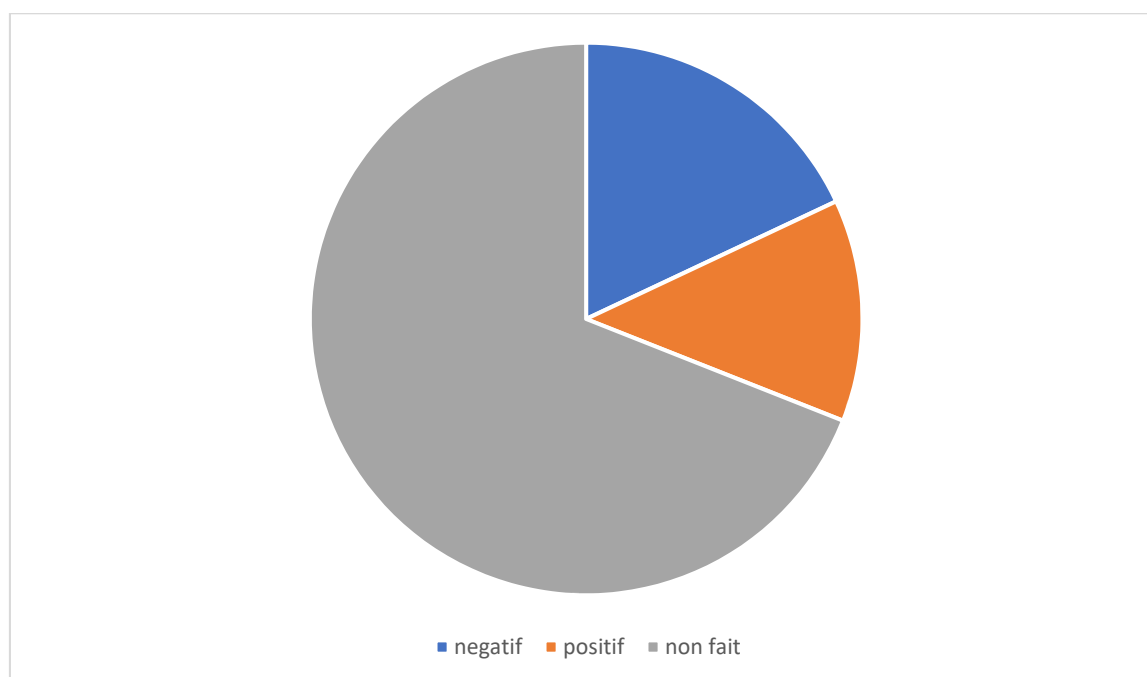


Figure 77 : Répartition des patients selon la CRP

– Sérologie HIV :

La sérologie HIV était réalisée chez 21 % (n= 57) des patients. Elle était positive de type 1 chez 5 % (n= 13) des patients, les dermatoses concernées étaient :

- Dermohypodermite nécrosante
- Dermatophytie

- Teigne du cuir chevelu
- Candidose
- Pédiculose
- Zona
- Pityriasis rosé de Gibert

IV.2.8.2. Biopsie

La biopsie cutanée était réalisée chez 03 patients ; dont 2 cas de maladie de Kaposi, et 01 cas de lèpre tuberculoïde.

IV.3. Aspects thérapeutiques

IV.3.1. Traitement spécifique

Dans notre étude, les antifongiques et les antibiotiques étaient les principales classes thérapeutiques utilisées comme traitement spécifique dans respectivement 41 % et 26 % des cas.

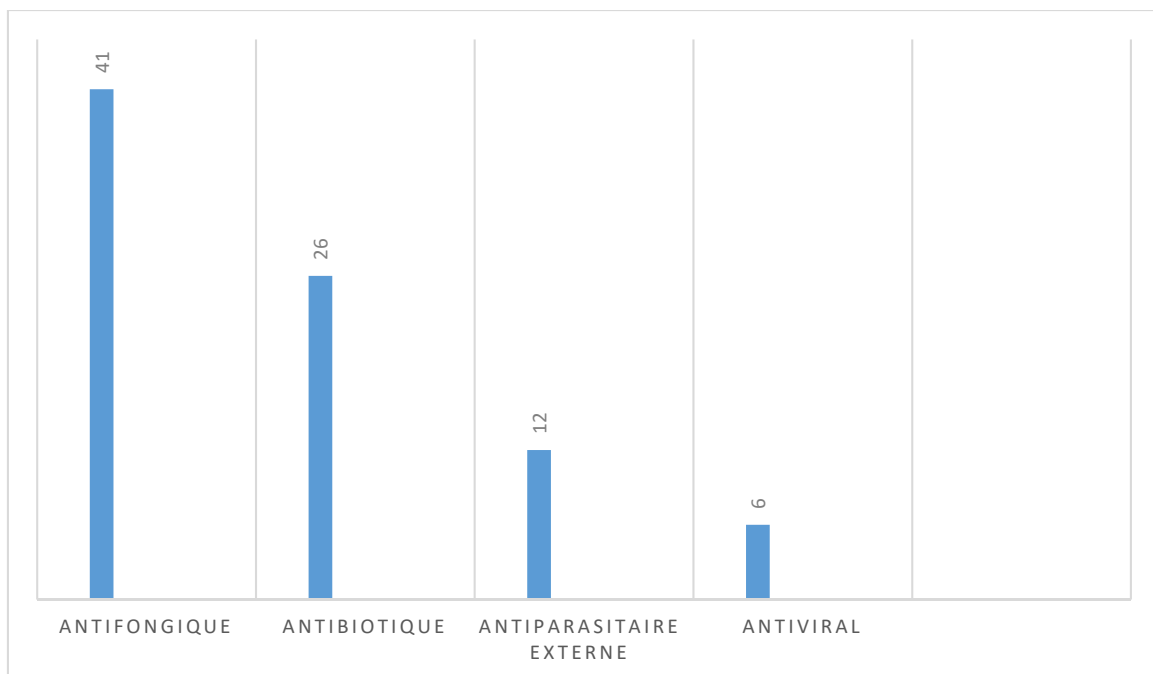


Figure 78 : Répartition des patients selon leurs traitements spécifiques

IV.3.2. Traitement non spécifique

La principale classe de médicaments utilisés comme traitement non spécifique était les antihistaminiques chez 44 % des patients.

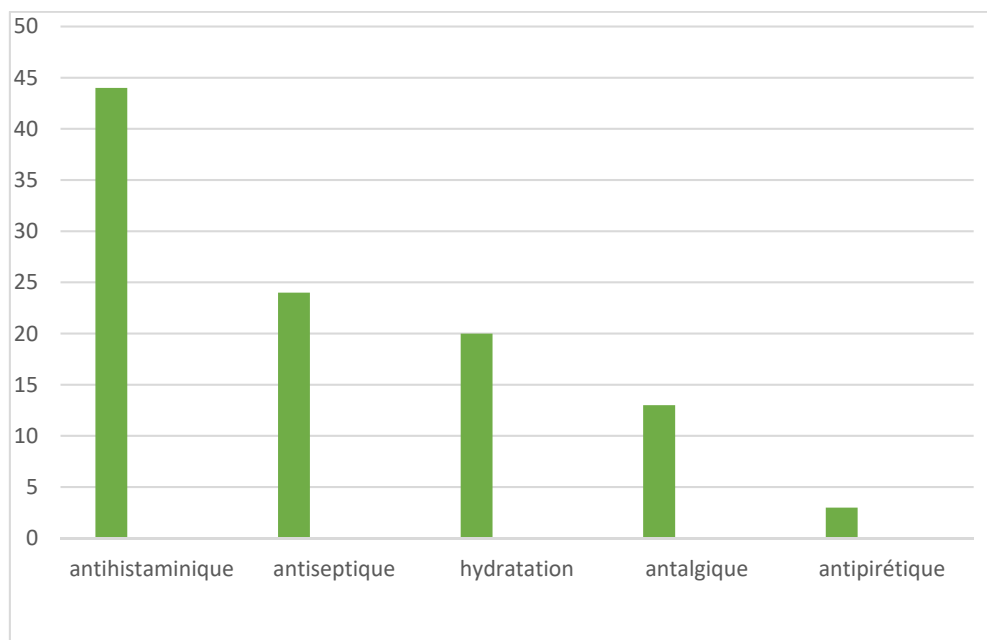


Figure 79 : Répartition des patients selon leurs traitements symptomatiques.

IV.4. Aspects évolutifs

Au cours du suivi :

- 153 (71 %) patients avaient une évolution clinique favorable.
- 06 (3 %) patients avaient présenté une rechute.
- 56 (24 %) patients étaient perdus de vue.
- Nous avons enregistré 05 décès soit une mortalité de 2 %.

