

Revue de Dermatologie Tropicale

*Bulletin officiel de la Société de Dermatologie
d'Afrique Francophone*

ARTICLES ORIGINAUX

- 1- **Dermatoses chez les enfants infectés par le vih dans un service de pédiatrie à Cotonou : Aspects épidémiologiques et cliniques**

Adégbidi H, et *al.*

- 2- **Les cancers cutanés dans la région de Thiès au Sénégal : profil épidémiologique-clinique, facteurs favorisants et d'aggravation**

Pauline Dioussé, et *al.*

- 3- **Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des infirmités liées à la lèpre dans les sites de prise en charge de la ville de Conakry**

Keita M, et *al.*

- 4- **La manucure et la pédicure dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) : pratiques et risques**

N. Korsaga-Somé, et *al.*

- 5- **La microalbuminurie et sa signification au cours de la dermatite atopique de l'enfant**

LENGA Loumingou IA, LOUMINGOU R

- 6- **Evaluation de la mise en œuvre des directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de prise en charge du VIH/Sida dans les pays de la Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)**

VP. Pitché, et *al.*

CAS CLINIQUES

- 7- **Intérêt de la corticothérapie locale dans le syndrome de reconstitution immunitaire (SRI) du sujet infecté par le VIH : Cas de l'herpès génital.**

Gbery IP, et *al.*

- 8- **Mal perforant plantaire révélant une lèpre tuberculoïde en consultation externe à Abidjan**

Gbandaman KP, et *al.*



Rev Dermatol Trop
2022;1,1



Rev Dermatol Trop

Revue Africaine de Dermatologie Tropicale
Rev Afr Dermatol Tropic (à venir)
ISSN (à venir)
© EDUCI 2022.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- 1- Dermatoses chez les enfants infectés par le vih dans un service de pediatrie à Cotonou : Aspects épidémiologiques et cliniques**
Adégbidi H, Hounnou d'Ameida M, Dégboé B, AkiohTollo I, Koudoukpo C, Atadokpède F.....7-11
- 2- Les cancers cutanés dans la région de Thiès au Sénégal : profil epidemio-clinique, facteurs favorisants et d'aggravation**
Pauline Dioussé, Haby Dione, Madoky Magatte Diop, Mariama Bammo, Tonleu Linda Bentefouet, Fatou Seck, Ndiaga Gueye, Adama Berthe, Chérif Dial, Pape Souleymane Touré, Mame Thierno Dieng, Bernard Marcel Diop, Mamadou Mourtalla K.....12-16
- 3- Profils épidémiologique, clinique et thérapeutique des infirmités liées à la lèpre dans les sites de prise en charge de la ville de Conakry**
Keita M, Tounkara TM, Soumah MM, Diané BF, Keita F, Camara I, Kanté MD, Guilavogui V, Kaba MS, Baldé H, Cissé.....17-20
- 4- La manucure et la pédicure dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) : pratiques et risques**
N. Korsaga-Somé, J-B. Andonaba, M.S. Ouédraogo, B. Diallo, P. Tapsoba, C. Savadogo, L. Ilboudo, F. Barro/Traoré, P. Niamba, A. Traoré.....21-27
- 5- La microalbuminurie et sa ignification au cours de la dermatite atopique de l'enfant**
LENGA Loumingou IA, LOUMINGOU R.....28-32
- 6- Evaluation de la mise en œuvre des directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de prise en charge du VIH/Sida dans les pays de la Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)**
VP Pitché, C Brito, SP Eholié, B Saka, K Yéboué, J Coker, A Nsiire.....33-39

CAS CLINIQUES

- 7-Intérêt de la corticothérapie locale dans le syndrome de reconstitution immunitaire (SRI) du sujet infecté par le VIH : Cas de l'herpès génital.**
Gbery IP, Ahogo KC, Ecra EJ.....40-43
- 8- Mal perforant plantaire révélant une lèpre tuberculoïde en consultation externe à Abidjan**
Gbandaman KP, Kouassi KA, kouassi YI, Kourouma HS, Ahogo KC.....44-46



Rev Dermatol Trop

Revue Africaine de Dermatologie Tropicale
Rev Afr Dermatol Tropic (ISSN à venir)
© EDUCI 2022.

**COMITE EDITORIALE DE LA REVUE AFRICAINE
DE DERMATOLOGIE TROPICALE**

Redacteur en chef : Pr Mohamed CISSE

Redacteur en chef adjoint : Pr Joseph Elidjé ECRA

Secrétaire de rédaction : Pr Célestin Kouadio AHOGO

Comite de rédaction : Pr Hugues ADEGBIDI (Benin), Pr Nina KORSAGA (Burkina Faso), Pr Barthélemy SAKA (Togo), Pr Mohamed SOUMAH(Guinée), Pr Moussa DIALLO(Sénégal), Pr Armand KOUOTOU(Cameroun), Pr Ousmane FAYE (Mali)

Responsable marqueting : Dr, MCA Evelyne DAINGUY

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Président :

Membres : Pr A. Sangaré (Abidjan), Pr F. Ly (Dakar), Pr G Lorette (Paris), Pr P.Niamba (Ouagadougou), Pr M. Ball (Nouakchott), Pr S. Eholié (Abidjan), Pr O.Niang (Dakar), Pr P Gbery (Abidjan) Pr M. Dosso-Bretin (Microbiologie - CI), Pr C Gombe (Congo), Pr V Pitche (Togo), Pr A. Ondo (Gabon), Pr H Yao (Néphrologie - CI), Pr Folquet-Amorrissani. (Pédiatrie, Néonatalogie - CI), Pr ETI Edmond (Rhumatologie - C), Pr TANON A (Maladie infectieuses et tropicales - CI) Pr M Salissou (Niger)

Correspondance : Toute correspondance doit être adressée à : Société de Dermatologie d'Afrique Francophone (SODAF) - Site web : www.sodaf.net - **Email :** jocra@hotmail.com



Rev Dermatol Trop

Revue Africaine de Dermatologie Tropicale
Rev Afr Dermatol Tropic (ISSN à venir)
© EDUCI 2022.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

La revue « Dermatologie tropicale » éditée par la Société de Dermatologie d'Afrique Francophone est un organe d'expression francophone et anglophone et un forum de partage d'expériences et de résultats de recherche dans le champ de la santé en milieu dit tropical. Elle a pour but la publication d'articles scientifiques et de formation continue consacrés à la dermatologie, à la cosmétologie, aux maladies sexuellement transmissibles et à la biologie cutanée.

Type de manuscrit La revue publie

La revue publie :

- des articles originaux ou mémoires concernant tous les aspects de la dermatologie tropicale · des cas cliniques;
- des revues générales;
- des lettres à la Rédaction rapportant des travaux non susceptibles d'une publication détaillée;
- des articles à visée pédagogique pour la formation continue ou traitant de l'enseignement et de l'évaluation en dermatologie tropicale;
- des éditoriaux;
- diverses rubriques (résumés de communications de congrès...).

Conditions générales de publication

Les articles engagent la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Le premier auteur doit certifier sur le manuscrit l'existence ou l'absence de conflit d'intérêt et le transfert du droit de copie à l'éditeur (copyright). Il est de la responsabilité des auteurs d'obtenir l'autorisation de reproduire des parties (tables, illustrations, texte...) d'autres publications. Dans ce cas la source originale devra être citée.

Soumission des manuscrits

Les textes doivent être adressés en fichier Microsoft Word en format doc par courrier électronique à l'adresse suivante :

Courriel : sodafrique@gmail.com.

Les photos ou dessins sont scannés et joints après compression en format jpeg avec une définition suffisante supérieure à 300 dpi. L'auteur peut indiquer dans quelle rubrique il souhaite que son texte soit publié. Tout texte sera soumis à l'avis de deux lecteurs et d'un membre du comité de rédaction. Le comité de rédaction décidera au vu de ces avis soit de publier, soit de proposer des modifications, soit de refuser le texte. Chaque article soumis doit être conforme aux instructions aux auteurs. La rédaction se réserve le droit de renvoyer aux auteurs, avant toute soumission à l'avis des lecteurs, les manuscrits qui ne seraient pas conformes à ces instructions. Il est conseillé aux auteurs de conserver un exemplaire du manuscrit, des

figures et des tableaux. Pour chaque article soumis un numéro est attribué par la rédaction. Ce numéro doit être conservé et sert au suivi de l'article soumis.

Le comité de rédaction décide :

- l'acceptation sans nouvelle soumission aux lecteurs (avec éventuellement des corrections mineures réalisées par la Rédaction,
- de l'acceptation sous réserve de modifications de forme et/ou de fond, avec soumission à nouveau au comité de lecture de la nouvelle version. Un texte accepté doit être renvoyé corrigé dans le mois suivant l'avis du comité de rédaction. Après acceptation définitive, la Rédaction se réserve le droit de modifier la forme ou de supprimer l'iconographie sous réserve d'accord de l'auteur après envoi par courrier électronique de la version définitive PDF.

Présentation des textes

Les articles sont adressés en langue française ou anglaise. Les textes doivent être soumis en police de caractère Arial ou Times New Roman, en corps 12, en double interligne, 25 lignes par page, avec une marge droite et gauche de 2.5cm (avec numérotation simple des pages sans tête et pied de page, sans insertion automatique). Les tableaux sont intégrés au texte avec leurs

légendes et sont appelés dans le texte (tableau 1). Les histogrammes, schémas, diagrammes, dessins, arbres décisionnels figurent à part et sont appelés par le terme de figure (figure 1). Toute l'infographie doit être accompagnée des données chiffrées sur des fichiers à part, permettant la reconstitution des histogrammes et des graphiques. Les photos sont jointes sur des fichiers séparés, numérotés ; l'appel des photos (figure 2) doit figurer dans le texte, leurs légendes sont groupées à la fin de l'article. L'origine des figures (photo, dessins...) doit être précisée ; la reproduction de documents déjà publiés doit être accompagnée de l'autorisation de l'éditeur ou de l'auteur possesseur du copyright. La première page du manuscrit, quelle que soit la rubrique proposée, doit comporter :

- un titre ciblant bien le sujet, relativement concis,

- le (ou les) prénom(s) et les noms des divers auteurs, l'adresse professionnelle de chaque auteur, le nom et l'adresse de l'auteur correspondant, ses numéros de téléphone et de télécopie et surtout, son adresse e-mail. Les articles originaux ne doivent pas dépasser 12 pages (références non comprises) ; ils nécessitent une introduction précisant clairement le but de l'étude, un chapitre matériel et méthodes suivi des résultats, une discussion, une conclusion, des références. Les cas cliniques ne doivent pas dépasser 6 pages (références non comprises mais limitées à 15). Les éditoriaux : 4 pages.

- **Les revues générales** peuvent être sollicitées par la Rédaction ; le manuscrit ne doit pas dépasser 16 pages; les références peuvent être exhaustives.
- **Les lettres à la Rédaction**, la longueur du manuscrit est limitée à 3 pages, le nombre de références à 5.

Les abréviations sont explicitées lors de leur première apparition dans le texte et leur nombre doit être réduit au minimum. Les symboles et unités scientifiques doivent être conformes aux normes internationales. Les composés chimiques et pharmaceutiques doivent être désignés par leur nom générique (dénomination commune internationale DCI) avec la première lettre en minuscule. Les noms de spécialité, si leur citation est indispensable, doivent figurer entre parenthèses, avec la première lettre en majuscule et sont suivis du sigle.

Résumés

Des résumés en français et en anglais (reprenant le titre) sont à fournir pour tous les articles scientifiques ; ils doivent être structurés:

but, méthodes (ou observation), résultats (sauf pour les cas cliniques), conclusion. Le résumé devra être très informatif sans dépasser 250 mots. Trois à cinq mots clés en français et en anglais (keywords) doivent impérativement accompagner les résumés.

Références

Chaque référence est citée dans le texte par un numéro. Les références sont classées au chapitre « Références » selon leur ordre de citation dans le texte. Chaque référence écrite selon les recommandations de l'*international committee of medical journal editor* (www.icmje.org) et les normes de Vancouver.

Par exemple, la référence d'un article comporte le nom de chaque auteur suivi des initiales de son (ses) prénom(s) sans point intercalés ; au-delà de 6 auteurs, abrégé par « et al. » ; le titre de l'article dans sa langue originale, le nom de la revue (abrégé selon l'index Medicus), l'année de parution, le tome, la première et la dernière page. Seuls les articles déjà publiés ou qui sont sous presse peuvent être mentionnés. Les références de thèses, de résumés de congrès ou de présentations orales sont à éviter.

Les communications personnelles, les données non publiées, les manuscrits en préparation ou soumis à publication sont à indiquer dans le texte entre parenthèses et non dans la liste des références.



Rev Dermatol Trop

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

**Revue Africaine de Dermatologie (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol 2022;1,1:7-11.**

© EDUCI 2022

**DERMATOSES CHEZ LES ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH DANS UN
SERVICE DE PÉDIATRIE À COTONOU : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET
CLINIQUES**

**DERMATOSES IN HIV-INFECTED CHILDREN IN A PEDIATRIC UNIT IN
COTONOU: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS**

**ADÉGBIDI H¹, HOUNNOU D'AMEIDA M², DÉGBOÉ B¹, AKIOHTOLLO I¹, KOUDOUKPO C³,
ATADOKPÈDÉ F¹**

Article reçu le 02 /01/22 ; Article accepté le 20/ 07/22

- 1- Service de Dermatologie-Vénérologie du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou/ Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou
- 2- Service de Pédiatrie et de Génétique Médicale du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou/ Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou
- 3- Service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Départemental du Borgou-Alibori/ Faculté des Sciences de la Santé de Parakou

Correspondance : Dr Hugues Adégbidi. Mail : adegbidih@yahoo.fr

Introduction

L'étude des manifestations dermatologiques observées au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a un double intérêt : diagnostique et pronostique. Elles peuvent survenir à tous les stades de l'infection, avec une fréquence variable selon leur nature.

En Afrique où la prévalence de l'infection à VIH élevée, plusieurs études témoignent de la grande richesse des atteintes cutanées tant chez l'adulte que chez l'enfant infectés par le VIH [1-5]. Très peu d'études ont été consacrées aux dermatoses chez les enfants infectés par le VIH en Afrique Occidentale et Centrale. Au Bénin, aucune étude ne s'y est intéressée. L'objectif de la présente était donc d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des dermatoses chez les enfants infectés par le VIH et suivis dans le service de Pédiatrie et Génétique Médicale (PGM) du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU-C).

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive sur une période de 6 mois (février à juillet 2012) dans le service de PGM du CNHU-C.

Elle a porté sur une cohorte d'enfants âgés de 6 semaines à 15 ans, infectés par le VIH et suivis depuis 2002 dans le service ainsi que les nouveaux patients vus en consultation durant la période d'étude, chez qui au moins un diagnostic de dermatose a été retenu par un dermatologue.

Sont considérés comme infectés par le VIH, les enfants dont la sérologie VIH est positive après l'âge de 18 mois et ceux ayant une *Polymerase Chain Reaction (PCR)* positive avant l'âge de 18 mois. Les données basées sur les éléments du dossier médical, de l'interrogatoire et de l'examen physique ont été recueillies grâce à une fiche d'enquête.

Les variables étudiées étaient qualitatives et quantitatives. Les logiciels Epi Info 6 et SPSS 16 nous ont permis d'analyser les données grâce aux méthodes statistiques habituellement utilisées. La recherche de liens entre la survenue de la dermatose et les autres variables indépendantes

est faite par une analyse bi variée ; le chi carré de Pearson, permettant de rechercher une association entre les variables, est significative lorsque $p < 0,05$. Les enfants sont inclus après le consentement éclairé des parents. La confidentialité et l'anonymat dans le traitement des données ont été respectés.

Résultats

Cette étude présente des biais liés aux études transversales, mais elle nous a permis d'obtenir les résultats suivants.

Durant la période d'étude, sur un total de 187 enfants infectés et suivis dans le service de PGM, 114 présentaient au moins une dermatose donnant une prévalence de 61%.