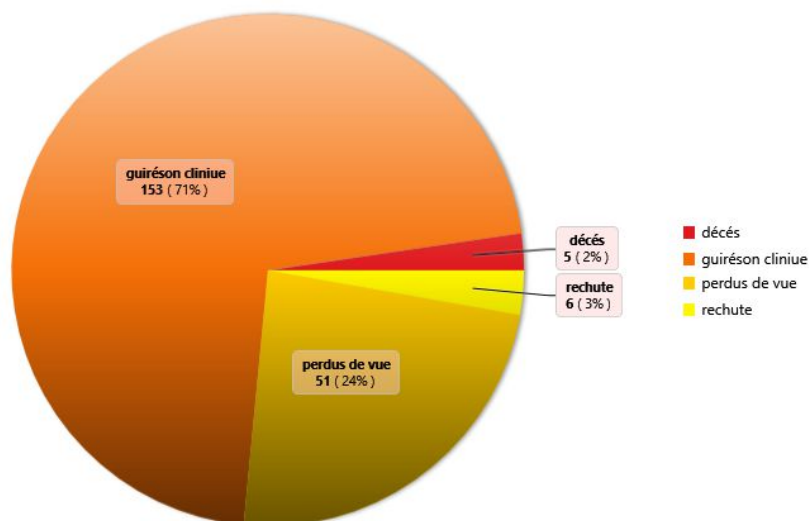


Figure 80 : Répartition des patients selon leurs évolutions cliniques

V. ANALYSE BIVARIEE :

V.1. Dermatose et VIH positif

La plupart des patients qui avaient une sérologie positive, avait une maladie de kaposi comme dermatose et on retrouvait un lien significatif (P=0,049).

Tableau XIII : Dermatoses liées au VIH

		Sérologie VIH		Total	P
		Négatif	Positif		
Folliculite	Effectif	1	0	1	0,739
	%	100 %	0 %	100 %	
Furoncle	Effectif	2	0	2	0,542
	%	100 %	0 %	100 %	
Sycosis de la barbe	Effectif	1	0	1	0,739
	%	100%	0 %	100 %	
Dermohypodermite bacteriene non nécosante	Effectif	6	0	6	0,144
	%	100 %	0 %	100 %	
Dermohypodermite bacterienne nécosante	Effectif	1	1	2	0,458
	%	50 %	50 %	100 %	
Dermatophytie	Effectif	13	2	15	0,156
	%	86,7 %	13,3 %	100 %	
Teigne du cuir chevelu	Effectif	0	1	1	0,261
	%	0 %	100 %	100 %	
Onychomycoses	Effectif	7	1	8	0,317
	%	87,5 %	12,5 %	100 %	
Candidose	Effectif	1	2	3	0,162
	%	33,3 %	66,7 %	100 %	
Pityriasis versicolore	Effectif	1	0	1	0,739
	%	100 %	0 %	100 %	
Gale	Effectif	1	0	1	0,739
	%	100 %	0 %	100 %	
Mycétome	Effectif	1	0	1	0,739
	%	100%	0 %	100 %	
Pédiculose	Effectif	0	1	1	0,739
	%	0 %	100 %	100 %	
Herpes	Effectif	2	0	2	0,542
	%	100 %	0 %	100 %	
Zona	Effectif	4	4	8	0,108
	%	50 %	50%	100 %	
Pityriasis rosé de Gibert	Effectif	3	1	4	0,724
	%	75 %	25 %	100 %	
Maladie de Kaposi	Effectif	1	3	4	0,049
	%	25 %	75%	100 %	

V.2. Dermatoses et décès

La majorité des patients décédés avaient une dermohypodermite bactérienne nécrosante, et on retrouvait un lien significatif avec (P=0.0001).

Tableau XIV : Évolution des dermatoses infectieuses selon le décès.

		Décès		Total	P
		No	Yes		
Folliculite	Effectif	6	0	6	0,870
	%	100 %	0 %	100%	
Furoncle	Effectif	7	0	7	0,849
	%	100 %	0 %	100%	
Abscess	Effectif	1	0	1	0,977
	%	100 %	0 %	100 %	
Sycosis de la barbe	Effectif	3	0	3	0,933
	%	100 %	0 %	100 %	
Impétigo	Effectif	14	0	14	0,718
	%	100 %	0 %	100 %	
Dermohypodermite bactérienne non nécrosante	Effectif	16	0	16	0,683
	%	100 %	0 %	100 %	
Dermohypodermite bactérienne nécrosante	Effectif	0	3	3	0,0001
	%	0 %	100 %	100%	
Lèpre	Effectif	1	0	1	0,977
	%	100 %	0 %	100 %	
Dermatophytie	Effectif	61	0	61	0,194
	%	100 %	0 %	100 %	
Teigne du cuir chevelu	Effectif	26	0	26	0,530
	%	100 %	0 %	100 %	
Onychomycoses	Effectif	17	1	18	0,350
	%	94,4 %	5,6 %	100 %	
Candidose	Effectif	9	0	9	0,810
	%	100 %	0 %	100 %	
Pityriasis versicolore	Effectif	7	0	7	0,849
	%	100 %	0 %	100 %	
Gale	Effectif	17	0	17	0,666
	%	100 %	0 %	100%	
Mycétome	Effectif	2	0	2	0,955
	%	100 %	0 %	100 %	
Pédiculose	Effectif	2	0	2	0,955
	%	100 %	0 %	100 %	
Larva migrans	Effectif	7	0	7	0,849
	%	100 %	0 %	100 %	
Herpes	Effectif	2	0	2	0,955
	%	100 %	0 %	100 %	
Zona	Effectif	13	1	14	0,282
	%	92,9 %	7,1 %	100 %	
Varicelle	Effectif	8	0	8	0,829
	%	100 %	0 %	100,0 %	
Pityriasis rosé de Gibert	Effectif	12	0	12	0,753
	%	100 %	0 %	100%	
Maladie de Kaposi	Effectif	3	1	4	0,088
	%	75 %	25%	100 %	

V.3. Dermatose et évolution favorable

La majorité des patients qui avaient une évolution clinique favorable avaient une dermatophytie, cependant aucune corrélation n'a été retrouvée ($P=0.300$).

Tableau XV : Évolution favorable des dermatoses infectieuses

		Favorable		Total	P
		Non	Oui		
Folliculite	Effectif	2	4	6	0,582
	%	33,3 %	66,7 %	100 %	
Furoncle	Effectif	1	6	7	0,326
	%	14,3 %	85,7 %	100 %	
Abscess	Effectif	0	1	1	0,700
	%	0 %	100 %	100 %	
Sycosis de la barbe	Effectif	1	2	3	0,659
	%	33,3 %	66,7 %	100 %	
Impétigo	Effectif	2	12	14	0,152
	%	14,3 %	85,7 %	100 %	
Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante	Effectif	5	11	16	0,554
	%	31,3 %	68,8 %	100 %	
Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante	Effectif	3	0	3	0,026
	%	100 %	0 %	100 %	
Lèpre	Effectif	1	0	1	0,300
	%	100 %	0 %	100 %	
Dermatophytie	Effectif	16	45	61	0,300
	%	26,2 %	73,8 %	100 %	
Teigne du cuir chevelu	Effectif	12	14	26	0,056
	%	46,2 %	53,8 %	100 %	
Onychomycoses	Effectif	8	10	18	0,131
	%	44,4 %	55,6 %	100 %	
Candidose	Effectif	3	6	9	0,540
	%	33,3 %	66,7 %	100 %	
Pityriasis versicolore	Effectif	3	4	7	0,352
	%	42,9 %	57,1 %	100 %	
Gale	Effectif	4	13	17	0,544
	%	23,5 %	76,5 %	100 %	
Mycétome	Effectif	2	0	2	0,089
	%	100 %	0 %	100 %	
Pédiculose	Effectif	0	2	2	0,489
	%	0 %	100 %	100 %	
Larva migrans	Effectif	1	6	7	0,326
	%	14,3 %	85,7 %	100 %	
Herpes	Effectif	1	1	2	0,511
	%	50 %	50 %	100 %	
Zona	Effectif	5	9	14	0,415
	%	35,7 %	64,3 %	100 %	
Varicelle	Effectif	2	6	8	0,551
	%	25 %	75 %	100 %	
Pityriasis rosé de Gilbert	Effectif	2	10	12	0,246
	%	16,7 %	83,3 %	100 %	

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

Limites de l'étude :

À l'instar de toute étude rétrospective, ce travail comporte des limites. Nous pouvons citer :

- Les dossiers incomplets.
- Les dossiers inexploitable.
- L'indisponibilité des examens paracliniques par faute de moyens dans l'hôpital.
- Des examens complémentaires incomplets chez la plupart des patients.

VI.1. Aspects épidémiologiques

VI.1.1. Prévalence hospitalière

La prévalence retrouvée dans notre étude était de 30,3 % ,ce résultat était proche du travail de **S. Semikenke** [109] au Congo ,où il avait retrouvé une prévalence de 35,42 %.

Au Maroc , une étude menée par **N. Assafar** [12] au service de dermatologie du chu de Marrakech avait retrouvé une valeur plus basse de 15,69 %

Cependant certains auteurs rapportaient une prévalence plus élevée. En effet, **Koffi** [65] dans son études avait retrouvé 6,4 % , quant à **Arcury** [9] dans son étude chez les agriculteurs du nord des états unis avait retrouvé une prévalence de 52,3 %.