Le sex-ratio H/F chez les enfants présentant une dermatose était de 0,9 ($p = 0,2$). L'âge moyen était de 8 ans +/- 3,8 ans. Dans la tranche d'âge des 0-4 ans ($n=41$), la proportion d'enfants atteints de dermatoses est de 85,5% versus 9,5% pour ceux qui n'ont pas de dermatose ($p = 0,003$). Dans les tranches d'âges de 5-9 ans et 10-15 ans, $p > 0,05$.

Dans cette série, les enfants scolarisés représentaient 71,9% des cas dont 48,2% au cours primaire. Les modes de transmission du VIH étaient materno-foetal (94,7%) et sanguin (5,3%). Tous les enfants de la série ont été infectés par le sous-type VIH1. des mères ou tutrices des enfants atteints de dermatoses avaient le niveau primaire et 30,7% avaient été non scolarisées. Sur le plan professionnel, elles étaient soit des ménagères (33,3%), soit des revendeuses (31,6%).

Dans la série des enfants atteints de dermatoses, 81,6% avaient un antécédent de dermatose dont : le prurigo (38,7%) et la staphylococcie cutanée (18,3%). La dermatose a permis de découvrir la séropositivité dans 24,3% des cas. Elle est bien antérieure à la découverte de la séropositivité dans 38,5% des cas et est survenue après dans 32,5%. Selon la classification de l'OMS, les stades cliniques 1,2, 3 et 4 comptaient respectivement 28,1%, 56,1%, 9,7% et 6,1% des enfants ayant une dermatose. Le stade clinique 2 était le plus représenté ($p = 0,0002$).

Nous avons diagnostiqué 240 dermatoses classées dans le tableau I en dermatoses infectieuses (55 cas ; 22,9%) et non infectieuses (185 cas ; 77,1%). Aucune dermatose tumorale n'a été identifiée. Deux dermatoses au moins ont été observées simultanément dans 97,4% des cas.

Le taux de CD4 était supérieur à 350 chez 82,5% des enfants atteints de dermatoses et inférieur à 350 chez 17,5%. (Voir tableau II).

Parmi les enfants vus en consultation pour une dermatose, 75,4 % était sous traitement ARV et 24,6 % étaient sans traitement ARV. Le cotrimoxazole était systématiquement prescrit chez 9,5% d'entre eux. La fréquence du prurigo chez les enfants sous ARV était de 23% contre 44% chez les enfants sans ARV ($p = 0,03$). Celle du sudamina était de 24,5% chez les enfants sous ARV contre 21,4% chez les enfants sans ARV ($p = 0,004$). Pour les autres dermatoses, $p > 0,05$.

Tableau I : Dermatoses observées chez les 114 enfants VIH positifs vus en consultations dans le service de PGM de février à juillet 2012

Dermatoses		n	%	
Infectieuses (55 cas ; 22,9%)	<i>Mycoses</i> (23 cas)	Pityriasis versicolor	9	7,9
		Candidose buccale	8	7,2
		Teigne	6	5,3
		Verrues planes	7	6,1
		Varicelle	4	3,5
	<i>Viroses</i> (17 cas)	Herpes	3	2,6
		LOC	1	0,9
		PRG	1	0,9
		Rougeole	1	0,9
		Furonculose	5	4,4
<i>Bactériennes</i> (12 cas)		Impétigo	4	3,5
		Folliculite	3	2,6
		Scabiose	3	2,6
Non infectieuses (185 cas ; 77,1%)		Prurigo	46	40,3
		Xérodermie	45	39,5
		Dermite sudorale	27	23,7
		Eczéma	24	21,1
		Toxidermies bénignes	19	16,7
		Dermite séborrhéique	7	6,1
		Psoriasis	6	5,3
		Acné juvénile	6	5,3
		Autres dermatoses	4	3,5
			6	5,2
Total		240		

NB : LOC : leucoplasie orale chevelue, PRG : pityriasis rosé de Gibert

Tableau II : Différents groupes de dermatoses en fonction du taux de CD4 chez les 114 enfants VIH positifs vus en consultations dans le service de PGM de février à juillet 2012

Dermatoses	n	CD4 ≥ 500	350 ≤ CD4 < 500	200 ≤ CD4 < 350	CD4 < 200
		%	%	%	%
Mycosiques	23	65,2	17,4	4,4	13
Virales	15	40	53,3	00	6,7
Bactériennes	10	60	20	00	20
Parasitaires	3	66,7	00	33,3	00
Non infectieuses	74	59,5	21,6	12,2	6,7

Discussion

Les dermatoses étaient fréquentes chez les enfants infectés par le VIH et suivis dans le service de PGM/CNHU/C. Cependant cette fréquence est inférieure à celles d'autres pays africains: 70,6% (Zambie), 72,6% et 79% (Ethiopie), 85% (Tanzanie) [2-5].

La majorité des enfants de notre série étaient en âge scolaire mais seulement les 2/3 étaient scolarisés. De plus, la plupart des mères ou tutrices de ces enfants avaient un bas niveau intellectuel et avaient une faible source de revenu. Ces facteurs socio-économiques pourraient contribuer à l'importante fréquence des dermatoses chez ces enfants.

L'intérêt diagnostique des affections cutanées dans l'infection VIH a été confirmé dans notre étude (1/4 enfants).

Dans la majorité des études, la fréquence des dermatoses augmente avec le taux d'immunosuppression^[1,4,6,7]. Dans notre étude, cet intérêt pronostique était controversé: les dermatoses survenaient chez la majorité des enfants (84,2%) au stade 1 et 2 et 82,5% d'entre eux avaient un taux de CD4 ≥ 350. Mais ce fait nous amène à conclure qu'outre l'immunodépression définie par les stades cliniques de l'OMS et le taux de CD4, il existe d'autres facteurs qui interviennent dans la fréquence plus grande des dermatoses chez les enfants VIH positifs. Mubiana-Mbewe et al ont eu à montrer que les facteurs de vulnérabilité et de co-morbidité tels que : l'âge (< 5 ans), la malnutrition, l'absence de prophylaxie au cotrimoxazole, le diagnostic tardif de l'infection VIH ou le début tardif du traitement ARV, le type de traitement ARV étaient associés à une plus grande fréquence de diverses affections dont les dermatoses chez les enfants infectés par le VIH[2]. Seoane Reula et al ont quant à eux démontré que les traitements ARV de type HAART diminuaient l'incidence des dermatoses^[9].

Dans la plupart des études, les dermatoses infectieuses opportunistes étaient les plus fréquemment rencontrées^[4,6-8]. Dans notre étude, les dermatoses infectieuses représentaient 48,4% des cas alors que les dermatoses non infectieuses atteignaient plus de trois fois cette proportion. Il faut noter cependant que les dermatoses fréquemment rencontrées au cours de notre étude ne sont pas des affections opportunistes. La majorité d'entre elles sont des dermatoses communes non infectieuses (xérodermie, dermite sudorale, eczéma et toxidermie) qui sont aussi retrouvées chez le sujet immunocompétent. Le prurigo (40,3%) et la xérodermie (39,5%) de par leur fréquence élevée semblaient être des dermatoses spécifiques chez l'enfant séropositif. Le traitement ARV semblait diminuer la survenue du prurigo comme démontré dans les études antérieures.

La fréquence de la dermite sudorale (23,7%) pourrait être liée à son caractère saisonnier. Nous avons constaté que le traitement ARV a semblé augmenter la fréquence de la dermite sudorale (p = 0,004). Ce phénomène se rapproche de celui observé avec l'augmentation de la fréquence des toxidermies, suggérant donc un rôle de susceptibilité du traitement ARV dans l'apparition de la dermite sudorale.

Des études ultérieures sont à envisager pour apprécier les caractéristiques cliniques et étiologiques de l'eczéma et de la toxidermie qui s'étaient révélées des affections relativement fréquentes chez ces enfants (21,1% et 16,7%). Cependant, il faut noter l'absence de cas de toxidermie grave.

Les dermatoses faisant suspecter une infection à VIH sont connues pour leur caractère trainant, atypique, résistant au traitement. Comme dans les études antérieures^[1-8], multiplicité des dermatoses observées chez la quasi-totalité (94,7%) des enfants pourrait être aussi une spécificité orientant vers une infection à VIH chez ceux-ci.

Une étude prospective de suivi sur une longue durée nous permettra de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses.

Comme dans les études antérieures^[4,8,9] qui ont retrouvé pas ou rarement de cas de dermatose tumorale telle que la maladie de Kaposi, nous n'avons pas observé de cas de dermatose tumorale chez ces enfants. Au Bénin, il a été rapporté un nombre plus élevé de cette affection chez les adultes^[10]. Cette observation pourrait être liée au type de notre étude qui pourrait ne pas prendre en compte tous les cas de dermatoses chez les enfants infectés par le VIH.

Conclusion

Les dermatoses étaient fréquentes chez les enfants infectés par le VIH et suivis dans le service de PGM/CNHU/C.

Notre étude a confirmé l'intérêt diagnostique de certaines dermatoses dans l'infection à VIH, mais leur intérêt pronostique n'a pu être confirmé. Les dermatoses inflammatoires non infectieuses occupaient une proportion assez importante mais les dermatoses infectieuses avaient une fréquence non négligeable. Mis à part le prurigo et la dermite sudorale, le traitement ARV ne semblait pas influencer l'incidence des dermatoses chez les enfants infectés par le VIH.

RÉFÉRENCES

- 1- Umoru D, Oviawe O, Ibadin M, Onunu A, Esene H. Mucocutaneous manifestations of pediatric human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) in relation to degree of immunosuppression: a study of a west African population. *Int J of Dermatol.* 2012; 51: 305-312.
- 2- Mubiana-Mbewe M, Bolton-Moore C, Banda Y, Chintu N, Nalubamba-Phiri M, Giganti M, Guffey MB, Sambo P, Stringer EM, Stringer JS, Chi BH. Causes of morbidity among HIV-infected children on antiretroviral therapy in primary care facilities in Lusaka, Zambia. *Trop Med Int Health.* 2009 Oct; 14(10):1190-8.
- 3- Edayehu Y, Mekasha A, Daba F. The pattern of mucocutaneous disorders in HIV infected children attending care and treatment in Tikur Anbesa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia.
- 4- Panya M F, Mgonda M Y, Massaye M Y. The pattern of mucocutaneous disorders in HIV-infected children attending care and treatment centres in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health.* 2009; 9: 234.
- 5- Doni S N, Mitchell A S, Bogale Y, Walker S L. Skin disorders affecting human immunodeficiency virus-infected children living in an orphanage in Ethiopia. *Clin and Exp Dermatol* 2011; 37: 15-19.
- 6- Oliveira de Carvalho V, Marinoni P L, Martins F T L, Giraldo S, Taniguchi K, Bertogna J. Dermatologic alterations in children with AIDS and their relation with clinical-immunological categories and viral load. *An Bras Dermatol.* 2003; 78 (6): 679-692.
- 7- Wananukul S, Deekajorndech T, Panchareon C, Thisyakorn U. Mucocutaneous findings in pediatric AIDS related to degree of immunosuppression. *Pediatr Dermatol.* 2003; 20 (4): 289-94.
- 8- El Hachem M, Bernardi S, Pianosi G, Krzysztofiak A, Livadiotti S, Gattinara GC. Mucocutaneous manifestations in children with HIV infection and AIDS. *Pediatr Dermatol* 1998; 15 (6): 429-34.
- 9- Seoane Reula E, Bellon JM, Gurbindo D, Muñoz-Fernandez MA. Role of antiretroviral therapies in mucocutaneous manifestations in HIV-infected children over a period of two decades. *Br J Dermatol* 2005; 153 (2): 382-9.
- 10- Atadokpèdé F, Yédomon H, Adégbidi H, Sèhonou J, Azondékon A, Padonou F. Manifestations cutanéomuqueuses des personnes vivants avec le VIH à Cotonou (Bénin). *Med Trop* 2008 ; 68 : 00.

Résumé

L'objectif de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologique-cliniques des dermatoses chez les enfants infectés par le VIH dans un service de Pédiatrie à Cotonou (Bénin). A travers une étude transversale et descriptive sur 6 mois, nous avons recensés tous les enfants séropositifs au VIH âgés de 6 semaines à 15 ans, suivis dans le service et chez qui le diagnostic de dermatose a été retenu par un dermatologue.

La prévalence des dermatoses chez les enfants infectés par le VIH dans le service était de 61%. Le sex-ratio H/F était 0,9 et l'âge moyen 8 ans +/- 3,8 ans. La dermatose a permis de découvrir la séropositivité dans 24,3% des cas. La répartition des enfants présentant une dermatose selon le stade clinique de l'OMS était par ordre décroissant: stade 2 (56,1%), stade 1 (28,1%), stade 3 (9,7%), stade 4 (6,1%) et selon le taux de CD4 : CD4 > 350 (82,5%) et < 350 : 17,5%. 240 dermatoses ont été diagnostiquées dont 22,9% d'infectieuses et 77,1 de non infectieuses. Les dermatoses infectieuses étaient : mycosiques (23 cas), virales (17 cas), bactériennes (12 cas) et parasitaire (3 cas). Le prurigo (46 cas), la xérodémie (45 cas), la dermite sudorale (27 cas), l'eczéma (24 cas) et les toxidermies bénignes (19 cas) étaient les principales dermatoses non infectieuses.

Notre étude a confirmé la fréquence et l'intérêt diagnostique de certaines dermatoses dans l'infection à VIH chez les enfants. Les dermatoses inflammatoires non infectieuses occupaient une proportion assez importante mais les dermatoses infectieuses avaient une fréquence non négligeable.

Abstract

The objective of our work was to study the epidemiological and clinical aspects of skin diseases in children infected with HIV in the Pediatrics Department of Cotonou (Benin). Through a cross-sectional and descriptive study of 6 months, we have identified all the HIV-infected children aged from 6 weeks to 15 years followed in the service and in whom the diagnosis of skin disease was made by a dermatologist.

The prevalence of skin diseases in children infected with HIV in the service was 61%. The sex ratio M / F was 0.9 and the mean age 8 years +/- 3.8 years. The HIV infection was discovered in 24.3% of cases of skin disease. The distribution of children with skin disease with WHO clinical stage was in order: stage 2 (56.1%), stage 1 (28.1%), stage 3 (9.7%), stage 4 (6.1%). CD4 count revealed: CD4> 350 (82.5%) and CD4<350: 17.5%. In 240 skin diseases diagnosed, 22.9% were infectious and 77.1 were non-infectious. Infectious skin diseases were: fungal (23 cases), viral (17 cases), bacterial (12 cases) and parasitic (3 cases). Prurigo (46 cases), xerosis (45 cases), sweat dermatitis (27 cases), eczema (24 cases) and benign drug reactions (19 cases) were the main non-infectious skin diseases.

Our study confirmed the frequency and diagnostic value of some skin diseases in HIV infected children. Noninfectious inflammatory dermatoses occupied a high proportion but infectious dermatoses had a significant frequency.



Rev Dermatol Trop

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Revue Africaine de Dermatologie (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol 2022;1,1:12-16.

© EDUCI 2022

LES CANCERS CUTANÉS DANS LA RÉGION DE THIÈS AU SÉNÉGAL : PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE, FACTEURS FAVORISANTS ET D'AGGRAVATION *PROFILE OF SKIN CANCERS IN THE REGION OF THIÈS IN SENEGAL (WEST AFRICA)*

Pauline Dioussé¹, Haby Dione¹, Madoky Magatte Diop¹, Mariama Bammo², Tonleu Linda Bentefouet¹, Fatou Seck¹, Ndiaga Gueye², Adama Berthe¹, Chérif Dial⁴, Pape Souleymane Touré¹, Mame Thierno Dieng³, Bernard Marcel Diop¹, Mamadou Mourtalla Ka¹.