L'étude menée par **Pichardo-Geisinger** [94] chez les immigrants latino et autres travailleurs manuels au nord des états unis avait trouvé une prévalence de 73,8 %.

Sanda Andriamaromanana [104] dans son étude à Madagascar avait retrouvé une prévalence de 62 %. Elle avait justifié son résultat par le manque d'hygiène, la promiscuité, et le manque d'assainissement en eau qui seront les facteurs favorables au développement des dermatoses infectieuses.

Quant à **Gahouma** [51] lors d'une étude au Gabon sur les aspects épidémiologiques des dermatoses en zone rurale, avait retrouvé 82 % des dermatoses infectieuses.

Kodio [64] et **Fofana** [48] au Mali avait retrouvé respectivement 45,46 % et 55,10 % de cas de dermatoses infectieuses.

VI.1.2. Âge

la tranche d'âge où nous avons recensé le plus de dermatose était celle comprise entre 0 et 09 ans, ces résultats étaient similaires aux études de **El Amraoui** [8] au Maroc où la tranche d'âge était comprise entre 0-9 ans, **S. Semikenke** [109] au Congo et **Fofana** [48] au Mali qui avaient retrouvés une tranche d'âge proche de la nôtre comprise respectivement entre 0 - 03 ans et 0 -5 ans.

Cependant, dans l'étude de **K. Kassi** [59] au Côte d'Ivoire qui avait retrouvé une tranche d'âge plus élevée que la nôtre comprise entre 15 et 30 ans ce qui correspond aussi à la série sénégalaise [108].

Teclessou [7] dans son étude au Benin 53,1 % de femmes et 46,9 % d'hommes avec un âge moyen de 29 ans. Les enfants représentaient 24,9 % des patients.

VI.1.3. Genre

Nous avons noté une prédominance de sexe féminin dans notre série, avec un sexe ratio H/F = 1,04 (nombre de femmes : 113 / nombre d'homme : 107).

Ces résultats sont superposables aux données de la littérature qui retrouvait une prédominance féminine [29,32,118]

Il faut cependant signaler que certains auteurs avaient retrouvés une prédominance masculine comme le montre **N. Assafar** [12] au Maroc qui avait rapporté une prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio de 1.27.

VI.1.4. Niveau socio-économique

Dans notre étude, la majorité des patients (72,27 %) avaient un niveau socio-économique moyen.

Les populations les plus affectées dans les études de **Koffi, Lakjiri, El Amraoui** [8,65,68] étaient majoritairement de niveau socio-économique faible.

VI.1.5. Situation matrimoniale

Hormis le fait, que notre étude révèle une prédominance féminine, la plupart des patients étaient célibataires et mariés avec successivement 49,54 et 45,54 %.

Koffi [65] les patients mariés et célibataires étaient les plus affectés par les dermatoses, avec une prévalence respective de 49,7 % et 29,2 %.

Par contre, dans l'étude de **Lakjiri** [68], la plupart des patients étaient mariés dans 63,4 % des cas.

VI.1.6. Secteur d'activité

Dans notre étude les patients qui exerçaient dans un secteur d'activité primaire étaient majoritaire avec un taux de 46 %. D'autres travaux avaient retrouvés cette même constatations [76,104,108].

En Afrique central, **Kobangue** [63] note une prédominance de la classe défavorisée dans 70,2 % des cas.

VI.2. Aspects cliniques

VI.2.1. Itinéraire thérapeutique

Dans notre étude, 77 % des patients sont venus consulter au service de dermatologie après apparition des signes cutanés, 31,75 % patients avaient initié un traitement par automédication. 5,29 % des patients avaient eu recours à la médecine traditionnelle.

Dans l'étude de **Dione** [44] à l'hôpital régional de Thiès au Sénégal, les patients provenaient des centres de santé dans 20,42 % des cas. 37,04 % des patients vus avaient eu recours à une automédication, dont 5.29 % avec un traitement traditionnel.

Cette valeur été moins élevée dans la série de **Somita** [62] chez qui 52 % des malades avaient déjà reçu un traitement avant la consultation.

Dans l'étude de **Teclessou** [7] au Togo, l'automédication était pratiquée dans 81,3 % des cas, ainsi que dans l'étude de **Lees** [73] une prévalence élevée de 36 % a été notée avant une consultation pour un problème dermatologique.

Une étude de grande ampleur a été menée par **Bingefors** [21] en 1995 en Suède sur l'impact des maladies de peau sur la qualité de vie. 20 % des personnes interrogées avaient déclaré avoir des problèmes dermatologiques ; parmi elles près de la moitié (48 %) s'automédiquent.

Une étude menée par **ESTEVE** [78] à Orléans auprès de 111 patients hospitalisés pour des dermatoses aiguës, retrouve une prévalence de 22 % .

A le grand [72] avait noté qu'il y'avait un emploi non négligeable des plantes médicinales pour le traitement des maladies infectieuses chez les Diola-boulouf en Basse Casamance (Sud du Sénégal). La préparation et l'indication de 50 plantes, trouvées dans et autour du village.

Une étude menée par **Diatta** [42] sur les plantes médicinales utilisées contre les dermatoses dans la pharmacopée Baïnouk de Djibonker, région de Ziguinchor au Sénégal avait permis de recenser trente-six espèces traditionnellement utilisées dans le traitement des dermatoses qui étaient les plus fréquente (78 %), suivies de celles de la muqueuse (12 %). L'administration percutanée (44 %) est la plus utilisée puis par bain (21 %).

Selon une étude réalisée par **Touré** [113] au Togo , la phytothérapie prédomine avec un taux de 23.9 % dans ce mode thérapeutique.

Razakanary [105] dans son étude à Madagascar avait noté que 24 % des cas avaient eu recours à une phytothérapie avant leur première consultation.

VI.2.2. Mode de vie

Dans notre étude 15 % des patients étaient tabagique, 22 % avec notion de consommation d'alcool occasionnelle et 10 % avaient une notion de comportement sexuel à risque.

Une étude menée par **Ndiaye** [85] à Dakar, avait noté 21.35 % des patients qui étaient tabagique.

Arfi [10] dans sa série note que 25.7 % des patients étaient alcoolique.

Kassi [59] rapporte l'existence de pratiques socioculturelles défavorables réalisées dans 56,7 % des cas.

L'évolution de certaines dermatoses peut être influencée par le tabagisme selon **Requier** [99].

VI.2.3. Antécédents médicaux

Dans notre étude, 10.4 % des patients avaient un diabète.

En effet, **Konaté** [66] dans son étude sur la fréquence des dermatoses chez les diabétiques avait retrouvé une prévalence de 12.75 %

Ce résultat était inférieur à celui de **Willcox** [116] qui avait rapporté une prévalence de 36% chez les diabétiques.

la fréquence de dermatose chez les diabétiques était de 15,7 % dans l'étude de **Samaké** [103] à Bamako.

Une étude faite par **Nyangono** [89] avait retrouvé que les antécédents de diabète étaient les plus nombreux dans 25.2 % des cas.

VI.2.4. Les mycoses

Dans notre étude, les mycoses avaient été retrouvés dans 50,7 % des cas, dont les dermatophyties avec une prévalence de 22,7 %, teigne du cuir chevelu 11,8 %, onychomycose 8,2 %, candidose 4 %, pityriasis versicolor 3,1 %.

Sanda Andriamaromanana [104] dans son étude avait retrouvé une prévalence des mycoses proche de la nôtre avec 48,89 % de mycoses dont les dermatophyties avec une prévalence de 27 %, pityriasis versicolor 59 %, teigne du cuir chevelu 7 %.

Quant à **Fofana** [48] les dermatoses mycosiques représentaient 31,68 % avec une prévalence élevée de la teigne du cuir chevelu 17,3 % , dermatophytie 6,9 % , candidose 2,4 %, pytiriasis versicolor 6,9 % , cette valeur été proche de celle de **Kobangue** [63] chez qui les mycoses venaient en second rang après les dermatoses bactériennes avec une prévalence de 33,6 %.

Ce taux était élevée en le comparant à l'étude menée par **Lakjiri** [68] chez qui l'origine mycosique n'occupaient que 11 % des dermatoses infectieuses, chez **N. Assafar** [12] elles représentaient 18,75 % de l'ensemble des dermatoses

infectieuses retrouvées, et chez **Ousmane** [91] les onychomycoses constituent la dermatose mycosique la plus observée dans sa série avec 54,13 %, les épidermomycoses 42,72 % et la teigne du cuir chevelu 0,98 %.

Les mycoses avaient été retrouvées avec une prévalence très élevée dans l'étude de **Kodio** [64] avec 62,73 % , et **Nyangono** [89] 65,2 % dont les candidoses avec 44,7 %.

Dans notre étude nous avons eu 02 cas de mycétomes, dont l'un était cultivateur originaire et résidant en Guinée Bissau.

Dans l'étude de **Bahbah** [17] au Maroc, 09 cas de mycétomes avaient été rapportés avec une prédominance masculine 8 hommes /1 femme.

Une étude menée par **Badiane** [102] à l'hôpital Aristide le Dantec au Sénégal pour une durée de 20 ans, avait recensé 20 cas dont l'origine géographique n'avait pas été déterminée.

Dans une autre étude menée par **Dieng** [82] 130 cas avaient été recensés et les survenus avaient été notés chez des paysans et des pasteurs originaires des zones rurales du Sénégal.

Les conditions climatiques des pays chauds pourraient jouer un rôle dans l'apparition de ces lésions, notamment les infections mycosiques de type intertrigo.

En effet, le climat à Ziguinchor étant de type Soudano-guinéen : chaud et humide, avec une température moyenne de 27° [3] pourrait expliquer la forte incidence des mycoses, Le climat chaud présent durant toute l'année et les précipitations abondantes favorisent la reproduction des agents pathogènes et la prolifération des mycoses qui sont communautaires, qui se diffusent rapidement dans la population et qui peuvent constituer une porte d'entrée à d'autres infections graves.

VI.2.5. Les dermatoses virales

Dans notre étude, on avait eu 28,5 % de dermatoses infectieuses d'origine virale, dont le zona avec une valeur de 6,3 %, pityriasis rosé de Gibert avec 5,4 %, molluscum contagiosum 4,5 %, varicelle 3,6 %, condylome 2 %, maladie de

kaposi 1,3 % et herpes 0,9 %. Cette prévalence des dermatose virale était proche de l'étude de **N. Assafar** [12] qui retrouvait une fréquence de 25 % des infections virales dominée par le zona dans 50 % des cas.

Cependant, d'autres études trouvaient une prévalence plus faible.

En effet, **Sanda Andriamaromanana** [104] rapportait 7,14 % de dermatose virale ; ces dermatoses étaient toutes de la varicelle.

Le zona était la principale dermatose virale retrouvée dans notre étude avec une fréquence de 6,3 %, similaire à l'étude de **Tchangai-walla** [81] au Togo, qui avait trouvé une fréquence de 9,5 %.

Cependant, le zona n'était pas la dermatose virale la plus fréquente dans certaines études comme celles de **Fofana** [48] ou elle ne représentait que 0,2 %, la varicelle 0,3 %, le Molluscum contagiosum 4 %, pityriasis rosé de Gibert 3,1 %, verrues planes 0,8 %.

Dans la série de **Casanova** [26] en Espagne aucun cas de zona n'était rapporté.

Dans notre étude, les patients chez qui on avait enregistré le zona étaient tous âgés de plus de 45 ans, 04 d'entre eux avaient une sérologie HIV positif.

Dans la littérature, Le zona est dû à la réactivation du virus varicelle-zona, par exemple à la faveur de l'âge, de la fatigue, de l'immunodépression ou d'une maladie [30].

VI.2.6. Les dermatoses bactériennes

Elles représentaient 25,4 % des dermatoses infectieuses dominé par les dermo-hypodermite non nécrosante dans 7,2 %, impétigo dans 6,3 %, Furoncle et folliculite dans 2 % et dermohypodermite nécrosante dans 1,3 % des cas.

La lèpre tuberculoïde était retrouvée chez un seul cas.

Cette prévalence était proche de celle retrouvée dans l'étude de **Kodio** [64] avec 22,57 % de dermatoses bactériennes. Cependant, d'autres auteurs retrouvaient une prévalence plus élevées, en effet ; **N. Assafar** [12] retrouvait une prévalence de 56,25 % dont la tuberculose représentait le principal diagnostic.

Dans la série de **Kobangue** [63] les infections bactériennes communes étaient les plus fréquentes avec une prévalence de 51,3 %. Par contre, certains auteurs tels que **Gahouma** [51] rapportait une prévalence de 17 % des dermatoses bactériennes, et étaient dominées par les lésions d'impétigo bulleux. **Fofana** [48] retrouvait 12,74 %, dont l'impétigo 12,2 %, dermohypodermite non nécrosante 0,4 %, lèpre 0,1 %.

Teclessou [7] trouvait une prévalence de 5,4 % du total des dermatoses infectieuses.

Dans notre étude, les dermatoses bactériennes étaient dominées par les dermohypodermite non nécrosante avec une prévalence de 7,2 %, cette valeur était plus basse chez **Nyangono** [89], qui avait retrouvé une prévalence de 4,3 % et chez **Touré** [113] à Bamako, où elles représentaient seulement 1,4 %.

Ce pourcentage assez élevé des infections cutanées pourrait être expliqué par les mauvaises conditions de vie, par le manque d'hygiène et par la promiscuité.

En Afrique subsaharienne, plusieurs études non comparatives ont suggéré le rôle possible de la dépigmentation cosmétique volontaire, de l'infection à VIH et du diabète comme facteurs de risque de la dermohypodermite non nécrosant [97].

VI.2.7. Les dermatoses parasitaires

Dans notre étude, les dermatoses parasitaires représentaient 11,8 % dont 7,7 % de gale, 0,9 % de pédiculose et 3,2 % de larva migrans. Ce résultat était similaire à celui de **Touré** [113], chez qui les dermatoses parasitaires représentaient 7,4 % dont la gale 7 %, leishmaniose 0,3 % et larva migrans 1 %, celui de **Malle** [76] qui avait recensé 6,6 % de cas de gale et celui de **Seck** [108] qui avait une prévalence de scabiose de 6,4 %.

Gahouma [51] quant à lui avait 24 % de cas de dermatoses parasitaires dominées par la gale.

Koffi [65] avait recensé une seule dermatose parasitaire qui était la gale chez 2,4 % des patients.

Cependant, **Pomares et al.** [98] avaient eu dans leur étude sur les parasitoses superficielles 97 % de cas de gale et 2,9 % larva migrans. Cette valeur plus élevée que la nôtre pourrait être expliquée par l'étude exclusive sur les parasitoses.

Les facteurs favorisant la propagation de la gale, rapportés par la majorité des auteurs sont le surpeuplement, la promiscuité, le degré de pauvreté mesuré par les indicateurs que sont entre autres l'absence ou le faible niveau d'instruction, un emploi précaire ou instable, un revenu faible du foyer, un habitat précaire en matériaux non définitifs et mal aérés, le climat tropical chaud et humide qui favoriserait la survie de l'acarien, Le défaut d'hygiène individuelle et collective constitue en plus du surpeuplement un facteur favorisant la propagation de cette maladie. Le partage du linge, de la literie et des lieux de rangement du linge constitue également un comportement qui contribue à la transmission, la propagation et la ré-infestation de la gale en famille ou en communautés défavorisées [56].

VI.2.8. Dermatoses et VIH

La plupart des patients qui avaient une sérologie positive, avaient une maladie de kaposi comme dermatose et on retrouvait un lien significatif ($P=0,049$). Selon la littérature, la maladie de kaposi épidémique fait partie des pathologies qui ont révélé l'immunodéficience humaine associée au VIH au début des années 1980. Bien que son incidence ait largement diminué depuis l'utilisation des trithérapies, la maladie de kaposi épidémique reste la pathologie néoplasique la plus fréquente associée au VIH [93].

VI.3. Les aspects évolutifs

La majorité des patients décédés avaient une dermohypodermite bactérienne nécrosante et on retrouvait un lien significatif avec ($P=0,0001$).

La mortalité des fasciites nécrosantes reste importante. C'est une infection sévère mortelle dans 30 % des cas. Les taux de décès retrouvés étaient similaires à la littérature.

Ces résultats sont souvent imputables à un retard de décision chirurgicale. La faible spécificité et le caractère faussement rassurant de la symptomatologie clinique (souvent abâtardie par une antibiothérapie initiale) peuvent expliquer ces délais de prise en charge. Par ailleurs, le recours aux examens complémentaires (scanner ou IRM) peut aider au diagnostic, mais ne doit en aucun cas retarder la chirurgie. La prise en charge initiale devrait être rapidement confiée à l'équipe chirurgicale dès l'arrivée au service d'urgence [47].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les dermatoses infectieuses sont des manifestations cutanéomuqueuses en rapport avec un agent infectieux parasitaire, fongique, bactérien ou viral.

Les dermatoses infectieuses sont potentiellement graves, la prise en charge précoce et adaptée est nécessaire pour éviter les complications vitales qu'elles peuvent générer par une surinfection des lésions, un choc septique ou un sepsis sévère, ou fonctionnelles par l'altération de la qualité de vie de l'individu et l'impact socio-économique et psycho-social.

Afin d'étudier cette pathologie dans la région de Ziguinchor, nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une période de huit mois allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 août 2019 portant sur les dossiers des malades suivis au service de dermatologie pour dermatoses infectieuses.

Nos objectifs étaient de :

- Déterminer la fréquence des dermatoses infectieuses
- Déterminer le profil épidémiologique ;
- Décrire les signes cliniques ;
- Évaluer les modalités thérapeutiques et évolutives.