Article reçu le 02 /01/22 - Article accepté le 20/ 08/22

1. Service de Dermatologie-Vénérologie, Université de Thiès, Sénégal.
2. Dermatologie, hôpital régional de Thiès Sénégal
3. Dermatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.
4. Anatomopathologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

Correspondance : Dr DIOUSSE Pauline,
UFR des sciences de la Santé, Université de Thiès/Sénégal, BP : 34 A Thiès / Sénégal
Email : paudiousse@yahoo.fr

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les cancers cutanés étaient plus décrits dans les pays développés. Ils sont actuellement de plus en plus décrits dans les pays en développement et chez les sujets de race noire [1]. Des fréquences hospitalières, de même que les différents types de cancers cutanés étaient rapportés par de nombreux auteurs en Afrique du Nord, de l'Ouest et du centre^[2,3-7].

Des études, faites dans la capitale sénégalaise, notaient une fréquence hospitalière de 0,24% en dermatologie et 16% en cancérologie sur une période de 10 ans avec une prédominance des carcinomes^[8,9]. Dans un contexte de pauvreté en milieu rural, de nombreux facteurs influent sur le retard de diagnostic et la tendance évolutive des tableaux cliniques, ce qui a justifié notre travail.

Les objectifs étaient d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques des cancers cutanés à l'hôpital régional de Thiès.

Méthodes

- *Type et cadre d'étude* : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée dans le service de dermatologie de l'hôpital régional de Thiès.

- *Période d'étude* : L'étude était menée sur une période de 8 ans (2008-2016).

- *Les critères d'inclusion* : étaient inclus les dossiers de patients reçus en consultation externe ou hospitalisés pour un cancer cutané histologiquement confirmé.

- *Les critères de non inclusion* : les dossiers de patients présentant un cancer cutané non confirmé à l'histologie.

Les paramètres étudiés étaient :

- les données démographiques : l'âge, le sexe, la profession, le délai de consultation, le traitement antérieur, les dermatoses prédisposantes (ulcère chronique, albinos, dépigmentation artificielle, xéroderma pigmentosum, lupus discoïde);
- cliniques : le type de cancer, la topographie des lésions;
- Histologiques : le délai de réalisation et le diagnostic histologique;

- Thérapeutiques : le délai entre la confirmation du diagnostic et la prise en charge et le traitement entrepris;
- Evolutives : favorables, perdu de vue, décès.

Les données étaient recueillies et analysées selon le logiciel EPI INFO version 3.5.4.

Résultats

Sur 34566 patients, 65 cancers ont été colligés soit une prévalence hospitalière de 0,18%. L'âge moyen était de 58 ans avec des extrêmes de 7 à 90 ans. 57% (n=37) de nos patients étaient des hommes avec un sexe ratio de 1,32. 3/4 des patients avaient des revenus très faibles, avec 38,5% (n=25) de ménagères et 12,3% (n=8) de cultivateurs. Les patients qui avaient recours à la phytothérapie représentaient 60% (n=39)

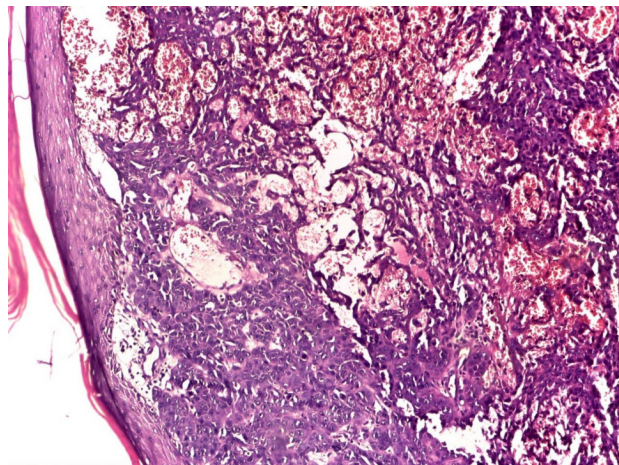
Le délai moyen entre l'apparition des lésions et la première consultation était de 12 mois avec des extrêmes étaient de 2 à 60 mois. Parmi les facteurs retrouvés, il y'avait l'ulcère chronique, l'albinisme, la dépigmentation artificielle, le Xéroderma pigmentosum, le lupus discoïde. Les carcinomes épidermoïdes (Figures 1,2) étaient les plus représentés avec 33,8% des cas (n=22) suivis des mélanomes et de la maladie de kaposi (Tableau 1). Les hématomies étaient constitués essentiellement de lymphomes T.



Fig 1 : Carcinome spinocellulaire du décolleté chez une femme ayant utilisé des produits dépigmentant durant plus de 20 ans.

Les carcinomes épidermoïdes étaient localisés à la tête et au cou 15,3% (n=10), aux membres

inférieurs 9,2% (n=6), au thorax 4,6% (n=3), à l'abdomen et au dos 4,6% (n=3). Tous les 13 cas de mélanomes étaient de type acral plantaire. La maladie de Kaposi a été diffuse chez 8 patients et localisée aux membres inférieurs chez 5 patients. Toutes les localisations du carcinome basocellulaire étaient nasales, celles de la maladie de Paget aux mamelons et celle du dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand à la cuisse.



Fig; 2 : Carcinome épidermoïde différencié de la peau infiltrant un stroma œdémateux : épiderme non tumoral, carcinome au grossissement x 200, Hématoxyline éosine.

Le délai médian de réalisation de l'histologie était de 2 mois avec des extrêmes de 1 à 80 mois ; alors que celui entre le résultat histologique et la prise en charge carcinologique était de 4 semaines avec des extrêmes de 1 à 64 semaines.

Sur le plan thérapeutique 10,8% (n=7) patients étaient amputés, 43,1% (n=28) ont subi une exérèse large et 52,3% (n=34) une chimiothérapie. L'évolution était marquée par une guérison dans 35,4% (n=23) des cas, 46,1% (n=30) de décès et 18,5% (n=12) de perte de vue. Le temps médian de suivi était de 4 mois avec des extrêmes de 1 à 24 mois.

Tableau 1 : Les types de cancers en fonction de l'âge médian, du sexe et des facteurs prédisposant.

Type de cancer	n	%	Age médian (ans)	Sexe		T a b a - gisme	DA	Facteurs prédisposant				
				H	F			Albinos	Ulcère chronique	Lupus discoïde	Sérologie rétrovirale	XP
Spinocellulaire	22	33,9	58	14	8	2	2	1	5	5	0	2
Mélanome	13	20	61	8	5	1	0	0	0	0	0	0
Kaposi	13	20	48	7	6	1	0	0	0	0	8	0
Sarcomes inclassés	6	9,2	67	4	2	1	0	0	0	0	0	0
Hématodermies	3	4,6	56	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Nodule de sœur Marie-Joseph	3	4,6	68	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Basocellulaire	2	3,1	56	1	1	1	0	1	0	0	0	0
Paget	2	3,1	72	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand	1	1,5	50	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	65	100	58	37	28	6	2	2	5	5	8	2

H : homme

F : femme

DA: dépigmentation artificielle

XP: Xérodema pigmentosum

Discussion

Cette étude nous a permis de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers cutanés dans la région de Thiès dominés par les carcinomes épidermoïdes. Les cancers cutanés sont des cancers rares en Afrique noire comme en témoigne la fréquence hospitalière faible dans notre série et dans les autres séries d'Afrique Noire^[6-11]. Cette rareté pourrait s'expliquer par l'inaccessibilité des structures sanitaires, l'absence du personnel qualifié, le recours à la médecine traditionnelle. Ces derniers facteurs peuvent entraîner la sous notification probable des cas et le retard diagnostique noté dans notre étude et probablement dans les autres études d'Afrique de l'Ouest tels que celui du Burkina avec un délai moyen de consultation de 13,4 mois^[11]. Ce sont des cancers qui surviennent le plus souvent après la cinquantaine, avec des moyennes d'âge de 54,81 ans et de 55 ans retrouvées respectivement au Bénin et en Tunisie^[3,10].

Les principales affections prédisposant retrouvées dans notre série telles que l'ulcère chronique, l'albinisme, le lupus discoïde sont quasiment les mêmes retrouvés dans les études du Togo, du Burkina et du Sénégal^[6,9,11]. Cependant la dépigmentation artificielle est un nouveau facteur incriminé dans la survenue de cancers cutanés et des cas ont été décrits dans la capitale sénégalaise^[12]. Ce sont des patientes utilisant des produits dépigmentant à base de corticoïdes et d'hydroquinone depuis plus de 20 ans. Le rôle carcinogène de ce dernier a été démontré chez les rongeurs^[13]. Nos deux cas ont présenté des carcinomes épidermoïdes du décolleté. De même comme autres facteurs prédisposant, les ulcères chroniques de jambe

jouent un rôle dans la survenue de ces cancers dans nos pays tropicaux^[6,8,9].

Quant au mélanome, son incidence est faible dans notre série ainsi que dans les séries d'Afrique noire : 30% au Burkina et 10,3% dans une série togolaise^[6,11]. Le rôle protecteur de la mélanine explique sa faible incidence. La localisation préférentielle aux extrémités des membres en Afrique s'explique en partie par le faible taux de mélanine et les facteurs traumatiques. La prévalence du Mélanome est importante en Tunisie où Mseddi et al rapportaient en 2017 une prévalence de 48%. En France, entre 1980 et 2000, le taux d'incidence du mélanome standardisé a augmenté de 2,4 à 7,6 pour 100000 personnes/années chez les hommes et de 3,9 à 9,5 chez les femmes^[3,14,15].

Concernant la maladie de Kaposi, sa proportion est de 20% dans notre série et plus de la moitié de ces patients était séropositive bien que la prévalence du VIH au Sénégal soit basse de 0,7%^[16]. Ndiaye et al. à Dakar ont décrit des formes endémiques avec une faible incidence ; localisées de manière élective aux membres inférieurs^[17]. Saka et al., au Togo, ont trouvé plus de formes épidémiques diffuses avec une proportion élevée de 46,2% qui seraient liées à la prévalence élevée de l'infection à VIH durant la période de l'étude^[6].

Le carcinome basocellulaire est un cancer cutané fréquent chez les caucasiens, mais rare chez la population noire. Il est rare dans notre série et certaines observations ont été rapportées à Dakar^[18]. Il représente 2% à 8% des cancers cutanés chez les noirs africains^[19]. Les rayons ultraviolets (UV) entre 290 et 400 nm, certaines dermatoses pré néoplasiques (*Xeroderma pigmentosum*, *nevus basocellulaire*,

épidermodysplasie verruciforme) sont impliquées comme des facteurs favorisant à la survenue du carcinome basocellulaire^[20].

Par ailleurs, certains cancers ont été trouvés avec une proportion faible dans notre série. Parmi ceux-ci, on note le nodule de sœur Marie Joseph. Des observations ont été rapportées dans notre région^[21]. C'est un nodule palpable de l'ombilic secondaire le plus souvent à une métastase d'un cancer abdomino-pelvien^[22]. Il en est de même pour la maladie de Paget du mamelon. Elle est rare et représente 1 à 3% des tumeurs mammaires^[23].

La survenue de ces cancers dans un contexte de pauvreté assombrit souvent le pronostic. Comme l'atteste la proportion de décès élevée dans notre série (46,1%) et le nombre important de perdu de vue. Ceci pourrait s'expliquer par le revenu faible des patients, le long délai de consultation, la phytothérapie, le retard accusé entre la réalisation de l'histologie et la prise en charge. Certains de ces facteurs précités ont été notés par Ouedraogo et al. au Burkina^[11].

Conclusion

Notre étude a permis de décrire le profil des cancers cutanés et de déterminer les principaux facteurs favorisants dans la région de Thiès au Sénégal. L'éducation pour la santé, la précocité des consultations, du traitement et des mesures de prévention sont autant de mesures qui permettront d'améliorer le pronostic des cancers dans notre région.

Références

- 1 Gloster HM, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad. Dermatol.* 2006; 55 (5): 741-60.
- 2 Dhiab T, Bouzid T, Gamoudi A, Ben Hassouna J, Boulaares L, Khomsi F et al. Carcinomes épidermoïdes sur cicatrices de brûlure: à propos de 68 patients traités à l'Institut Salah Azaïz. *Oncologie.* 2004 ; 6(8) : 596-9.
- 3 Mseddi M, Marrekchi S, Abdelmaksoud W, Bouassida S, Taha jalel M, Boudaya S et al. Profil épidémiologique des cancers cutanés dans le sud Tunisien. *Tunisie médicale.* 2007 ; 85(6) : 505-8.
- 4 Chbani L, Hafid I, Berraho M, Mesbahi O, Nejari C, Amarti A. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers dans la région de Fès-Boulemane (Maroc). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale.* 2013 ; 19(3) : 263- 70.
- 5 Ndahindwa V, Ngendahayo L, Vyankandondera J. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers dans les centres hospitaliers universitaires du Rwanda. *Revue Médicale Rwandaise.* 2012 ; 69 (1). 40-9.

- 6 Saka B, Souley Z, Kombaté K, Mouhari-Toure A, Akakpo S, Napo-Koura G et al. Les cancers cutanés au Togo : 223 observations. *Med Trop.* 2010 ; 70 : 169-171.
- 7 Darre T, Saka B, Landoh DE, Mouhari-Toure A, Amegbor K, Pitché P et al. Métastases cutanées vues au laboratoire d'anatomie pathologique à Lomé, Togo entre 2005 et 2014. *Pan Afr Med J.* 2015; 22: 388.
- 8 Diallo M, Ndiaye M, Diop A, Diatta BA, Tine M, Seck NB et al. Profil épidémiologique et anatomo-clinique des cancers cutanés au CHU Aristide Le Dantec de Dakar sur une période de 10 ans. *Ann Dermatol Venerol.* 2016 ; 143(4) : 36.
- 9 Dieng MT, Diop NN, Dème A, Sy TN, Niang SO, Ndiaye B. Carcinome épidermoïde sur peau noire : 80 cas. *Ann Dermatol Venerol.* 2004; 131(12): 1055-7.
- 10 Adegbidi H, Yedomon H, Atadokpede F, Balle-Pognon MC, Do Ango-Padonou F. Skin cancers at the National University Hospital of Cotonou from 1985 to 2004. *Int J Dermatol.* 2007; 46(1): 26-9.
- 11 Ouedraogo MS, Zongo N, Ouedraogo NA, Tapsoba GP, Korsaga/Somé NN, Nyamba YB et al. Cancers cutanés sur peau noire en milieu tropical africain. *Ann Dermatol Venerol.* 2015; 142(12) : 529.
- 12 Ly F, Kane A, Dème A, Ngom NF, Niang SO, Bello R et al. Premiers cas de carcinomes épidermoïdes sur terrain de dépigmentation artificielle. *Ann Dermatol Venerol.* 2010; 137: 128- 31.
- 13 Levitt J. The safety of hydroquinone: a dermatologist's response to the 2006 Federal register. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 57: 854-72.
- 14 Grange F. Épidémiologie du mélanome cutané : données descriptives en France et en Europe. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie.* 2005 ; 132(12) : 975-82.
- 15 Uslu U, Erdmann M, Schliep S, Dörrie J, Schaft N, Schuler G et al. Sarcoidosis Under Dendritic Cell Vaccination Immunotherapy in Long-term Responding Patients with Metastatic Melanoma. *Anticancer Res.* 2017; 37(6): 3243-8.
- 16 Ministère de la Santé et de la Prévention, Sénégal (2005) Quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV) 2005. SNGE/DHSP/CRDH, Sénégal.
- 17 Ndiaye M, Diop A, Berthé S, Diallo M, Mjahed S, Diatta BA et al. Maladie de Kaposi endémique à Dakar: étude de 29 cas. *Mali Médical.* 2014 ; 19(4) : 10-3.
- 18 Thiam A, Diom ES, Diouf MS, Ndiaye C, Boube DA, Deguenonvo R et al. Prise en charge du carcinome basocellulaire de la face du sujet noir : A propos de deux cas. *Méd Afr Nre.* 2012; 59(1): 27-32.

- 19 Gloster HM, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55 (5): 741-60.
- 20 Mcguire JF, Ge NN, Dyson S. Non melanoma skin cancer of the head and neck. I: histopathology and clinical behavior. *Am J Otolaryngol.* 2009; 30 (2): 121-33.
- 21 Touré PS, Tall CT, Dioussé P, Berthé A, Diop MM, Sarr MM et al. Nodule de sœur marie joseph révélateur de carcinomes digestifs et ovarien : à propos de 4 cas. *Pan African Medical Journal.* 2015; 22: 269.
- 22 Gabriele R, Conte M, Egidi F, Borghese M. Umbilical metastases: current viewpoint. *World J Surg Oncol.* 2005; 3(1):13.
- 23 National Board of health and welfare (2003). Cancer incidence in sweden 2003. Available: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/86E6C7DO-4650-43DA-82DF_FAC-11CDB54C5:3019720044210.pdf.

Résumé

Introduction : les cancers cutanés sont de plus en plus décrits dans les pays en développement notamment chez les sujets de race noire. Dans un contexte de pauvreté en milieu rural, de nombreux facteurs influent sur la tendance évolutive des tableaux cliniques.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée dans le service de dermatologie de l'hôpital régional de Thiès/Sénégal de 2008 à 2016 à partir de dossiers de patients reçus en consultation externe pour un cancer cutané histologiquement confirmé.

Résultats : 65 cancers ont été colligés soit une prévalence hospitalière de 0,18%. L'âge médian a été de 58 ans avec des extrémités étaient de 7 à 90 ans. Le délai médian entre l'apparition des lésions et la première consultation était de 12 mois avec des extrémités étaient de 2 à 60 mois. Parmi les facteurs prédisposant, il y'avait l'ulcère chronique, l'albinisme, la dépigmentation artificielle, le *Xéroderma pigmentosum*, le lupus discoïde. Les carcinomes épidermoïdes étaient les plus représentés 33,8%, suivis des mélanomes et de la maladie de kaposi respectivement 20%. Tous les mélanomes ont été de type acral plantaire. Sept patients soient 10,8% (n=7) ont été amputés, et 52,3% (n=34) ont bénéficié d'une chimiothérapie. L'évolution a été marquée par 46,1% (n=30) de décès et 18,5% (n=12) de perte de vue.

Conclusion : notre étude a permis de faire le profil des cancers cutanés dans une région du Sénégal, de noter que l'utilisation prolongée de produits dépigmentant semble jouer un rôle probable de survenue des cancers cutanés.

Mots clés : Cancers cutanés, Thiès, Sénégal.

Abstract

Introduction: Skin cancers are increasingly described in developing countries, especially in black subjects. In a context of rural poverty, many factors influence the evolutionary trend of clinical settings.

Methods: This was a retrospective descriptive study carried out in the Department of Dermatology of the regional hospital of Thies / Senegal from 2008 to 2016 from records of patients received on an outpatient basis for histologically confirmed skin cancer

Results: 65 cancers were collected, in a hospital prevalence of 0.18%. The median age was 58 years with extremities ranged from 7 to 90 years. The median time between onset of lesions and first visit was 12 months with extremities between 2 and 60 months. Predisposing factors included chronic ulcer, albinism, artificial depigmentation, *Xeroderma pigmentosum*, discoid lupus. Squamous cell carcinomas were the most represented 33.8%, followed by melanomas and kaposi disease respectively 20%. All melanomas were plantar acral. Seven patients, 10.8% (n = 7), were amputees and 52.3% (n = 34) received chemotherapy. The outcome was 46.1% (n = 30) of deaths and 18.5% (n = 12) of vision loss.

Conclusion: Our study made it possible to profile skin cancers in a region of Senegal, to note that the prolonged use of depigmenting products seems to play a probable role of skin cancer occurrence.

Keywords: skin cancer, Thiès, Senegal.



Rev Dermatol Trop

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Revue Africaine de Dermatologie Tropicale (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol Tropic 2022;1,1:17-20.

© EDUCI 2022

PROFILS ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES INFIRMITÉS LIÉES À LA LÈPRE DANS LES SITES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE CONAKRY (GUINÉE)

Keita M¹, Tounkara TM¹, Soumah MM¹, Diané BF¹, Keita F¹, Camara I, Kanté MD, Guilavogui V³, Kaba MS², Baldé H¹, Cissé M¹.

Article reçu le 02 /02/22 - Article accepté le 19/ 07/22

¹Service de Dermatologie-MST, CHU de Conakry, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

²Dispensaire de Madina, Programme national lèpre, Ministère de la Santé, Guinée.

³Service de Neurologie, CHU de Conakry, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Introduction

L'infirmité est une modification de la structure et de fonctionnement de certaines parties de l'organisme^[1]. La lèpre bien qu'ayant disparu dans de nombreux pays du monde est toujours à l'origine de retentissements physiques et sociaux importants^[2]. Actuellement, deux à trois millions de malades guéris sont porteurs d'infirmité liée à la lèpre^[3]. Chaque année 12.000 à 14.000 nouveaux cas présentant des incapacités de Niveau 2 sont dépistés dans le monde. Entre 2004 et 2008, le pourcentage des malades de la lèpre présentant des incapacités de Niveau 2 était de 2,8 % en Inde, 13,1 % au Yémen et 22,1% en Chine^[4]. En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) notifiait 0, 25 % de nouveaux cas présentant une incapacité de Niveau 2.

En Afrique, la lèpre sévit depuis longtemps, et est la cause de multiples mutilations et invalidités qui entraînent des problèmes d'insertion socio-professionnelle^[3]. Ainsi en Côte d'Ivoire, Koffi et al.^[5] notifiaient lors d'une enquête nationale, une fréquence d'infirmité de 30 % en 1999 contre 35,7 % en 1998. En République Démocratique du Congo en 2004, le programme national d'élimination de la lèpre notifiait plus de 10000 malades souffrant de handicap dus à la lèpre^[6]. De 2011 à 2015, l'objectif de l'OMS dans sa stratégie mondiale était de diminuer le nombre de patients atteints d'invalidité de grade 2 en les dépistant et en les traitant le plus précocement possible^[4,6,7].

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des infirmités liées à la lèpre, décrire le profil démographique

des malades et d'identifier les différents types d'infirmités.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée de Janvier 2000 à Décembre 2013 à partir des dossiers de malades de lèpre enregistrés dans huit centres de prise en charge de la ville de Conakry.

Nous avons utilisé les critères de définition d'infirmités primaire et secondaire et du degré d'invalidité préconisés par l'OMS^[8].

Était considéré comme infirmité primaire :

- la sécheresse de la peau touchant les mains, les pieds et les jambes,
- l'anesthésie touchant les yeux, les mains et les pieds,
- la faiblesse musculaire touchant la face, les yeux, les mains et les pieds.

Était considéré comme infirmité secondaire :

- la lagophtalmie et la baisse de l'acuité visuelle
- l'ulcération, les doigts en griffes, la fonte musculaire et l'amputation touchant les mains,
- le mal perforant plantaire, les orteils en griffe, la fonte musculaire et l'amputation touchant les pieds.

Nous avons inclus dans cette étude, tous les cas d'infirmités lépreuses documentés et enregistrés pour prise en charge thérapeutique entre 2000 et 2013.

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête préétablie. Les variables étudiées étaient les centres de prise en charge, les données épidémiologiques (fréquence, prévalence et le taux de prévalence par année, prévalence globale, incidence et le taux d'incidence par année), les données démographiques (âge, sexe, origine géographique, mode d'admission), les données cliniques (antécédent de lèpre, degré d'infirmité, le type d'infirmité, la forme de lèpre, le type de réaction lépreuse), les données thérapeutiques (prise en charge thérapeutique des infirmités).

Résultats

Nous avons recensé 120 cas d'infirmités lépreuses sur une période de 14 ans soit une prévalence de 20,9 %. Il s'agissait de 71 hommes et 49 femmes avec un sex-ratio de 1,44. L'âge moyen était de 39,5 avec des extrêmes de 5 et 70 ans.

La prévalence des infirmités a connu une évolution irrégulière de 2000 à 2013 avec un pic de 25 cas en 2010 et un taux de prévalence de 0.25 pour 10.000 habitants. Le taux de détection annuel de l'infirmité est resté toujours inférieur à 1 cas pour 10.000 habitants et variait de 0,7 cas pour 10.000 habitants à 0,19 cas pour 10.000 habitants (les figures 1 et 2 illustrent les tendances évolutives des cas d'infirmité).

La proportion de la population jeune atteinte était de 38,8 %. Selon l'origine géographique, la plupart des malades provenaient de la commune de Matoto (31,6 %). La majorité des malades (64,1 %) était des transférés ; 80 % des malades n'avaient aucun antécédent de lèpre; 69 patients (58 %) étaient porteurs d'infirmité secondaire et de degré 2 d'invalidité (figure 3). Les formes multibacillaires (87,5 %) prédominaient sur les formes paucibacillaires (12,5 %) ; 38 patients (31,6%) avaient présenté une réaction lépreuse de type II ; 54 de nos malades ont reçu uniquement la polychimiothérapie antilépreuse, par contre 22,5% étaient mis sous une corticothérapie générale.



Fig 1. Prévalence des infirmités lépreuses de 2000 à 2013.

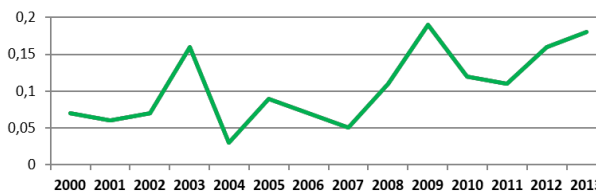


Fig 2 Taux d'incidence des nouvelles infirmités de 2000 à 2013.

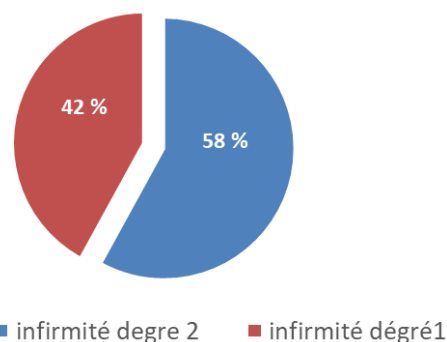


Fig3 : Répartition des cas d'infirmité selon le degré d'invalidité

Discussion

Dans le but de décrire le profil des infirmités liées à la lèpre dans la ville de Conakry, nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période de 14 ans à partir des dossiers de malades de lèpre dans les sites de prise en charge de la ville de Conakry. Le caractère rétrospectif de l'étude et l'absence d'un centre spécialisé dans la prise en charge des infirmités constituaient les limites de cette étude. Les résultats obtenus ne peuvent être exhaustifs, car l'étude n'a pris en compte que les cas d'infirmité lépreux enregistrés dans les grands sites de prise en charge. Ils ne peuvent donc représenter l'ensemble des malades de lèpre en Guinée mais, donnent cependant une idée du profil des infirmités au cours de la lèpre dans la capitale Conakry, même si l'on peut avoir des réserves quant à la notification correcte des cas dans certaines structures. Avec une fréquence de 20,9%, notre étude prouve que les infirmités liées à la lèpre ne sont pas rares dans la ville de Conakry. Nous n'avons pas trouvé de

raison évidente à la prédominance masculine constatée dans notre série. S'agit-il d'un facteur biologique lié au sexe? Ou d'un risque différentiel lié à des différences d'accès aux soins?

Cependant certaines études^[9] ont souvent montré une meilleure accessibilité des hommes aux services de santé. Selon l'origine géographique, seulement, 5 % de nos malades provenaient des villes de l'intérieur du pays. Ceci démontre l'existence des centres de prise en charge de la lèpre au niveau des structures de santé de base dans la ville de Conakry et à l'intérieur du pays ; 64,1 % des malades étaient transférés du centre de Madina vers les autres centres de prise en charge de la lèpre. Ce résultat expliquerait la proximité géographique des malades auprès des centres de prise en charge de la lèpre dans certaines structures sanitaires de la ville de Conakry, mais aussi leur accès à la polychimiothérapie antiléprouse.

Dans notre série, 80 malades (66,6 %) étaient sans antécédent de lèpre. Nous n'avons pas trouvé de lien évident entre la transmission ou pas de la lèpre d'une génération à l'autre. L'étude faite sur l'hérédité de la lèpre a montré l'importance des mesures prophylactiques dans la diminution de la transmission. Mais aussi le rôle que joue la polychimiothérapie anti-léprouse dans la diminution de la contagion^[10]. Au cours de notre étude, 69 malades (58 %) étaient diagnostiqués au stade de degré 2 de l'invalidité selon la classification de l'OMS. Ce résultat est supérieur à celui de Seydi et al.^[11] au Sénégal en 2002 et de celui de De Carsalade et al.^[12] à Mayotte. Ce taux élevé devrait insister sur le dépistage précoce des malades.

Les infirmités secondaires représentaient 58 % dans notre étude. Cette prédominance observée pourrait s'expliquer par un dépistage tardif de la lèpre mais aussi la faiblesse des programmes de prévention des invalidités et de réadaptation physique des malades de lèpre. Dans notre étude, nous avons noté une prédominance de lèpre multi bacillaire soit 87,5 %. Cette tendance est aussi retrouvée dans les séries de Tiendreibogo et al.^[13] à Madagascar et de Saka et al.^[14] à Lomé.

Les malades multibacillaires reflètent l'intensité des contacts avec la lèpre dans la population. Notre résultat est en faveur d'une augmentation de la transmission. Au cours de notre étude, nous avons noté une prédominance des réactions lépreuses de type 2 (31,6 %). Cette prédominance pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de la lèpre multibacillaire chez nos malades. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Keita et al.^[15] à Conakry qui ont

rapporté 97 % de réactions lépreuses de type 2. Sur le plan thérapeutique 54 de nos malades ont reçu uniquement de la polychimiothérapie antiléprouse, par contre 55 % étaient mis sous d'autres traitements (corticothérapie générale 22,5 %) que la polychimiothérapie antiléprouse. Cela signifiait que les malades ayant présenté des réactions lépreuses n'ont pas tous été mis sous corticothérapie générale, la faute au personnel médical ? Ou au malade ? L'étude étant rétrospective ne pourrait expliquer cela. Notre résultat est inférieur à celui de Baldé et al. [16] qui ont rapporté en 2011, 121 cas (79,6 %) de corticothérapie sur 153 patients présentant les réactions lépreuses.

Conclusion

La proportion élevée des infirmités secondaires ainsi que celle de la population jeune atteinte et la prédominance des formes multibacillaires suggèrent la nécessité de poursuivre les efforts dans le dépistage, la prise en charge précoce et le renforcement des capacités du programme de prévention des invalidités et de réadaptation physique des malades.

Références

1. Bloom B, Godalt R. Selective primary health care: strategy for control of disease the developing world. *Leprosy review of infectious diseases* 1983; 5:765-80.
2. Slim FJ, van Schie C.H, Keukenkamp R, Faber WR, Nollet F. Effects of impairment son activities and participation in people affected by leprosy in The Netherlands. *J Rehabil Med* 2010; 42: 536-43.
3. OMS. Le point sur la lèpre dans le monde. *REH* 2010;85:337-48.
4. OMS. Actualisation de la situation mondiale de la lèpre, 2012. *REH* 2013;88: 365-79.
5. Koffi M, N'Guessany, Ekra D, Diarra-Nama J. « Cinq ans de notification des cas de lèpre dans le district sanitaire de Yamoussoukro, région des lacs en Côte d'Ivoire ». *Med Afrique Noire* 2001;48:346-350.
6. OMS. Élimination de la lèpre dans la région africaine de l'OMS Cinquante-quatrième session Brazzaville, Congo, 30 Août-3 Septembre 2004.
7. OMS. Bull de L'ALLF 2006 ; 18 : 10.
8. Sansaricq H, Bailleul A, Basset JM, Belkaid Y, Bidé L, Bobin P et al. Invalidité, La lèpre, Ellips UPELF/UREF 1995 ; 3.
9. SCHMITZ J. Accès aux droits et égalité des droits en matière de santé dans le rapport d'activité pour 2015 du défenseur des droits. *Droit, Santé et Société* 2016 ;4:5.