Nous avons inclus dans l'étude tous les malades des deux sexes et quel que soit l'âge reçus en consultation pour dermatoses infectieuses confirmées par l'aspect clinique et/ou examen bactériologique, mycologique, biopsie cutanée.

Au total, nous avons recensés 220 cas de dermatoses infectieuses durant la période d'étude. Durant cette période 726 cas patients avaient été reçus en consultation dans le service de Dermatologie au centre hospitalier régional de Ziguinchor. Ainsi la prévalence des dermatoses infectieuses était de 30,3 %.

L'âge moyen des patients était de 30,35 ans \pm 19.76 avec des extrêmes de 01 et 84 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 0 et 9 ans avec une fréquence de 21,36 % (n = 47).

Il y'avait une légère prédominance masculine à 51 % contre 49 % avec un sexe ratio de 1,04.

La majorité des patients avaient un niveau socio-économique moyen dans 72,27 % des cas (n = 160).

La majorité des patients avaient un niveau d'étude secondaire, primaire et supérieure dans respectivement 26,81 %, 25,5 % et 24,54 %. 10 % des patients étaient en âge préscolaire.

La plupart des patients exerçaient dans un secteur d'activité primaire avec un pourcentage de 46 %.

La majorité (81 %) des patients n'avaient pas d'assurance maladie.

La Majorité des patients avaient été pris en charge directement à l'hôpital dans 78 % des cas. 5,29 % des patients ont eu recours à la médecine traditionnelle.

31,75 % patients avaient initié un traitement par automédication par des antalgiques dans 10 % des cas.

Les principaux antécédents médicaux étaient le diabète et l'HTA dans respectivement 10,4 % et 7,2 % des cas.

Les principales dermatoses bactériennes non spécifiques retrouvées étaient les dermohypodermites bactériennes non nécrosantes dans 7 % des cas, les impétigos dans 6 % des cas et les furoncles dans 3 % des cas.

La principale dermatose bactérienne spécifique retrouvée dans notre étude était la lèpre tuberculoïde chez un seul cas.

Les principales mycoses superficielles retrouvées étaient les dermatophyties et la teigne du cuir chevelu dans respectivement 28 % et 12 % des cas.

Le mycétome était retrouvé chez 2 patients.

La gale représentait la principale dermatose parasitaire 7,7 %

Les principales dermatoses virales retrouvées étaient le zona dans 6 % des cas, le pityriasis rose de Gibert dans 5,4 % des cas.

La sérologie HIV était réalisée chez 21 % (n=57) des patients. Elle était positive de type 1 chez 5 % (n=13) des patients.

La biopsie cutanée était réalisée chez 03 patients ; dont 2 cas de maladie de Kaposi, et 01 cas de lèpre tuberculoïde.

Sur le plan thérapeutique, les antifongiques et les antibiotiques étaient les principales classes thérapeutiques utilisées comme traitement spécifique dans respectivement 41 % et 26 % des cas.

Les antihistaminiques étaient le principal médicament non spécifique utilisé dans 44 % des cas.

Au cours du suivi, 159 patients étaient régulièrement suivis, 59 patients étaient perdus de vue et 4 patients étaient décédés, soit une mortalité de 2,27 %.

Parmi ces patients, on notait une évolution clinique favorable chez 153 patients et une rechute chez 6 patients.

La majorité des patients décédés avaient une dermohypodermite bactérienne nécrosante, et on retrouvait un lien significatif avec ($P=0.0001$).

À l'issue de ce travail, nous avons formulé quelques recommandations :

❖ **À l'endroit des médecins :**

- Médecins généralistes : Renforcer les formations médicales continues sur les affections dermatologiques.
- Référer en consultation spécialisée les urgences dermatologiques.

❖ **À l'endroit des patients :**

- Consultation précoce dès l'apparition des premiers signes
- Adhérer à l'observance thérapeutique
- Eviter les AINS et l'automédication
- Respecter les normes d'hygiène universelle

❖ **À l'endroit des autorités sanitaires :**

- Améliorer l'accès aux soins spécialisés
- Amélioration de la couverture maladie universelle
- Promouvoir la formation continue du personnel de santé, surtout des centres de santé périphériques pour une meilleure prise en charge adéquate des affections.

- La création d'unité spécialisée en dermatologie vénérologie dans tous les hôpitaux régionaux et les centres de santé de référence, ainsi que l'amélioration du plateau technique.

❖ **Aux autorités universitaires**

- L'instauration d'un stage obligatoire en dermatologie pour tous les étudiants à la filière médecine générale.

RÉFÉRENCES

1. **Aaron DM.** Pityriasis versicolor. Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-mycosiques-cutan%C3%A9es/pityriasis-versicolor>.
2. **AboutKidsHealth (FR) AKH-Article** [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=752&language=French>.
3. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).** Situation économique et sociale régionale 2011. Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Ziguinchor, Août 2012, 165 p. http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES_Ziguinchor-2011.pdf
4. **Agence pour une Vie de Qualité (AViQ).** Gale. [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.wiv-isp.be/matra/fiches/gale.pdf>.
5. **Alakloby OM.** Pattern of skin diseases in Eastern Saudi Arabia. Saudi Med J. oct 2005;26(10):1607-10.
6. **Alpesmed.** Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : herpès cutané et muqueux [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <http://umvf.omsk-osma.ru/campus-dermatologie/Cycle2/Poly/0500faq.html>.
7. **Amedome A, Salou M, Balo K, et al.** Trachoma rapid assessment in the infantile population of Togo. Médecine Tropicale. 2011; 71(5): 515-516.
8. **Amraoui ME, Boui M.** Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique dans le milieu rural marocain. Ann Dermatol Vénérologie. 1 déc 2016; 143(12, Supplement): S316.

9. **Arcury TA, Feldman SR, Schulz M, et al.** Maladies de la peau diagnostiquées chez les travailleurs agricoles migrants en Caroline du Nord : prévalence et facteurs de risque. *J Agric Saf Santé* 2007; 13(4): 407-18.
10. **Arfi C, Dehen L, Bénassaïa E, et al.** Dermatologic consultation in a precarious situation: a prospective medical and social study at the Hôpital Saint-Louis in Paris. *Ann Dermatol Venereol* Octobre 1999; 126(10): 682-6.
11. **Arfi C, Dehen L, Bénassaïa E, Faure P, Farge D, Morel P, et al.** Dermatologic consultation in a precarious situation: a prospective medical and social study at the Hôpital Saint-Louis in Paris. *Ann Dermatol Venereol*. oct 1999; 126(10): 682-6.
12. **Assaffar N, Amal S.** Les dermatoses infantiles en milieu hospitalier: expérience de service de Dermatologie au CHU Mohamed VI. :4.
13. **Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL).** Syndrome de Larva migrans. Syndrome de larva migrans cutanée (dermatite ankylostomienne). Cours [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/toxocarose/site/html/3.html>.
14. **Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL).** Syndrome de Larva migrans. Toxocarose. Cours [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/toxocarose/site/html/1.html#1>.
15. **Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL).** Leishmanioses. Cours.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/leishmanioses/site/html/cours.pdf>

16. **Aubry P.** Maladie de Kaposi Actualités. Médecine Tropicale. 2019 ; 5 p.
17. **Bahbah K.** Les mycétomes au Maroc à travers les cas du service de Parasitologie-Mycologie Médicale de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat. [Internet] [Thesis]. 2014 [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/14488>.
18. **Basdag H, Rainer BM, Cohen BA.** Molluscum contagiosum: to treat or not to treat? Experience with 170 children in an outpatient clinic setting in the northeastern United States. *Pediatr Dermatol.* juin 2015; 32(3): 353-7.
19. **Bernard-Bonnin AC.** La roséole. Naître et Grandir, 2019 [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-enfant-bouton-roseole-herpes/>.
20. **Bilan P, Colin-Gorski AM, Chapelon E, Sigal ML, Mahé E.** Gale hyperkératosique favorisée par l'utilisation de dermocorticoïdes : à propos d'un cas. *Arch Pédiatrie.* 1 déc 2015;22(12):1292-4.
21. **Bingefors K, Lindberg M, Isacson D.** Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey. *Br J Dermatol.* août 2002; 147(2): 285-90.
22. **Boche S.** La candidose buccale est un symptôme à prendre au sérieux. In : *Éliminez votre candidose naturellement...* [Internet]. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://lacandidose.com/la-candidose-buccale/>.
23. **Borderon JC, Goudeau A, Barthez MA, Rougeole I.** Le virus. Aspects épidémiologiques et cliniques. *EMC - Mal Infect.* janv 2007;4(2):1-28.
24. **Boudghene Stambouli OB, Dahmani B, Himeur Z, Dib Lachachi A.** Profil épidémiologique des affections dermatologiques de 1981–2017 : expérience du service de dermatologie de CHU Tlemcen (Ouest Algérie). *Ann Dermatol Vénérologie.* 1 mai 2018; 145(4, Supplement): A31.