10. SECK A. La promotion de la santé : une vision nouvelle en Afrique. Santé publique 2014 HS (S1) ; 5-6.
11. Seydi M, Mané I, Soumaré M, Faye O, Badiane C, Coly SL et al. Évaluation de l'endémie lépreuse au Sénégal en 2002. Med Mal Inf 2005;35:225-7.
12. De Carsalade G Y, Achirafi A, Flageul B. « La maladie de Hansen dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan Indien) : étude rétrospective de 1990 à 1998 » Acta. Leprol 1999;11:133-7.
13. Tiendreibogo A, Andrianarion SH, Andriamitantoa J, Vololoariano Sinjatavo MM, et Ranjatahy G. Enquête sur la qualité du diagnostic de la lèpre à Madagascar. Ann Dermatol venerol 2008 (135);39:645-50.
14. Saka B, Koumbate K, Mouhari Toure A, Amegan Aho KH, Tchangai Walla K, et Piche P. Lèpre à Lomé (Togo): étude rétrospective de 383 cas. Med trop 2008;68: 496-98.
15. Keita M, Soumah MM, Traore FA, Diané BF, Baldé H, Cissé M et al. Etude rétrospective de 423 cas de lèpre dans la ville de Conakry. Bull de l'ALL juin 2014;29:7.
- 16- Baldé Y, Ly F, Badiane CI, Diop G, Diallo S, Ndiaye B et al. Dermatoses associées à la lèpre: étude prospective de 203 malades recrutés à l'institut de léprologie appliquée de Dakar. Bull de l'ALLF juin 2011;26:7-9.



Résumé

Introduction. L'infirmité est une modification de la structure et de fonctionnement de certaines parties de l'organisme. Bien qu'ayant disparu dans de nombreux pays, la lèpre est toujours à l'origine de retentissements physiques et sociaux importants. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des infirmités, décrire le profil sociodémographique des patients atteints, identifier les types d'infirmités et évaluer la prise en charge thérapeutique des patients atteints.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée de janvier 2000 à décembre 2013 à partir des dossiers de malades de lèpre enregistrés dans huit centres de prise en charge dans la ville de Conakry. Les critères de définition d'infirmités primaire et secondaire et du degré d'invalidité préconisés par l'OMS ont été utilisés. Nous avons inclus tous les cas d'infirmités lépreuses documentés pendant la période d'étude.

Résultats. Nous avons recensé 120 cas d'infirmités sur 454 cas de lèpre soit une fréquence de 20,9 %. Il s'agissait de 71 hommes et 49 femmes avec un sex ratio de 1,44. L'âge moyen était de 39,5. La tranche d'âge de 15-24 (30,8 %) était la plus touchée. La prévalence maximale était de 25 cas en 2010 avec un taux de prévalence de 0,32 pour 10.000 habitants. Un maximum de 15 cas était détecté en 2009 avec un taux d'incidence de 0,19 pour 10.000 habitants. 80 patients (66,6 %) n'avaient aucun antécédent de lèpre ; 69 patients (58 %) étaient porteurs d'infirmité secondaire et de degré 2 d'invalidité. Les formes multibacillaires (87,5 %) prédominaient sur les formes paucibacillaires (12,5 %). 38 patients (31,6 %) avaient présenté une réaction lépreuse de type II; 54 de nos malades ont reçu uniquement de la polychimiothérapie antilépreuse, par contre 22,5 % étaient mis à une corticothérapie générale.

Discussion. La prédominance des infirmités secondaires témoigne du dépistage tardif et de la faiblesse du programme de prévention des invalidités. Tandis que la proportion élevée d'invalidité reflète la gravité de la lèpre et devrait attirer l'attention des autorités en charge de la lutte antilépreuse.

Conclusion. Ces infirmités peuvent être évitées par un diagnostic et une prise en charge précoces de la lèpre et par le renforcement des programmes de prévention des invalidités et de réadaptation physique des malades de lèpre.



Rev Dermatol Trop

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

**Revue Africaine de Dermatologie Tropicale (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol Tropic 2022;1,1:21-27.**

© EDUCI 2022

**LA MANUCURE ET LA PÉDICURE DANS LA VILLE
DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO) : PRATIQUES ET RISQUES
MANICURE AND PEDICURE IN THE CITY
OF OUAGADOUGOU (BURKINA FASO): PRACTICES AND RISKS**

N. Korsaga-Somé¹, J-B. Andonaba², M.S. Ouédraogo¹, B. Diallo², P. Tapsoba¹, C. Savadogo¹, L. Ilboudo¹, F. Barro/Traoré¹, P. Niamba¹, A. Traoré¹.

Article reçu le 12 /12/2021 - Article accepté le 20/ 06/22

Service de Dermatologie-Vénérologie

¹CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou,

²CHU Souro Sanou Bobo-Dioulasso.

Correspondant : Dr. Nina KORSAGA/SOME - Email : *nessine2000@yahoo.fr*

Introduction

De nos jours, tant au Burkina Faso que dans le reste du monde, le souci de paraître tend à devenir une préoccupation majeure ; cet état de fait, très perceptible au sein de la gente féminine, ne laisse échapper aucune partie du corps. Aussi peut-on noter que les mains et les pieds, font l'objet de soins minutieux en raison de leur visibilité et de leur importance sociale et culturelle. Selon le Petit Larousse illustré 2012 [1], le manucure est la «personne chargée des soins esthétiques des mains, des ongles» la manucure est l'«ensemble des soins esthétique des mains, des ongles» et le pédicure est le «professionnel paramédical qui effectue les soins des pieds». La manucure existe depuis 5000 ans avant Jésus Christ. Quant à la pédicure, l'origine de la profession remonte à la plus lointaine antiquité et de nombreuses traces en soulignent l'importance dès les origines des sociétés Assyriennes, Babyloniennes, Egyptiennes, Grecques et Romaines [2]. En Afrique, l'origine de la manucure et de la pédicure remonterait à la préhistoire ; mais l'absence d'étude ne nous permet pas de la situer exactement dans le temps. L'on note néanmoins que l'homme africain se servait du henné pour s'embellir les pieds et les mains ; les Egyptiens, coloraient leurs ongles en rouge pour montrer leur appartenance à une classe sociale plus élevée. Il nous semble, à l'heure actuelle qu'au

Burkina Faso, et particulièrement dans la ville de Ouagadougou, le sujet n'ait pas fait l'objet d'aucune étude spécifique. Cette absence d'étude engendre une quasi méconnaissance aussi bien des produits et des techniques utilisés que des risques encourus par la population. Le but de notre travail était de contribuer à une meilleure connaissance de la pratique de la manucure/pédicure dans notre pays. Pour mieux cerner notre problématique, nous nous sommes posé les questions suivantes : quels sont les acteurs intervenant dans la manucure/pédicure ? Quels en sont les sites ou cadre d'exercice? Quelles sont les pratiques et les risques auxquels les intervenants et les bénéficiaires s'exposent ?

Méthodes

Type d'étude, lieu et période

notre étude était de type transversal à visée descriptive. Elle s'est déroulée sur une période allant de décembre 2010 à novembre 2012.

Echantillonnage

Compte tenu des ressources disponibles, nous avons procédé à un choix raisonné selon le type et le niveau de fréquentation des salons. Nous avons distingué deux procédés d'exercice du métier : la manucure/pédicure fixe et la

manucure/pédicure pratiquée en ambulatoire. La ville de Ouagadougou est subdivisée en 30 secteurs. En tenant compte de la superficie des secteurs, nous avons d'abord identifié les 5 plus grands secteurs. Dans ces 5 plus grands secteurs, nous avons choisi de façon raisonnée 5 salons de coiffure par secteur, soit un total de 25 salons de coiffure. Dans les 25 autres secteurs restants qui étaient de plus petite superficie, nous avons choisi 3 salons de coiffure par secteur, soit un total de 75 salons de coiffure. Le nombre global de salons de coiffure retenus était donc de 100. Pour les ambulants nous avons exploré la ville de Ouagadougou en choisissant d'interroger tous les praticiens ambulants que nous allions rencontrer avec leur client du moment, durant la période de collecte.

Matériel

Nous avons choisi d'interroger 1 praticien et 1 client par salon fixe, ce qui faisait un total de 100 praticiens et 100 clients de salons fixes. Nous avons pu interroger 213 praticiens ambulants et 213 clients ambulants. Pour ne pas interroger doublement les clients et biaiser les résultats de l'analyse, nous avons noté leur adresse (nom, prénom, numéro de téléphone, secteur).

Variables étudiées

La collecte des données a été effectuée par observation suivie d'une entrevue de face à face auprès des praticiens et des clients. Les données ont été colligées sur un questionnaire qui comportait les variables suivantes :

- Les caractéristiques sociodémographiques des praticiens et des clients : âge, sexe, niveau de scolarisation.

- Le cadre d'exercice : salon fixe, salon mobile, propreté, espace pour la circulation des clients, système d'élimination des déchets, aération, présence de source d'eau.

- La pratique : la compétence, les produits utilisés, les techniques,

-Les risques : la prévention des infections, les incidents et accidents

Critères d'inclusion

Ils étaient pour les praticiens, avoir une durée d'activité d'au moins six mois, et pour les clients, être présent le jour de l'enquête dans sur un site de pédicure/manucure et accepter de répondre au questionnaire, après un consentement éclairé verbal.

L'analyse des données a été effectuée avec les logiciels Epi Info 3.5.1 2008 et Excel 2007.

Définitions opérationnelles

Nous avons considéré comme :

* *Praticiens fixes* tous ceux ou celles qui pratiquaient la manucure/pédicure dans un cadre précis et reconnu comme lieu de pratique (salons et institut de beauté) ;

* *Praticiens mobiles* étaient ceux qui pratiquaient en ambulatoire dans la rue ;

* *Clients fixes* tous les clients fréquentant un salon de beauté et comme clients mobiles, ceux qui recevaient des services de manucure/pédicure dans la rue ;

* *Salon propre*, tout salon dans lesquels le plancher, la toiture, le plafond et les murs n'étaient pas tachés, ni souillés et qui étaient régulièrement nettoyés.

L'exiguïté du salon était basée sur deux aspects : l'espace pour la circulation des clients et le nombre de places assises.

L'aération était appréciée sur le nombre de portes et de fenêtres ainsi que la présence ou non d'un ventilateur.

Nous avons considéré comme produits et matériels non recommandés pour la manucure / pédicure, les solutions d'origine inconnues à base de chlorure de sodium, soude caustique, eau, neutralisant; les shampoing pour cheveux ; les savons liquides fabriqués localement à base de concentré d'hydroxyde de soude, de sel, de colorant et de parfum et utilisé pour le nettoyage des maisons et des meubles; le matériel tranchant comme les filets en fer, les boîtes percées , les couteaux et les lames.

Résultats

Nous avons interrogé au total 313 praticiens et 313 clients dont 100 praticiens fixes et 213 praticiens en ambulatoire, et 100 clients fixes et 213 clients en ambulatoire.

1. Les caractéristiques socio-démographiques des praticiens et des clients :

L'âge moyen des praticiens était de 19 ans, la tranche d'âge de [25-35[était la plus représentée avec 40% des effectifs. La figure 1 montre la répartition des praticiens selon la tranche l'âge. L'âge moyen des clients était de 32,2 avec pour âges extrêmes 15 et 60 ans. Les tranches d'âge des clients sont représentées par la figure 2. Les praticiens fixes étaient en majorité des femmes (96,87%), ceux mobiles surtout des hommes (68,37%), et 64,53% des clients étaient des femmes. Les praticiens mobiles étaient de

nationalité non burkinabé dans 78,42% des cas. La répartition des praticiens et des clients selon le niveau de scolarisation est représentée par le tableau 1 :

Tableau 1: Répartition des praticiens et des clients (fixes et mobiles) et selon le niveau de scolarisation

Niveau d'instruction	Praticiens		Clients	
	Fixes (%) 100	Mobiles (%) 213	Fixes (%) 100	Mobiles (%) 213
Non alphabétisé	09 (09%)	87 (40,84%)	09 (09%)	83 (38,96%)
Alphabétisé en langue nationale	07 (07%)	19 (08,92%)	08 (08%)	39 (18,30%)
Primaire	34 (34%)	53 (24,88%)	11 (11%)	66 (30,98%)
Secondaire	47 (47%)	54 (25,35%)	37 (37%)	25 (11,73%)
Universitaire	03 (03%)	00	00	00
TOTAL	100 (100%)	213 (100%)	100 (100%)	213 (100%)

2. Le cadre d'exercice

Concernant les salons fixes, 57% étaient assez propres, 58% avaient un espace restreint, 97,3% comportaient au moins une porte et une fenêtre, et un ventilateur était présent dans 43% de ces salons. Parmi les 100 praticiens interrogés, 31 (31%) ne faisaient pas la collecte systématique des objets tranchants, 46 (46%) jetaient les eaux usées sur la voie publique, 15 (15%) dans les caniveaux et 8 (8%) dans les canaux d'évacuation. Les pratiques en ambulatoire se faisaient dans la rue, au milieu des gens dans un espace bien réduit.

3. La pratique de la pédicure/manucure : le pourcentage de praticiens n'ayant pas reçu de formation professionnelle était de 93,92%, et seulement 18,3% avait une assez bonne maîtrise des différentes techniques. Les tableaux 2 et 3 représentent les différentes techniques de manucure et de pédicure.

Les produits non recommandés pour la manucure étaient utilisés par 74,87% des praticiens et pour la pédicure par 45,84% d'entre eux, et seulement 2,23% utilisait des produits vendus en pharmacie pour la pédicure. Pour la pose d'ongles artificiels, 100% des praticiens utilisaient de la colle forte liquide. Sur le plan de la prévention des risques et accidents potentiels, 29,7% des praticiens faisaient trempés les instruments pendant au moins dix minutes dans de l'eau de javel.

Tableau 2 : Répartition des différentes techniques de manucure

Différentes techniques	Praticiens mobiles n = 213	Praticiens Fixes n = 100 Effectifs et %
Trempage		
Pâte pour manucure	00	64 (20,44)
Savon liquide	00	57 (18,21)
Shampooing	00	18 (05,75)
Frottement		
Pierre ponce		88 (28,11)
Brosse pour main	00	62 (19,80)
Filet en caoutchouc dur	00	03 (00,95)
Raclage		
Ciseaux	39	72 (23,00)
Lame	05	64 (20,44)
Repoussoir	00	79 (25,23)
Stick	00	09 (02,87)
Pince à envies	00	13 (04,15)
Limage		
Lime en carton	00	67 (21,40)
Lime métallique	00	07 (02,23)
Lame	00	19 (06,22)
Vernissage		
Base	00	05 (01,59)
Vernis	196	294 (93,94)

Les produits non recommandés pour la manucure étaient utilisés par 74,87% des praticiens et pour la pédicure par 45,84% d'entre eux, et seulement 2,23% utilisait des produits vendus en pharmacie pour la pédicure. Pour la pose d'ongles artificiels, 100% des praticiens utilisaient de la colle forte liquide. Sur le plan de la prévention des risques et accidents potentiels, 29,7% des praticiens faisaient trempés les instruments pendant au moins dix minutes dans de l'eau de javel.

Tableau 3 : répartition des différentes techniques de pédicure

Différentes techniques	Praticiens	Praticiens
	Mobiles n = 213	Fixes n = 100 Effectifs et %
Trempage		
Antiseptique moussant	00	13 (04,15)
Pâte pour pédicure	00	78 (24,92)
Shampoing pour cheveux	00	67 (21,40)
Frottement		
Pierre ponce		98 (31,30)
Brosse pour pied	00	94 (30,03)
Filet en fer	00	03 (00,95)
Boite percée	00	17 (05,43)
Râpe	00	53 (16,93)
Raclage		
Ciseaux	39	41 (25,55)
Lame	15	67 (26,19)
Repoussoir	00	79 (25,23)
Stick	00	09 (02,87)
Pince à ongles	00	13 (04,15)
Limage		
Lime métallique	00	05 (01,53)
Vernissage		
Base	00	05 (01,59)
Vernis	00	98 (32,54)
Fixateur	00	14 (04,47)

4. Les risques : parmi les praticiens (fixes) 75,71% savaient que l'utilisation de certains outils étaient dangereux et 26,51% avaient présenté des incidents et accidents à type de blessures et saignements (22%), d'irritations (36,76%), de brûlures (35%) et d'eczémas (25%). Parmi les clients, 40,25% savaient que le matériel utilisé comportait des risques, 30,35% avaient été victimes d'accidents dont 7,35% de blessure (figure 4), 6,70% de brûlures (figure 5) et plaies, 7,35% d'allergie et 0,64% de piqûres. Pour les clientes, la pose d'ongle avait engendré des désagréments à type de changement de couleur (69%), traumatisme (36%), décollement (33%), eczéma (15%), plaie (14%), d'effritement (07%), chute (10%).

Discussion

1. Limites de l'étude

Les informations obtenues à partir des déclarations des personnes enquêtées ont pu être entachées de subjectivité et d'imprécision. Les biais ont été limités en expliquant au préalable les objectifs de l'étude, en garantissant

l'anonymat et en posant les questions dans la langue de l'interviewé (mooré, dioula et français). La méthodologie utilisée dans notre étude ne permettait pas, sans risque, d'extrapoler les résultats à toute la population de Ouagadougou avec précision. Cependant nous estimons avoir un reflet global de ce qui se fait dans le domaine.

2. L'essentiel des résultats

2.1. Les caractéristiques sociodémographiques des praticiens et des clients :

la manucure/pédicure étaient surtout exercées par la frange jeune de la population. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la population Burkina Faso est jeune et que cette jeunesse, confrontée aux chômage, se tourne vers ces métiers où l'apprentissage se fait sur le tas. Les praticiens non alphabétisés et ceux du niveau primaire étaient majoritaires, pourtant un minimum d'instruction (primaire et secondaire) est nécessaire pour la connaissance et l'utilisation des produits. A l'analyse, il ressortait que les clients ayant un âge compris entre quinze et trente cinq ans étaient les plus nombreux. La pratique de la manucure commençait dès l'adolescence, chez la jeune fille et après l'âge de vingt ans pour le jeune garçon. Hommes et femmes avaient recours sans distinction au service de la manucure/pédicure ; certes, il y avait une prédominance de femmes mais les hommes étaient tout aussi nombreux. Enfin, le recours au service de la manucure/pédicure semblait avoir un rapport avec le niveau d'instruction, à en juger par la proportion de clients assez bien instruits qui fréquentaient les salons de beauté.

2.2. Le cadre d'exercice

S'il est vrai que certains salons fixes étaient abrités par des maisons construites avec des matériaux de qualité, nombre d'autres eux n'étaient que des hangars faits tantôt de paille soutenu par du bois, tantôt de tôles simplement attachées à du bois. La propreté est un atout pour attirer la clientèle et éviter les risques de contamination. La plupart des salons comportaient au moins une porte et une fenêtre mais l'espace était souvent restreint. Les portes et fenêtres permettent d'aérer le salon mais aussi d'accroître l'éclairage intérieur dans la journée. Un éclairage correct évite les risques d'accidents sur les personnes tandis que l'espace restreint met certains clients dans l'inconfort et augmente le risque d'inhaler des particules lors du limage. Le manque de système de ventilation dans certains salons ne facilite pas le renouvellement de l'air. La manucure/pédicure en ambulatoire était fonction du lieu où se trouvait le client ; il n'y avait donc pas de cadre précis. Mais ces praticiens étaient souvent

rencontrés dans les zones de forte concentration humaine telles les marchés, les gares, les débits de boisson. Elle se faisait la plupart du temps au milieu des gens présents sur les lieux.

2.3. La pratique de la pédicure/manucure :

La grande majorité des praticiens n'avaient pas reçu de formation professionnelle. Nous estimons que six mois sont suffisants pour acquérir une expérience nécessaire et de bonnes habitudes de travail permettant de minimiser les risques liés à l'usage du matériel et de percevoir les risques liés à l'usage des produits. L'expérience acquise au fil des années devrait permettre de mieux maîtriser les risques. La méconnaissance des risques était plus élevée chez les praticiens en ambulatoire que chez ceux des salons de beauté. La manucure et la pédicure utilisent un kit de matériels et de produits standard. Lors de notre étude, nous avons pu constater que les techniques utilisées étaient traditionnelles et souvent mal exécutées. La faible proportion de praticiens (18,3%) ayant une assez bonne maîtrise des différents techniques était également rapportée par Kisse-Walla T au Sénégal avec 17,26% de pratique acceptable^[3]. En effet, le matériel de protection tel que les gants était utilisé par une faible proportion des praticiens. Les produits utilisés pour le trempage étaient soit du shampoing pour cheveux, soit mal dilués, soit de composition inconnue ; de plus le temps de trempage était inconnu des praticiens. Le matériel utilisé pour le frottement, le raclage ou encore le limage était fait d'objet contondant, ou abrasifs (fil de fer, ciseaux (figure 3), lame, boîte percée, couteau) ne garantissant pas une innocuité absolue. Ces matériels tranchants incisent de manière imperceptible et des blessures peuvent survenir à tout moment. La provenance des produits (marché ou fabrication par les praticiens) pourrait augmenter les risques d'effets secondaires, les compositions étant souvent inconnues. La colle utilisée pour la pose d'ongle artificiel était constituée principalement de cyanoacrylate qui est un adhésif tenace et qui pourrait se révéler dangereux pour l'homme^[4].

Les risques : les salons et instituts de beauté à espace restreint, mal aérés et mal ventilés exposent aussi bien les clients que les praticiens au risque d'inhalation de produits renfermant de l'acide thioglycolique ou ses sels, destinés à friser, défriser et onduler les cheveux^[5] ainsi que de produits contenant du toluène ou du phtalate de di-butyle (BDP)^[6].

Notre enquête a montré que seuls les praticiens des salons fixes étaient conscients des risques liés à leur profession. Il existait une relation étroite entre la connaissance du risque et le

niveau d'instruction. Notons que le parabène contenu dans les shampoings, et autres produits cosmétiques expose également à des risques très importants^[7], de même le formaldéhyde, le toluène ou le phtalate de di-butyle (DBP) présents dans des vernis à ongles utilisés^[8]. Le formaldéhyde présent dans les shampoings, les produits pour durcir les ongles a été classé en juin 2004 comme « cancérigène certain »^[9].

La directrice nationale de l'organisation américaine *Campaign for Safe Cosmetics*, Archer estime que les mauvais étiquetages devraient être aussi une source de préoccupation pour les consommateurs^[2]. Un approvisionnement en pharmacie aura l'avantage de prévenir ces risques. L'usage de matériels abrasifs pourrait expliquer les effets secondaires rencontrés à type de blessure, saignements et piqûre et expose plus les clients au risque de contracter l'infection à VIH et l'hépatite B^[10].

Les praticiens de salons de beauté étaient conscients des risques d'infection et prenaient des précautions pour les minimiser mais ces précautions étaient insuffisantes.

Il nous était arrivé de constater chez les praticiens ambulants que le matériel était réutilisé sur plusieurs clients. Aucun désinfectant n'était employé car ils estimaient que les ciseaux, les coupes ongles et les repoussoirs ne touchaient pas le corps du client et ne pouvaient donc être source de contamination. Le niveau de gravité de l'acte posé ou la négligence de la part du praticien ou du client pose de sérieux problèmes face à la pandémie du sida. La présence de paraben dans les produits pourrait expliquer les cas d'eczémas ou d'irritation. Quand à la pose d'ongles artificiels, l'étape de limage était la plus agressive, car elle amincissait l'ongle, le rendait plus fragile, plus cassant, et augmentait par ailleurs la pénétration des produits, lesquels étaient assez toxiques. Il s'agit principalement de la colle qui agirait à des lieux éloignés du site d'application et pourrait entraîner des cécités et même des eczémas du cou. Un dermatologue et spécialiste des ongles affirmait que tous les produits utilisés pour la pose d'ongle artificiel étaient agressifs pour la peau^[9].

Conclusion

Cette étude nous a permis de donner quelques éléments de réponses aux questions que nous nous sommes posés. Ainsi nous avons pu noter que les acteurs de la manucure-pédicure exerçant dans les salons ou instituts de beauté étaient surtout de jeunes femmes ayant un niveau de scolarisation du primaire ou du secondaire; et

que ceux mobiles étaient surtout des hommes non burkinabé. Ces acteurs n'avaient pas non plus reçu de formation spécialisée. Le cadre d'exercice était assez propre dans la moitié des cas mais seul 1/3 faisaient la collecte systématique des objets tranchants. Si les praticiens mobiles n'utilisaient pas les techniques de trempage, de frottement ni de limage, les praticiens fixés qui les pratiquaient utilisaient souvent des produits non recommandés, et tous utilisaient des objets tranchants (ciseaux et lames) pour le raclage. Les risques existaient aussi bien pour les praticiens que les clients et étaient liés aussi bien aux produits qu'aux techniques utilisées. Des campagnes de d'information et sensibilisation permettrait d'améliorer cette pratique dans la ville de Ouagadougou.

RÉFÉRENCES

1. **Dictionnaire le Petit Larousse illustré 2012**;
2. **M. Texier Bertrand Jean Paul**. Hygiène des mains : une histoire sans fin. Thèse de médecine, Université René Descartes, Paris 5. Thèse n°27, 2009 :102p
3. Le lavage des mains : une mesure essentielle. La lettre du CEDIM N°24, 2005; (8):13-14.
4. **Cyanoacrylate de méthyle**. Fiche de sécurité du Programme International sur la Sécurité des Substances Chimiques. Ed. Masson Paris, 2009 : 12-38p.
5. **Déné B**. Etude des risques sanitaires des produits cosmétiques utilisés dans les salons de coiffure et d'esthétique de la ville de Ouagadougou : nature des risques et l'état de prévention. Thèse de pharmacie, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou. Thèse n°96, 2005:32-79.
6. **Feugas V, Bruneteau A**. Examen classant national : Evaluation et prévention des risques dans les salons de beauté. Annales de dermatologie vénéréologie, 2009:129-173.
7. **Rogues T**. Revue du podologue : principaux diagnostics différentiels et prise en charge. Ed Masson. Paris, 2006 : 07-20. Objet-accès par intranet ID/OMS/ document.
8. **Pruniéras M**. Précis de cosmétologie dermatologique. Ed.Masson. Paris, 1990 : 209-214.
9. **Kissem-Walla T**. Les pratiques cosmétiques au Sénégal et leurs accidents. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Dakar. Université Cheick Anta Diop. Thèse n°11,1979:38-72.
10. **Michel Foucault**. Abrégés de dermatologie : origines, types, mesure, usage et évolution du pied. Ed. Gallimard. Paris, 1975 : 48-53.

Résumé

Introduction. La manucure-pédicure est l'ensemble des soins esthétiques des mains, des pieds et des ongles. Au Burkina Faso, l'usage des produits de manucure-pédicure, les techniques utilisées ainsi que les risques encourus restent méconnus. L'objectif de notre étude était d'évaluer la pratique de la manucure-pédicure dans la ville de Ouagadougou.

Méthodes. Nous avons mené une étude transversale descriptive de décembre 2010 à novembre 2012 incluant tout les praticiens ayant au moins six mois d'expérience dans l'activité et les clients présents sur les lieux au moment de l'enquête.

Résultats. Nous avons interrogé au total 313 praticiens et 313 clients. L'âge moyen des praticiens était de 19 ans et celui des clients de 32,2 ans. Les praticiens fixes étaient en majorité des femmes (96,87%), ceux mobiles surtout des hommes (68,37%), et 64,53% des clients étaient des femmes. Le pourcentage de praticiens n'ayant pas reçu de formation professionnelle était de 93,92%. 29,7% des praticiens faisaient tremper les instruments pendant au moins dix minutes dans de l'eau de javel ; 75,71% savaient que l'utilisation de certains outils étaient dangereux et 26,51% étaient présents des effets secondaires. Parmi les clients, 40,25% savaient que le matériel utilisé comportait des risques et 30,35% avaient été victimes d'accidents.

Conclusion. Le recours à la manucure et/ou pédicure est parfois nécessaire mais cela ne doit pas faire perdre de vue les risques encourus. Une sensibilisation des clients et une formation des praticiens semblent nécessaires pour minimiser les risques.

Mots clés : manucure- pédicure, pratiques, risques

Summary

Introduction. Manicure-pedicure is the set of aesthetic care of the hands, feet and nails. In Burkina Faso, the use of manicure-pedicure products, the techniques used and the risks remain poorly understood. The objective of our study was to evaluate the practice of the manicure-pedicure in the town of Ouagadougou.

Methods. We conducted a descriptive cross-sectional study from December 2010 to November 2012 including any practitioners with at least six months of experience in activity and customers present on the premises at the time of the survey.

Results. We interviewed in total 313 practitioners and 313 customers. The average age of practitioners was 19 years and the clients of 32.2 years. Fixed practitioners were predominantly women (96,87%), those mobile especially men (68.37%), and 64,53% of clients were women. The percentage of practitioners not having received vocational training was 93.92%. 29.7% of practitioners were soaking the instruments for at least ten minutes in the bleach water. 75.71% knew that the use of some tools were dangerous and 26.51% had had side effects. Among the clients, 40.25% knew that the equipment used carries risks and 30.35% had been victims of accidents.

Conclusion. The use of the manicure and/or pedicure is sometimes necessary but it must not lose sight of the risks involved. A customer awareness and training of practitioners seem necessary to minimize the risks.

Keywords. Manicure-pedicure, practical, risks



Rev Dermatol Trop

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Revue Africaine de Dermatologie Tropicale (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol Tropic 2022;1,1:21-27.

© EDUCI 2022

LA MICROALBUMINURIE ET SA SIGNIFICATION AU COURS DE LA DERMATITE ATOPIQUE DE L'ENFANT

MICROALBUMINURIA AND ITS MEANING IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

LENGA LOUMINGOU IA¹, LOUMINGOU R²

Article reçu le 12 /10/21 - Article accepté le 20/ 05/22

1- Service de dermatologie C.H.U. de Brazzaville

2- Service de néphrologie C.H.U. de Brazzaville

Université Marien Nguabi. Faculté des sciences de la sante. Avenue des jeux Africains. Brazzaville.

Correspondance : LENGA LOUMINGOU Ida Aurélie, Maître assistant CAMES

Praticien hospitalier et universitaire C.H.U. de Brazzaville.

1, boulevard Maréchal Lyautey. Email : idalengaloumingou@gmail.com

INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA) est une affection inflammatoire, prurigineuse et chronique d'étiopathogénie complexe avec des implications de facteurs héréditaires et d'antigènes environnementaux^[1]. Elle peut être considérée comme une maladie systémique^[2].

Le diagnostic de la DA est clinique, il n'existe pas de critères biologiques pathognomoniques. La codification du diagnostic se fait grâce aux critères d'*United Kingdom Working Party*^[3]. La DA est un modèle d'hérédité polygénique qui s'accompagne de stimulations de sécrétion de substances polypeptidiques et de médiateurs chimiques à activité vasoactive^[1].

Certaines manifestations métaboliques telles que l'obésité et certains syndromes néphrotiques idiopathiques sont décrites dans la DA^[4-6]. Une récente étude de Silverberg^[7], suggère la forte prévalence de l'hypertension artérielle chez des enfants atopiques.