25. **Bower J.** Épidermolyse staphylococcique aigue.wmf [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur : <http://jack-bower.e-monsie.com/album/epidermolyse-staphylococcique-aigue-wmf.html>
[Accès au site bloqué]
26. **Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A.** [Childhood dermatosis in a dermatology clinic of a general university hospital in Spain]. Actas Dermosifiliogr. mars 2008; 99(2): 111-8.
27. **Cedef.** Item 164 – UE 6 Infections à herpès virus du sujet immunocompétent. Ann Dermatol Vénérologie. juin 2015; 142: S122-34.
28. **CEDEF.** Module 7 : Santé et environnement, maladies transmissibles. infections-cutcedef2008.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.amiform.com/web/documentation-dermatologie-antibio/infections-cutcedef2008.pdf>.
29. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Impetigo: All You Need to Know. Group A Streptococcal (GAS) Disease [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/impetigo.html>.
30. **CISMeF.** Zona. Descripteur MeSH [Internet]. Rouen University Hospital; [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cismef.org/page/zona>
31. **CMAJ.** Kerion | [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cmaj.ca/content/189/20/e725>
32. **Collège National des Enseignants de Dermatologie.** Item 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes. Cours.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_9/site/html/cours.pdf.
33. **Collège National des Enseignants de Dermatologie.** Pédiculoses. Cours [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_5/site/html/2.html.

34. **Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU).** Éruptions fébriles. Cours [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/eruptions_febriles/site/html/3_4.html.
35. **Crépy MN.** Paronychie - Atlas de dermatologie professionnelle [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.atlasdedermatologieprofessionnelle.com/index.php/Paronychie>.
36. **Delphine ma Nanou.** La maladie pieds-mains-bouche [Internet]. Centerblog. 2014 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <http://delphinemananou.centerblog.net/460-la-maladie-pieds-mains-bouche>.
37. **Deluzarche C.** Définition | Onychomycose - Mycose des ongles - Mycose unguéale | Futura Santé [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-onychomycose-8273/>.
38. **Denguezli M.** Le sycosis staphylococcique. Atlas de Dermatologie. Sycosis [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: https://www.uvt.rnu.tn/resources-uvt/cours/atlas_dermato/atlas/furonclefin2.htm.
39. **Denguezli M.** Leishmanioses cutanées [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://denguezli.tripod.com/cours/LEISHM.htm>.
40. **Denguezli M.** Tuberculose cutanée. Atlas de Dermatologie. [Internet]. [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: https://www.uvt.rnu.tn/resources-uvt/cours/atlas_dermato/atlas/tbcFin.htm.
41. **Diadie S, Diatta B, Ndiaye M, Gaye M, Sow D, Ndiaye MT, et al.** Histoplasmose multifocale à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* chez un Sénégalais de 22ans sans immunodépression prouvée. J Mycol Médicale. 1 sept 2016; 26(3): 265-70.

42. **Diatta CD, Gueye M, Akpo LE.** Les plantes médicinales utilisées contre les dermatoses dans la pharmacopée Baïnouk de Djibonker, région de Ziguinchor (Sénégal). *J Appl Biosci.* 16 déc 2013;70:5599-607.
43. **Dignon SM, Komenan K.** Profil épidémio-clinique et prise en charge thérapeutique des dermatoses infectieuses dans un centre de santé secondaire. [cité 16 mai 2021]; Disponible sur: <https://invenio1.uvci.edu.ci/record/11694>.
44. **Dione H, Bammo M, Lawson ATD, Seck F, Diousse P, Gueye N, et al.** Les urgences dermatologiques à l'hôpital régional de Thiès/Sénégal : une série de 240 cas. *Rev Afr Médecine Interne.* 11 juin 2018; 5(1): 11-4.
45. **Diven DG.** An overview of poxviruses. *J Am Acad Dermatol* janvier 2001;44(1):1-16.
46. **EFurgences.** Les dermatoses bactériennes [Internet]. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/seformer/cours/59-dermatoses.html>.
47. **Eloy G, Guillon P, Zahi R, Pariat J.** Épidémiologie et mortalité des fasciites nécrosantes dans un hôpital francilien – étude rétrospective sur 10 ans. *Rev Chir Orthopédique Traumatol.* 1 nov 2015; 101(7, Supplement): S184.
48. **Fofana Y, Traoré B, Dicko A, Faye O, Berthé S, Cissé L, et al.** Profil épidémio-clinique 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 Afr Med J* [Internet]. 20 déc 2016 [cité 17 mai 2021];25. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5337288/>.
49. **Frances P, Fernandez AR, Chan Sun C, Gregori Serradell E.** Les affections virales à papillomavirus au niveau plantaire : une préoccupation importante pour la prise en charge des sportifs ! [Internet]. *La médecine du sport.* [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.lamedecinedusport.com/specialites/les-affections-virales-a->

papillomavirus-au-niveau-plantaire-une-preoccupation-importante-pour-la-prise-en-charge-des-sportifs/.

50. **Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, et al.** Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N Engl J Med* 2006 Jan 12; 354(2): 119-30.
51. **Gahouma D, Koko J, Nzame-Viéirin Y.** Les aspects épidémiologiques des dermatoses infantiles en zone rurale au Gabon. *Bull Méd Owendo*. 1 janv 2007; 11(30): 95-7.
52. **Giang D, Villoing B, Allo JC.** Poux de tête, Poux de corps et Morpions. *Médecine d'urgence - Urgences médicales* [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://urgences-serveur.fr/poux-de-tete-poux-de-corps-et,2153.html>.
53. **Glossaire.** Definition of Favus [Internet]. *Glossary*. 2020 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.healthbenefitstimes.com/glossary/favus/>.
54. **Hassam B, Senouci K, Bennouna-Biaz F.** Experience du service de dermatologie d'Avicenne - Rabat. :2.
55. **Hochedez P, Datry A, Caumes É.** Mycoses superficielles. *EMC - Traité Médecine AKOS*. janv 2007; 2(4): 1-6.
56. **Inès GC, Gilbert A, Esthelle DBK, Carolle WA, Gabriel D, Jean H. GALE** En milieu rural au Bénin en 2018 : caractéristiques épidémiologiques et cliniques scabies in Benin rural communities in 2018: epidemiological and clinical characteristics. 2020; 14.
57. **INFOVAC.** Rougeole : la maladie et le vaccin [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/rougeole>
58. **Jim_vitale.** Anthrax!!! [Internet]. *santevitale*. 2017 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.santevitaleonline.com/anthrax/>.

59. **Kassi K, Allou AS, Gbery IP, Kouamé K, Kouassi KA, Ecra EJ, et al.** CO 05 : Dermatoses infectieuses dans un centre de soins de santé primaire en Côte d'Ivoire, cas du centre de soins de santé communautaire de Yopougon-attié. *Ann Dermatol Vénérologie*. 1 avr 2016; 143(4, Supplement 1): S22-3.
60. **Kaye KM.** Infections par le virus herpès simplex (HSV). Infections [Internet]. *Manuels MSD pour le grand public*. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/infections/infections-%C3%A0-virus-herp%C3%A8s/infections-par-le-virus-herp%C3%A8s-simplex-hsv>.
61. **Keïta M, Koulibaly M, Soumah MM, et al.** Morbidité et mortalité hospitalières dans le service de dermatologie-MST du CHU de Conakry (Guinée). *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2014; 141(Issue 12): S356-S357.
62. **Keïta S, Faye O, Traoré A, et al.** Dermatoses des plis chez le noir Africain à Bamako (Mali). *International Journal of Dermatology* 2012;51(1):41–44.
63. **Kobangue L.** Etude transversale des affections dermatologiques au service de dermatologie et de vénérologie de Bangui, République Centrafricaine. *Rev Afr Malgache Rech Sci Santé* [Internet]. 2014 [cité 15 juin 2021]; 2(1). Disponible sur: <http://publication.lecames.org/index.php/sante/article/view/270>.
64. **Kodio B, Cissé I AH, Konaré HD, et al.** Fréquence des consultations dermatologiques dans les activités du service de médecine interne de l'Hôpital National du Point G à Bamako. *Mali Méd.* 2014; XXIX(3): 1-5.
65. **Kofi AA.** Dermatoses observées en consultation de médecine interne au CHU de Bouaké. Thèse Méd., Bouaké, 2014 ; n° 409, 118 p.
66. **Konaté I, Karabinta Y, Ouembe ADL, et al.** Profil des dermatoses chez les diabétiques en consultation dans le service de dermatologie au CHU Gabriel Touré. *Mali Méd.* 2018; XXXIII: 4.