Nous avons réalisé une étude hospitalière pour rechercher un lien entre la DA et des pathologies vasculaires courantes tel que le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité. L'intérêt de l'étude est de préconiser un dépistage précoce et une prévention des maladies vasculaires chez les enfants atteints de la DA.

Méthodes

C'est une étude transversale et analytique, réalisée au CHU de Brazzaville en consultation de janvier 2015 à Juillet 2016. L'étude a été réalisée par une Dermatologue et un néphrologue hospitalo-universitaires.

Les critères d'inclusions étaient : les patients de 0 à 15 ans présentant une DA. Les critères de non-inclusion étaient : l'infection urinaire ou une autre infection évolutive, une corticothérapie en cours ou ancienne de longue durée.

Les paramètres cliniques et biologiques étudiés étaient: l'indice de masse corporelle, les antécédents personnels et familiaux de diabète, d'hypertension artérielle, d'asthme, la mesure de la pression artérielle ambulatoire avec un brassard adapté, la glycémie à jeun, la numération formule sanguine, la C reactive protein, l'examen cyto bactériologique des urines, un compte d'ADDIS, le dosage sérique des immunoglobulines E, la microalbuminurie (inférieur à 20 mL/g).

Le diagnostic de la DA a été fait grâce aux critères de l'*United Kingdom Working Party*. La sévérité de la DA était définie par l'index de SCORAD.

Les renseignements étaient portés sur des fiches. L'analyse des données a été faite par SPSS pour le calcul des moyennes, des écarts types et des corrélations.

Résultats

Aspects épidémiologiques

374 enfants avaient été reçus pendant la période d'étude.

- 87 avaient une DA (23, 6%) et 80 obéissaient aux critères de l'étude;
- il s'agissait de 33 garçons et de 47 filles. Le ratio H/F était de 0,7;
- l'âge moyen était de 8,9 ans. Ecart type \pm 4,646 ans;
- la moyenne d'âge des filles était de $10,19 \pm 4,08$ puis de $7,24 \pm 4,89$ pour les garçons ($P= 0,099$).

Aspects cliniques

Il n'y avait chez les patients ni diabète ni d'hypertension artérielle en cours.

13 enfants étaient asthmatiques (16,25 %), 17 enfants obèses (21,25%), 66 enfants avaient des parents diabétiques ou hypertendus au premier degré (82,5%) ; répartis de la manière suivante: hypertension artérielle (n=46), hypertension et diabète (n=12), diabète (n=8).

Aspects biologiques

La microalbuminurie était positive dans 43 cas (53,75%). La microalbuminurie moyenne était de $24,20 \pm 21,40$. Cette moyenne était évaluée à $27,4 \pm 28,57$ chez les garçons et de $21,93 \pm 14,35$ chez les filles ($P=0,016$).

- 80% des enfants ayant une microalbuminurie avaient des parents hypertendus ou diabétiques.
- Les IgE étaient élevées chez 45% des patients. La moyenne des IgE était de $339,2 \pm 371,5$.

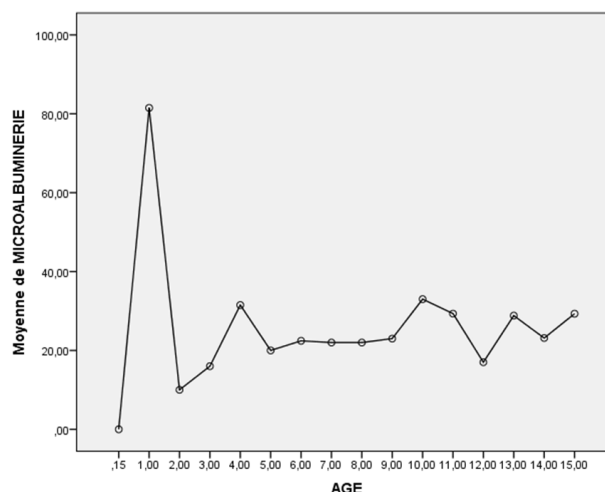
Corrélation entre microalbuminurie et les différentes variables étudiées

* Microalbuminurie et âge

Les moyennes de microalbuminurie par rapport à l'âge sont représentées dans le graphique 1.

47,3% de patients avait une microalbuminurie positive dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans, 50% avaient une microalbuminurie positive dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans, et 60% de patients avaient une microalbuminurie positive entre 10 et 15 ans.

Le taux de corrélation de Pearson est de 0,022, signification bilatérale 0,845.



Graphique 1: Microalbuminurie et âge

* Microalbuminurie et IgE

Les moyennes du taux d'IgE selon les tranches d'âges sont représentées dans le graphique 2.

45% des patients ayant une microalbuminurie avaient une hyper IgE. La corrélation de Pearson était égale à 0,212 ; signification bilatérale 0,059.

* Microalbuminurie et Asthme.

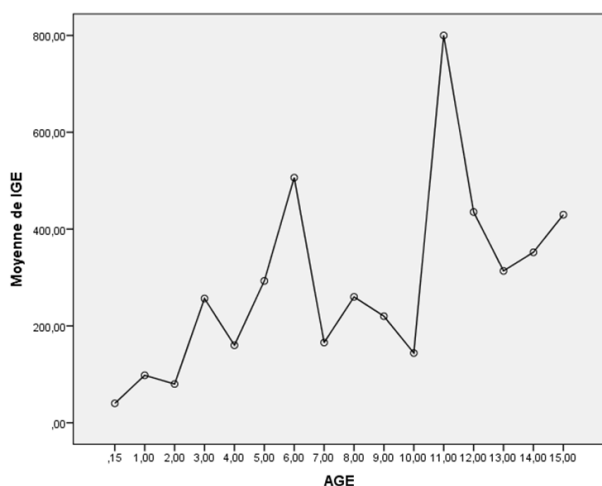
Il y avait 13 patients asthmatiques parmi lesquels 5 (38,4%) avaient une microalbuminurie.

* Microalbuminurie et sévérité de la DA

23,75% avaient une DA sévère, 73,6% d'entre eux avaient une hyper IgE et une microalbuminurie positive.

Tableau 1 : Corrélations entre la microalbuminurie et différentes variables.

		Age	Micro albumi-nerie	IGE
Age	Corrélation de Pearson	1	0,022	0,208
	Sig. (bilatérale)		0,845	0,063
	n	80	80	80
Micro-albumi-nerie	Corrélation de Pearson	0,022	1	0,212
	Sig. (bilatérale)	0,845		0,059
	n	80	80	80
IGE	Corrélation de Pearson	0,208	0,212	1
	Sig. (bilatérale)	0,063	0,059	
	n	80	80	80



Graphique 2 : Ige et age

Discussion

La dermatite atopique est une maladie inflammatoire, prurigineuse et spongiotique^[8]. Elle est considérée comme une maladie systémique^[2].

La prévalence de la DA est élevée, et en constante augmentation^[9-11]. Différentes études rapportent des prévalences variables^[12-14]. La classique prédominance féminine est retrouvée dans notre étude^[14,15].

La pénétrance de la DA est variable, la comorbidité est fréquente^[16] d'autres manifestations de l'atopie lui sont souvent associées. 16,25% d'enfants étaient asthmatiques, 24,7% avaient une DA sévère.

La physiopathologie de la DA est complexe^[1]; elle s'accompagne de stimulations, de sécrétions de médiateurs chimiques et d'une activité cellulaire importante^[17]. Ces mécanismes sont des arguments pour une altération du tissu endothélial :

- L'interleukine 6, induit une résistance à l'insuline^[18];
- Les cytokines TNF, IL6, interféron gamma, ont un rôle pro-inflammatoire^[19];
- Les lymphocytes T régulateurs T h 1, T h 2 dont l'activité est capitale dans la DA, induisent l'athérosclérose^[20,21];
- Une altération podocytaire est retrouvée dans les syndromes néphrotiques idiopathiques des sujets atopiques^[22].

La prévalence élevée des maladies vasculaires dans la DA a été décrites par plusieurs auteurs^[7,23,24]. Les arguments pour une prédisposition vasculaire dans notre étude sont :

- Les antécédents familiaux : 82,5% des parents aux premiers degrés étaient diabétiques et ou hypertendus;

- La positivité de la microalbuminurie chez 53,75% d'enfants;
- L'association de la DA à l'obésité, au diabète et à l'hypertension artérielle est de plus en plus admise^[4,5,25]. Dans notre étude 26,25% de cas d'enfants étaient obèses. Aucun enfant n'était hypertendu ni diabétique.

Pour Zhang^[26], l'obésité est controversée dans la DA mais elle est fréquemment rapportée dans les études telles que celles de Kusunoki^[5] et de Lim^[25]. Dans notre étude, le faible échantillon n'a pas permis d'associer l'obésité à la DA.

La microalbuminurie positive semblait exister indépendamment de l'âge. Nous n'avons pas trouvé d'explication au pic avant l'âge de deux ans. La microalbuminurie est la présence de quantité anormale d'albumine dans les urines. Elle traduit soit une élévation de la pression capillaire soit une altération de la triple barrière glomérulaire ou une dysfonction endothéliale généralisée^[27]. Plusieurs auteurs rapportent une prévalence élevée de syndrome néphrotique idiopathique dans la dermatite atopique^[6-22]. La micro albuminurie est un facteur de risque cardiovasculaire dont l'intérêt est clairement établi dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle (27), il est important de constater que plus de la moitié des patients présentaient une microalbuminurie positive. La positivité de la microalbuminurie ne semble pas être corrélée à l'âge mais elle semble être liée à l'élévation des immunoglobulines E et à la sévérité de la DA.

Conclusion

L'existence d'une microalbuminurie pathologique chez les enfants porteurs d'une DA, semble être pertinente.

Il semble important de rechercher systématiquement les facteurs de risque vasculaires personnels et familiaux chez les enfants porteurs de DA, pour assurer une prévention optimale des pathologies vasculaires courantes.

REFERENCES

1. BARBAROT S. Physiopathologie de la dermatite atopique et perspective thérapeutiques systémiques. Réalités thérapeutiques en Dermato-vénérologie 256 Nov 2016- Cahier 1.
2. DARLENSKI R, KAZANDJIEVA J, HRISTAKIEVA E, FLUHR JW. Atopic dermatitis as a systemic disease. Clin Dermatol. 2014 May-Jun; 32(3): 409-13.

3. VILLAVERDE RR. La dermatite atopique dans la race noire. In *Dermatologie chez les patients a peau noire*. Editions Euromédecine 2008 p: 51-59.
4. ALI Z, SUPPLI ULRIC C, AGNER T, THOMSEN SF. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Feb 14. doi: 10.1111/jdv.14879. [Epub ahead of print] Review. Is atopic dermatitis associated with obesity? A systematic review of observational studies.
5. KUSUNOKI T. Obesity and atopic dermatitis, allergic rhinitis. *Arerugi*. 2017; 66 (8): 984-989.
6. AUDARD V, LANG P, SAHALI DIL. Pathogénie du syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes ; *Med Sci (Paris)* 2008 ; 24 :853-858.
7. SILVERBERG JL, BECKER L, KWASNY M, MENTER A, KORDORO KM, PALLER AS. Central obesity and high blood pressure in pediatric patient with atopic dermatitis. *JAMA DERMATOL* 2015; 151:144-52.
8. CONFERENCE DE CONSENSUS. Prise en charge dermatite atopique. *Ann Dermatol Vénérol* 2005; 132:19-33.
9. LENGA-LOUMINGOU I.A. Profil épidémiologique des dermatoses au C.H.U. de Brazzaville. *Ann Univ M Ngouabi*, 2014; 15-5: 21-25.
10. CHARPIN D, VERVLOET D. Présentation générale de l'étude ISAAC. *Revue Française d'allergologie et d'immunologie clinique*. Vol 38, issue 4,1998 P:375-282.
11. KAY J, GAWKRODGER DJ, MORTIMER MJ, JARON AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J.M Acad Dermatol* 1994.
12. KOUROUNA HS, KOUASSI YI, ECRA EJ, et al. Panorama des entités cliniques de consultation à Abidjan. *EDUCI. Rev.int.sc.med.RISN* 2017; 19, 2.
13. BAGHOUD S. Prévalence et profil clinique de la Dermatite atopique en Algérie. *Ann Dermatol Vénérol* 9 (12): 13140; Dec 2012.
14. FRITSCH P, BURGDORF W, MURPHY G, RING J. Skin diseases in Europe. *EJD* 2006 vol 16;2:209-18.
15. BARBAROT S. Physiopathologie de la dermatite atopique et perspective thérapeutiques systémiques. *Réalités thérapeutiques en Dermato-vénérologie* 256 Nov 2016- Cahier 1.
16. XU F, YAN S, LI F et al. Prevalence of childhood atopic dermatitis an urban and rural community-based study in Shanghai, China. *PLOS one*, 2012; 7 :e 36174.
17. DAVIS D. Practice gaps. Pediatric atopic dermatitis and associated morbidities. *JAMA Dermatol*. 2015 Feb;151(2):152-3.
18. GITTLER JK, SHEMER A, SUAREZ-FARINAS M et al. Progressive activation of Th2 Th22 cytokines and selective epidermal proteins characterizes acute and chronic atopic dermatitis. *J allergy clinimmunol*, 2012; 130: 1344-1354.
19. BASTARD J P, FEVE B. Insulino résistance et Diabète: Quel rôle jouent les interleukines. *STV* 2009; 21 7 : 307-314.
20. AIT OUFELLA H, TEDGUI A, MALLAT Z. L'athérosclérose: une maladie inflammatoire. *STV* 2008; 20, n°1: 25-33.
21. ROBERTSON AK, et al. T cells in artherogenesis: for better or worse. *Atheroscler.Thromb.Vasc Biol*: 2006.
22. TALEB et al. T cells in artherogenesis. *Curr.opin.pharmacol*.2010.Yoo TK, Kim SW, Seo KY. Age-Related Cataract Is Associated with Elevated Serum Immunoglobulin E Levels in the South Korean Population: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016 Nov 18;11(11):e0166331.
23. WEI CC, LIN CL, SHEN TC, Sung FC. Occurrence of common allergic diseases in children with idiopathic nephrotic syndrome. *J Epidemiol*. 2015;25(5):370-7.
24. THYSSEN JP, HALLING-OVERGAARD AS, ANDERSEN YMF, GISLASON G, SKOV L, EGEBERG A.Br. The association between cardiovascular disease and type 2 diabetes in adults with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *J Dermatol*. 2017 Dec 6. doi: 10.1111/bjd.16215. [Epub ahead of print] Review.
25. ANDERSEN YMF, EGEBERG A, HAMANN CR, SKOV L, GISLASON GH, SKAABY T, LINNEBERG A, THYSSEN JP. Poor agreement in questionnaire-based diagnostic criteria for adult atopic dermatitis is a challenge when examining cardiovascular comorbidity. *Allergy*. 2017 Nov 18.
26. LIM MS, LEE CH, SIM S, HONG SK, CHOI HG. Physical Activity, Sedentary Habits, Sleep, and Obesity are Associated with Asthma, Allergic Rhinitis, and Atopic Dermatitis in Korean Adolescents. *Yonsei Med J*. 2017 Sep;58(5):1040-1046.
27. ZHANG A, SILVERBERG JI. Association of atopic dermatitis with being overweight and obese: a systematic review and meta analysis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 606-16.
28. SIZINGER H, KRITZ H. La microalbuminurie est elle un facteur de risque en pathologie vasculaire. *STV* Vol7,9: 613-8, 1995.

Résumé

But : 1-Préconiser le diagnostic précoce des maladies vasculaires chez les enfants présentant une dermatite atopique, 2-Déterminer les enfants à risque vasculaire au cours de la dermatite atopique.

Méthodes : L'étude est transversale et analytique; réalisée au C.H.U.de Brazzaville en 18 mois. Elle porte sur des enfants de 0 à 15 ans atteints de dermatite atopique. Les données anthropométriques, clinique, et les antécédents sont recueillis sur des fiches ainsi que le bilan comportant obligatoirement : une glycémie a jeun, un dosage sérique d'immunoglobulines E et une microalbuminurie.