67. **Koumaré MAK, Soumaré MS, Touré MAA, Ouattara MK, Dolo MA, Diakité MS, et al.** DER chirurgie et spécialités chirurgicales. :102.
68. **Lakjiri S, Meziane M, Elloudi S, et al.** Les dermatoses génitales : profil épidémiologique et Clinique. Pan Afr Med J. 2014; 18: 240.
69. **Larousse.** Herpès buccal – Média Larousse [Internet]. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Herp%C3%A8s_buccal/1006989.
70. **Laurent R, Meynadier J, Souteyrand P, Roujeau JC, Bédane C.** Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : tumeurs à papillomavirus humain (HPV). Ann Dermatol Venereol 2002 octobre ; 129(10 suppl): S137-42.
71. **Lazarczyk M, Favre M.** Les papillomavirus humains cutanés oncogènes sont-ils des commensaux défectifs ? médecine/sciences. 1 mai 2008; 24(5): 454-6.
72. **le Grand A, Wondergem PA.** Les phytothérapies anti-infectieuses de la foretsavane, Senegal (afrique occidentale) I. Un inventaire. J Ethnopharmacol. 1 nov 1987; 21(2): 109-25.
73. **Lees S.** Automédication en dermatologie. Médecine humaine et pathologie. 2014 ; dumas-01219854, 108 p.
74. **Lorier-Roy E.** La gale. Dermato-Info, [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-gale>.
75. **Maillard A, Trelu LT, Eicher N, Michaud M, Laffitte E.** Prise en charge des pédiculoses en 2012. Rev Médicale Suisse. 2012; 7.
76. **Malle O.** Dermatoses chez les adultes séropositifs au VIH a l'hôpital Gabriel Touré à propos de 106 cas en 2006. Thèse Méd., Bamako, 2007, 102 p.
77. **Marck Dr.** La varicelle classique | bébésanté.fr [Internet]. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.bebesante.fr/sante-0-24/maladies-contagieuses/varicelle/la-varicelle-classique>.

78. **Masson E.** Automédication et dermatoses aiguës : étude prospective de 111 malades hospitalisés [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/155375/figures/automedication-et-dermatoses-aigues-etude-prospec>.
79. **Masson E.** Dermatophytes et dermatophytoses [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/285882/dermatophytes-et-dermatophytoses>.
80. **Masson E.** Larva migrans [Internet]. EM-Consulte. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/253786/larva-migrans>.
81. **Masson E.** Les motifs d'hospitalisation en dermatologie à Lomé (Togo) [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/213099/les-motifs-dhospitalisation-en-dermatologie-a-lome>
82. **Masson E.** Mycétomes : 130 cas [Internet]. EM-Consulte. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/154046/mycetomes-130-cas>
83. **Morand JJ.** Manifestations cutanéomuqueuses des mycoses profondes et/ou tropicales (hors candidoses). EMC - Dermatol. sept 2012; 7(3): 1-11.
84. **Ndiaye D, Diallo M, Sene PD, Ndiaye M, Ndir O.** Histoplasmosse disséminée à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* au Sénégal. À propos d'un cas chez un patient VIH positif. J Mycol Médicale. 1 mars 2011; 21(1): 60-4.
85. **Ndiaye M, Taleb M, Diatta BA, Diop A, Diallo M, Diadie S, et al.** Les étiologies des intertrigos chez l'adulte : étude prospective de 103 cas. J Mycol Médicale. 1 mars 2017; 27(1): 28-32.
86. **Netgen.** La gale en 2012 [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-335/La-gale-en-2012>

87. **Netgen.** Les pédiculoses [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-128/32594>.
88. **Niang SO, Kane A, Diallo M, et al.** La prévalence des dermatoses dans les écoles coraniques à Dakar (Sénégal). Mali Med 2008 (<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3449>).
89. **Nyangono Ndzie J.** Étude panoramique des dermatoses chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU Point G, Bamako (Mali. 2019 [cité 12 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2134>).
90. **Osio Un, Deslandes E, Saada V, Morel P, Guibal F.** Clinical characteristics of molluscum contagiosum in children in a private dermatology practice in the greater Paris area, France: a prospective study in 661 patients. Dermatologie 2011; 222(4): 314-20.
91. **Ousmane S.** Profil épidémiologique-clinique de la pathologie dermatologique relevé lors d'une caravane médicale a Tan-Tan. Thèse Méd., Marrakech, 2011; n° 110, 106 p.
92. **Perna AG, Tyring SK.** A review of the dermatologic manifestations of poxvirus infections. Dermatol Clin 2002 Apr; 20(2): 343-6.
93. **Philibert P, Chiche L, Retornaz F, Delord M, Rebaudet S, Stavris C, et al.** Sarcome de Kaposi associé au VIH : à propos d'un cas illustrant le caractère protecteur des inhibiteurs de protéase du VIH. Rev Médecine Interne. 1 juin 2017; 38: A220-1.
94. **Pichardo-Geisinger R, Muñoz-Ali D, Arcury TA, Blocker JN, Grzywacz JG, Mora DC, et al.** Dermatologist-diagnosed skin diseases among immigrant Latino poultry processors and other manual workers in North Carolina, USA: Skin diseases among immigrant Latino poultry processors. Int J Dermatol. nov 2013; 52(11): 1342-8.

95. **Piérard E.** Dermatologie pityriasis rosé de Gibert Gibert's disease pityriasis rosea erythromycin - [Internet]. [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <http://dermatologie.free.fr/cas34rep.htm>.
96. **Piérard E.** Dermatologie syndrome pieds mains bouche coxsackie virus. [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <http://dermatologie.free.fr/cas92rep.htm>.
97. **Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané B-F, Sangaré A, Niamba P, et al.** Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins. *Ann Dermatol Vénérologie*. nov 2015; 142(11): 633-8.
98. **Pomares C, Marty P, Delaunay P.** Isolated Itching of the Genitals. *Am J Trop Med Hyg*. 2 avr 2014; 90(4): 589-90.
99. **Requier C, Pierard G.** Regarder la peau pour convaincre des risques du tabagisme et aider à les prévenir. *Rev Médicale Liège* [Internet]. 2003 [cité 12 juin 2021]; 58(6). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/11139>
100. **Revankar SG.** Cryptococcose - Maladies infectieuses [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/maladies-infectieuses/mycoses/cryptococcose>.
101. **Rguieg N.** La staphylococcie maligne de la face chez l'enfant. Thèse Méd., 2019, n° 448, 151 p.
102. **Sadikh Badiane A, Diongue K, Ndiaye M, Cheikh Seck M, Dieng T, Ndiaye D.** Point sur l'épidémiologie des mycétomes au Sénégal. *J Mycol Médicale*. 1 sept 2017; 27(3): e7.
103. **Samaké MZ.** Dermatoses chez les diabétiques à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Thèse Méd., Bamako, 2021; 84 p.

104. **Sanda Andriamaromanana N.** Profil épidémio-clinique des dermatoses communes.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: http://biblio.univ-antananarivo.mg/pdfs/andriamaromananaNyS_MED_DOC_15.pdf
105. **Sandra RH.** Automédication au cours des affections dermatologiques vues au service de dermatologie du CHUJRB. :113.
106. **Sarosi GA, Silberfarb PM, Tosh FE.** Cutaneous cryptococcosis. A sentinel of disseminated disease. *Arch Dermatol* 1971 Jul;104(1):1-3.
107. **Schuster A, Lesshafft H, Talhari S, et al.** Life Quality Impairment Caused by Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans in Resource-Poor Communities in Manaus, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis.* 8 nov 2011; 5(11): e1355.
108. **Seck B, Ly F, Ndiaye MTD, Diouf A, Diop A, Fall F, et al.** Profil épidémio-clinique des affections cutanées à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar : étude portant sur 12 390 patients sur une période de 1 an. *Ann Dermatol Vénérologie.* 1 déc 2016; 143(12, Supplément): S145.
109. **Semikenke S, Adégbidi H, Minani J, Bisimwa G.** Les dermatoses de l'enfant en milieu hospitalier à Bukavu : aspects épidémiologiques et cliniques. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2018; 145(4): A40.
110. **Taoufik Dr.** Syphilis - Medix cours de médecine en ligne - Encyclopédie Médicale, 2020 [Internet]. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.medixdz.com/cours/syphilis-dermatologie.php>.
111. **Tigoulet F, Fournier V, Caumes E.** Formes cliniques de la tuberculose cutanée. *Bull Soc Pathol Exot.* 12 déc 2001;6.
112. **Toukara TM, Soumah MM, Keita M, Diané B, Bangoura M, Baldé H, et al.** Profil épidémiologique et clinique des dermatoses infectieuses chez les enfants au service de dermatologie de l'hôpital national Donka. *Ann Dermatol Vénérologie.* déc 2012; 139(12): B137-8.
113. **Touré S.** Les dermatoses courantes de l'adulte au CHU de Gabriel Touré. Thèse Méd., Bamako, 109 p.

114. **Weinberg J.** Ecthyma - Dermatology Advisor [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur :
<https://www.dermatologyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/dermatology/ecthyma/>.
115. **Wikipédia.** Teigne (maladie). [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur:
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Teigne_\(maladie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Teigne_(maladie)).
116. **Willcox PA, Rayner BL, Whitelaw DA.** Community-acquired Staphylococcus aureus bacteraemia in patients who do not abuse intravenous drugs. QJM Mon J Assoc Physicians. janv 1998; 91(1): 41-7.
117. **World Health Organization.** WHO Expert Committee on Leprosy. World Health Organ Tech Rep Ser. 2012; (968): 1-61, 1 p following 61.
118. **Ziani J, Elloudi S, Benkirane S, et al.** Staphylococcie maligne de la face : une série de 3 cas. EM Consulte 2019; 146(12S): A204.

ANNEXES

Tableau n °1 : Classification de la tuberculose cutanée selon BEYT

I.	Source exogène :tuberculose d'inoculation	- Chancre tuberculeux - Tuberculose verruqueuse - <i>Lupus vulgaris</i>
II.	Source endogène : tb secondaire, par contiguïté ou auto inoculation	- Scrofuloderme - Tuberculose orificielle
III.	Tuberculose hématogène	- Lupus vulgaris - Tuberculose miliaire aigue - Gomme tuberculeuse
IV.	Tuberculose éruptive	- Lichen scrofulosorum - Tuberculides papulaires ou papulo-nécrotiques - Érythème induré de Bazin vascularite nodulaire

Tableau n °2 : Traitement de la lèpre [119]

Forme clinique	Patient	Molécules	Posologies	Durée (mois)
Lèpre paucibacillaire	Adultes	Rifampicine Dapsone	600 mg/mois 100 mg/jour	6
	Enfants	Rifampicine Dapsone	450 mg/mois 50 mg/jour	6
Lèpre multibacillaire	Adultes	Rifampicine	600 mg/mois	12
		Clofazimine Dapsone	300 mg/mois et 50 mg/jour 100 mg/jour	
	Enfants	Rifampicine	450 mg/mois	12
		Clofazimine Dapsone	150 mg/mois et 50 mg/jour 50 mg/jour	

Tableau n °3 : Traitement syphilis

Stade	Antibiotiques privilégiés	Si allergie a l pénicilline
Primaire	Pénicilline G benzathine	Doxycycline3 (VibramycineMC), 100 mg, PO, BID pour 14 jours
Secondaire	(Bicillinmc L-A)	OU Après désensibilisation : Pénicilline G benzathine (Bicillinmc L-A) 2,4 millions d'unités, IM, en dose unique
Latent précoce	2,4 millions d'unités, IM, en dose unique	
Latent Tardif	Pénicilline G benzathine	Après désensibilisation : Pénicilline G benzathine (Bicillinmc L-A) 2,4 millions d'unités, IM, 1 fois par semaine pour 3 doses OU Doxycycline3 (VibramycineMC), 100 mg, PO, BID pour 28 jours
Latent de durée Inconnue	(Bicillinmc L-A) 2,4 millions d'unités, IM, 1 fois par semaine pour 3 doses	

FICHE D'ENQUETE

LES DERMATOSES INFECTIEUSES A ZIGUINCHOR :

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs

Date..... / / Centre de recrutement : Numéro de dossier :

I-ETAT CIVIL

Date de naissance :/..... /.....

Lieu de naissance :

Sexe : M F

Ethnie : Wolof Pulaar Sérère Mandingue Diola Autres :

Origine géographique :

Lieu de résidence :

N° téléphone :

Profession :

Secteur d'activité : Primaire Secondaire Tertiaire

Revenus fixes : oui non

Niveau économique : bas moyen élevé

Situation matrimoniale : couple marié(e) Célibataire divorcé veuf (Ve)

Niveau d'études : analphabète

-Ecole française : primaire secondaire supérieur

-Ecole arabe : primaire secondaire supérieur

Assurance maladie : sans IPM état autres

II-MOTIF CONSULTATION OU HOSPITALISATION :

III-ITINERAIRE THERAPEUTIQUE :

Début de la symptomatologie

Prise en charge initiale :

Poste de santé Centre de Santé Hôpital Pharmacie autres :

Traitement reçu :

Traditionnel : Décoction Poudre Bain

Moderne : Antibiotiques : oui non

Corticoïdes : oui non

Autres :

-Durée du traitement traditionnel : jours : semaines :

-Durée du traitement moderne : jours : semaines :

-Evolution sous traitement : stationnaire Amélioration Aggravation

IV-ANTECEDENTS :

•Antécédents personnels :

-Médicaux :

HTA Diabète Tuberculose Autres :

-Chirurgicaux : opéré(e) non opéré(e)

•Antécédents familiaux :

ATCD de connectivites : oui Non

-Si oui : préciser :

•Habitue et mode de vie :

Alcool : oui non

Tabac : oui non Si oui : nombre de paquet /année :

V-EXAMEN CLINIQUE :

MANIFESTATIONS CLINIQUES :

DERMATOSES BACTERIENNES

NON SPECIFIQUES

Folliculite furoncle abcès orgelet sycosis de la barbe impétigo ecthyma
phlegmon dermohypodermite bactérienne non nécrosante dermohypodermite bactérienne
nécrosante

Autres :

SPECIFIQUES

Tuberculose cutanée si oui préciser la forme clinique :

Lèpre si oui préciser la forme clinique :

Mycobactérie atypique

DERMATOSES MYCOSIQUES

MYCOSES SYPERFICIELLES

Dermatophytie teigne du cuir chevelu onychomycoses candidose pityriasis versicolore
autres :

MYCOSES PROFONDES

Mycétome histoplasmosse cryptococcoce autres :

DERMATOSES PARASITAIRES

Gale pédiculose leishmaniose cutanée si oui forme clinique :

larva migrans cutané autres :

DERMATOSES VIRALES

Herpes zona varicelle pityriasis rosé de Gibert autres :

VI. EXAMENS PARACLINIQUES :

Hémogramme

Hémoglobine VGM CCMH

Sérologie VIH : positif négatif TYPE :

TPHA positif négatif / VDRL positif négatif

Plaquettes VS : CRP :

Biochimie

Glycémie : CPK..... LDH : ASAT : ALAT :

Urée Créatininémie :

Autres :

PRELEVEMENT INFECTIEUX :

Bactériologique si oui ; résultat :

Mycologique si oui ; résultat :

Parasitologique si oui ; résultat :

Virologique si oui ; résultat :

Autres examens :

ECG oui non

Radio thorax de face. oui non

Echo abdomino-pelvienne oui non

Echo doppler artério-veineux oui non

Echo cardiaque oui non

Autres :

VII. TRAITEMENT :

Traitement symptomatique

Antalgique antipyrétique antihistaminique antiseptique hydratation

Traitement spécifique Antibiotique antivirale antiparasitaire antifongique

VIII. EVOLUTION

Guérison clinique oui non

Rechutes oui non

Perdu de vue oui non

Décès oui non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, 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.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

RÉSUMÉ

LES DERMATOSES INFECTIEUSES

Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs sur une période de 08 mois au service de dermatologie de l'hôpital régional de Ziguinchor

Introduction

Les dermatoses infectieuses sont des manifestations cutanéomuqueuses en rapport avec une cause infectieuse. Leur prévalence est variable en milieu tropical avec une prédominance des causes fongiques. La gravité est liée au risque de complications systémiques qui met en jeu le pronostic vital. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des dermatoses infectieuses.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et transversale sur une période de 08 mois recensant tous les dossiers de malades suivis pour une dermatose infectieuse au service de dermatologie de l'hôpital régional de Ziguinchor.

Résultat

Nous avons colligé 220 cas de dermatoses infectieuses soit une prévalence hospitalière de 30.3%. L'âge moyen des patients était de 30,35 ans [107 hommes -113 femmes]. Les tares sous-jacentes étaient un diabète dans 10,4% (n=23) et une infection au VIH 1 dans 7.27 % (n= 16). Les malades avaient reçu une prise en charge initiale dans 31.75% avec en particulier des antalgiques en automédication dans 10% et une phytothérapie dans 5.29%. Une prévalence élevée des dermatoses mycosiques étaient notée dans 50.7% (n=112) dominé par les dermatophyties dans 22.7%. Les dermatoses virales étaient notées dans 28.5%(n=63) avec une prédominance du zona dans 6.3% suivie du PRG avec 5.4%. Les dermatoses bactériennes étaient notées dans 25.4%(n=56) représentées en majorité par les dermohypodermite non nécrosantes dans 7.2% (n=16). Les dermatoses parasitaires notées dans 11.8% (n=26) étaient dominées par la gale dans 17.7% (n=40). Tous les malades avaient reçu un traitement étiologique et symptomatique. L'évolution était favorable dans 69,5% (n=153) avec cependant une mortalité à 2.27% (n=5).

Conclusion

Les dermatoses infectieuses constituent une demande de soins préoccupante dans la région de Ziguinchor. Les causes fongiques et virales sont les plus fréquentes dans notre étude avec cependant des causes bactériennes graves notamment les dermohypodermite bactériennes qui sont responsables en majorité de la mortalité liée aux dermatoses infectieuses. La prise en charge précoce et idoine de ces dermatoses contribuerait à améliorer le pronostic des malades.

Mots clés : Épidémiologie, dermatoses infectieuses, Ziguinchor.