Résultats : 80 patients étaient retenus, il s'agissait de 47 filles et de 33 garçons. L'âge moyen était de 8,9 ans écart type \pm 4,646. L'obésité est retrouvée dans 21,25 % des cas. 82, 5% d'enfants avaient des parents hypertendus ou diabétiques au premier degré. La microalbuminurie était positive dans 53,75% des cas. Elle était indépendante de l'âge et du sexe et plus fréquente chez les enfants présentant une hyper IgE.

Conclusion : L'étude rapporte des arguments pour une prédisposition vasculaire et montre l'intérêt de réaliser une microalbuminurie dans la dermatite atopique.

Mots-clés : dermatite atopique, hypertension artérielle, diabète , microalbuminurie, enfant.



Rev Dermatol Trop

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

**Revue Africaine de Dermatologie Tropicale (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol Tropic 2022;1,1:33-39.**

© EDUCI 2022

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES DIRECTIVES DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) EN MATIÈRE DE
PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA DANS LES PAYS DE LA COMMUNAUTÉ
ECONOMIQUE DES ETATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST (CEDEAO)
EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF WORLD HEALTH ORGANIZATION
(WHO) GUIDELINES FOR HI/AIDS IN THE ECONOMIC COMMUNITY OF WEST
AFRICAN STATES (ECOWAS) COUNTRIES**

Vincent P. Pitché^{1,2}, Carlos Brito³, Serge P. Eholié⁴, Bayaki Saka¹, Kouadio Yéboué⁵, Jide Coker⁶, Agana Nsiire⁷, Sherif Mahamed⁸

Article reçu le 02 / 11 / 21 - Article accepté le 20 / 06 / 22

- 1- Service de dermatologie et IST, CHU Tokoin, Université de Lomé ;
- 2- Programme national de lutte contre le VIH/Sida, Ministère de la santé, Togo ;
- 3- Chargé du programme VIH/Sida à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), Bobo Dioulasso, Burkina-Faso ;
- 4- Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU Treichville, Université de Cocody, Abidjan Côte d'Ivoire;
- 5- Chargé Soins et traitement, Bureau inter pays OMS de l'Afrique de l'Ouest, Ouagadougou, Burkina-Faso ;
- 6- National AIDS program, Nigéria ;
- 7- consultant indépendant ; (8) : National AIDS program sierra Léone

Correspondance : Prof. Vincent P. PITCHE, BP 81056 Lomé (Togo) - E-mail : ppitche@yahoo.fr

Introduction

L'infection à VIH/SIDA demeure un problème de santé publique en Afrique subsaharienne depuis 30 ans. En fin 2009, on estimait à 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVIH) dans le monde dont 22,5 millions en Afrique subsaharienne^[1]. Afin de mieux organiser la réponse et la prise en charge de ces PVIH dans le cadre de la santé publique dans les pays à ressources limitées, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) développe et révisé régulièrement des recommandations en matière de conseil/dépistage, de la prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant (PTME) et de la prise en charge médicale^[2-5]. Ces recommandations sont adaptées au niveau de chaque pays à travers des documents normatifs ou des guides de prise en charge.

En Afrique de l'Ouest comme dans les autres régions, il existe des circulations de populations

d'un pays à un autre, et cette libre circulation a été consacrée par des textes juridiques de la CEDEAO (Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest) qui regroupent 15 pays. Par ailleurs, compte tenu des problèmes structurels et d'accès au financement dans le cadre du passage à l'échelle des interventions, on observe fréquemment des ruptures des intrants médicaux notamment des antirétroviraux.

Afin de mieux gérer la libre circulation des malades et les problèmes de ruptures fréquentes de médicaments, une des solutions à moyen terme est d'arriver à harmoniser les pratiques et les recommandations en matière de protocoles de prise en charge dans les pays de l'espace CEDEAO et faciliter ainsi la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida. C'est dans cette optique que l'organisation ouest Africaine de la santé (OOAS, institution

technique de la CEDEAO chargée de la santé) a lancé un processus d'harmonisation des pratiques dans les 15 pays membres de la CEDEAO qui à terme permettra de disposer des protocoles standardisés dans tous ces pays.

Le présent travail a eu pour objectif d'évaluer le niveau de mise en œuvre des recommandations OMS par les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA en matière de conseil/dépistage, de prise en charge médicale, de PTME afin de promouvoir une approche harmonisée de la prise en charge des PVVIH en Afrique de l'Ouest.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale à partir des documents nationaux en matière de prise en charge du VIH/Sida disponibles dans les 15 pays de la CEDEAO entre 2006 et 2009. Ces 15 pays sont : *Bénin, Burkina-Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra-Léone et Togo.*

L'enquête s'est déroulée entre mai et octobre 2009. L'évaluation s'est faite en trois phases :

i) la première phase a consisté en une réunion de consultants sélectionnés par l'OOAS. Cette réunion a permis de sélectionner les données à collecter lors des visites dans les pays et à l'élaboration du questionnaire à soumettre aux responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida dans les 15 pays. Ce questionnaire a été élaboré avec comme base de référence les recommandations OMS révisées entre 2006 et 2007 sur la prise en charge médicale, le conseil/dépistage, la prévention et le suivi biologique. Ce questionnaire a été adressé officiellement à tous les responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA pour remplissage ;

ii) la seconde phase était la visite des consultants dans les pays membres. Les visites des pays se sont déroulées de juin à septembre 2009 avec 14 pays sur 15 visités durant cette période (seul le Niger pour des raisons sociopolitiques n'avait pas été visité par les évaluateurs). Dans chaque pays, les responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida qui avaient préalablement reçu le questionnaire ont été rencontrés. L'interview de ces responsables a porté sur la validation des données prévues dans le questionnaire, les

pratiques dans les pays, le nombre de patients adultes et enfants recevant les antirétroviraux (ARV), le nombre de centres de conseil/dépistage volontaire, de structures offrant la PTME, de centres de prise en charge pédiatrique et adulte. Les évaluateurs ont localement recensés tous les derniers documents normatifs disponibles dans les pays visités.

iii) la troisième phase a consisté à la validation du rapport de cette évaluation par les responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida au cours d'un atelier régional organisé par l'OOAS au Burkina-Faso en novembre 2009.

Résultats

Quatorze des 15 pays visités disposaient des documents nationaux de normes et procédures en matière de prise en charge du VIH/Sida (conseil/dépistage, PTME, prise en charge médicale). La majorité de ces pays (13/14) avaient des guides révisés à partir des recommandations OMS 2006 en 2007. La révision de ces guides a été faite en 2007 par 75% des pays. Le résumé des principaux items évalués est illustré par le tableau I.

Le conseil & dépistage de l'infection à VIH se fait dans les 14 pays de la CEDEAO selon les recommandations OMS 2006. Il existe dans tous ces pays un guide national de conseil & dépistage et un algorithme de diagnostic de l'infection à VIH. Dans 12 pays sur 14, le dépistage de l'infection à VIH se fait avec deux tests rapides en parallèle à tous les niveaux du système de santé contre deux pays où un troisième test est réalisé au niveau central (Guinée Conakry et Libéria). Mais le type de réactif ou test utilisé pour le dépistage de l'infection à VIH varie en fonction des pays. Les stratégies « *Opt in et Opt out* » sont utilisées par 13 des 14 pays. Au Mali, les deux stratégies sont recommandées, mais seule la stratégie Opt in est utilisée sur le terrain.

En matière de PTME, il existait un guide national dans les 14 pays. Les recommandations sur la première ligne chez les femmes enceintes existaient dans tous les pays, mais les recommandations sur la deuxième ligne n'existaient que dans huit pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Libéria, Mali, Nigéria, Sénégal, Togo). Les schémas de prophylaxie ARV étaient basés sur la bithérapie, zidovudine (semaine 28) et névirapine à l'accouchement en dehors du Bénin où la trithérapie zidovudine/lamivudine/névirapine était recommandée à tous les niveaux.

En matière de la prise en charge médicale, il existait dans tous les pays des guides nationaux pour les traitements ARV et des infections opportunistes. Les critères d'initiation du traitement ARV chez l'adulte et l'adolescent étaient basés sur la clinique et l'immunologie.

Ces critères étaient conformes aux recommandations OMS 2006 dans 7 pays sur 14 (stade OMS 4 quelque soit le taux de lymphocytes TCD4, stade OMS 2 et 3 si le taux de lymphocytes TCD4 est compris entre 200 et 350/mm³, stade OMS 1 si le taux de lymphocytes TCD4 est inférieur 200/mm³). Il s'agit du Bénin, du Cap-Vert, de la Côte d'Ivoire, de la Gambie, du Libéria, du Sénégal et du Togo. Dans les 7 autres pays, les critères étaient les suivants : (stade OMS 3 et 4 quelque soit le taux de lymphocytes TCD4, stade OMS 1 et 2 si le taux de lymphocytes TCD4 est inférieur à 350/mm³). Dans tous les pays, la combinaison de deux inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT) et d'un inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase (INNRT) était utilisée en première ligne en cas d'infection à VIH1.

Mais cinq pays notamment le Bénin, la Gambie, le Ghana, la Sierra-Léone et le Togo n'avaient pas le ténofovir dans les protocoles de première ligne. Aussi, le Cap-Vert n'avait pas le zidovudine dans son protocole de première ligne. Certains pays comme le Benin, la Côte d'Ivoire et le Nigéria n'avaient pas maintenu la stavudine en première option du traitement de première ligne. Les schémas thérapeutiques de deuxième ligne reposaient sur l'association de deux INRT et d'un inhibiteur de protéase (IP) boostée par le ritonavir avec comme choix préférentiel, la combinaison fixe lopinavir/ritonavir. Trois pays sur 14, notamment la Côte d'Ivoire, le Mali et le Sénégal disposaient de protocoles de troisième ligne en cas d'échec de la deuxième ligne (génotypage). Les critères d'initiation du cotrimoxazole étaient respectés partout et ceux de jugement de l'efficacité thérapeutique n'étaient pas mentionnés dans les guides de deux pays que sont le Nigéria et la Sierra-Léone. Le suivi des patients sous ARV était basé sur les critères cliniques et immunologiques dans les 12 autres pays. En dehors de ces deux critères, la charge virale pour le suivi des patients n'était utilisée que dans trois pays (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal) mais pas à tous les niveaux du système sanitaire. En effet, la charge virale n'existait que dans les capitales de ces pays.

Le diagnostic pédiatrique de l'infection à VIH était basé sur les critères cliniques et

immunologiques. Mais l'utilisation de la charge virale pour le diagnostic précoce était réalisé dans sept pays: (Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Libéria, Mali, Nigéria, Sénégal).

L'application de la prophylaxie primaire à l'isoniazide était faite seulement dans trois pays: (Burkina-Faso, Ghana, Nigéria). Au Ghana, elle était indiquée chez les enfants exposés au VIH dont les mères avaient souffert de tuberculose (TB). La stratégie « intensifier la recherche des cas de TB chez les PVVIH » était pratiquée dans huit pays: (Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Mali, Nigéria, Sénégal).

Concernant l'infection à VIH2 et la co-infection VIH1/2, tous les pays avaient des recommandations de première et de deuxième ligne sauf le Nigéria. Tous les pays utilisaient en première ligne, deux INRT et un IP. Par rapport à la co-infection VIH/VHB, deux pays n'avaient pas de recommandations (Cap-Vert, Guinée Biseau). Enfin, concernant la co-infection VIH/VHC, neuf pays n'avaient pas de recommandations (Cap-Vert, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Libéria, Nigeria, Sierra-Léone, Togo).

Dans le domaine des accidents d'exposition au sang (AES) et des violences sexuelles, il y avait des recommandions dans tous les pays sauf le Nigéria où les recommandations sur les violences sexuelles étaient absentes dans les documents nationaux.

Par rapport au suivi biologique, il existait des directives pour un bilan préthérapeutique et de suivi biologique dans tous les pays sauf dans les guides du Nigeria et de la Sierra-Léone.

Enfin, la délégation de tâches pour la prescription des ARV en dehors des médecins n'était permise que dans 4 pays (Ghana, Libéria, Gambie, Togo). Dans les pays comme, le Mali, le Benin et la Côte d'Ivoire, une partie de la délégation de tâches était faite notamment le renouvellement des ARV, le suivi clinique et biologique des patients.

Tableau : Niveau d'application des recommandations OMS dans les pays de la CEDEAO

Items	Oui	Non
Item 1 : Conseil & dépistage		
Existence d'un guide national de conseil & dépistage	14	0
Respect de la stratégie de dépistage avec deux tests rapides	12	2
Application de la stratégie Opt in et Opt out	13	1
Existence d'un algorithme de conseil & dépistage	14	0
Existence d'un algorithme de diagnostic de l'infection à VIH	14	0
Item 2 : Prise en charge médicale des PVVIH et traitement des IO		
Existence d'un guide national de prise en charge médicale des PVVIH	14	0
Respect des critères OMS 2006 d'initiation du traitement ARV	7	7
Respect des normes en matière de protocoles ARV de 1 ^{ère} ligne	14	0
Respect des normes en matière de protocoles ARV de 2 ^e ligne	14	0
Existence de recommandations de 3 ^e ligne	3	11
<i>Critères de jugement de l'efficacité thérapeutique</i>		
Clinique et immunologique	14	0
Virologique	3	11
Prescription du cotrimoxazole si lymphocytes TCD4 est inférieur 350/mm ³	14	0
Utilisation de la charge virale pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH	7	7
Existence de recommandations pour le TB/VIH	14	0
Application de la prophylaxie primaire à l'INH	3	11
Application de la stratégie « intensifier la recherche du TB chez les PVVIH »	8	6
Existence de recommandations pour le VIH2 ou la co-infection VIH1 et VIH2	13	1
Existence de recommandations pour le VIH/VHB	12	2
Existence de recommandations pour le VIH/VHC	5	9
Existence de recommandations pour le traitement des infections oppor-	14	0

Item 3 : Prévention de la transmission mère-enfant

Existence d'un guide national ou manuel de référence en PTME	14	0
Respect des protocoles ARV proposés		
Régime thérapeutique de première ligne pour la femme enceinte	14	0
Régime thérapeutique de deuxième ligne pour la femme enceinte	8	6

Item 4 : AES et violences sexuelles

Existences de recommandations sur les AES	14	0
Existences de recommandations sur les violences sexuelles	13	1

Item 5 : Suivi biologique

Existence de recommandations pour le bilan préthérapeutique	14	0
Respect des recommandations pour le bilan de suivi biologique	12	2

Item 6 : Ressources humaines pour la prescription des ARV

Délégation de tâches	4	10
----------------------	---	----

Discussion

Ce travail a permis de documenter le niveau de mise en œuvre des recommandations de l'OMS par les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida en Afrique de l'Ouest.

Les principaux enseignements tirés de cette évaluation sont :

i) en 2009, tous les pays de l'espace CEDEAO disposaient des documents nationaux de référence révisés qui ont pris en compte les recommandations OMS 2006 et 2007 en matière de conseil/dépistage, de PTME et de prise en charge médicale;

ii) les pays de la CEDEAO ne révisent pas leurs normes au même moment (75% avaient révisé leurs directives en 2007) ;

iii) il y a un bon niveau d'harmonisation des directives en matière de prise en charge médicale et de PTME, ce qui constitue une bonne base pour la collaboration entre les différents programmes en matière de circulation des malades et d'aide mutuelle en cas de rupture de médicaments.

Cette évaluation, première du genre en Afrique subsaharienne à notre connaissance, a montré

que bien que les pays de la CEDEAO aient élaboré leurs directives sur la base des recommandations de l'OMS, ce qui favorise une harmonisation des pratiques dans cet espace, il existe néanmoins certains éléments de divergence d'un pays à l'autre. Ces éléments de divergence vont du conseil/dépistage à la prise en charge médicale et au suivi des patients. Cependant, ils sont plus notables dans les volets de prise en charge médicale avec huit pays qui recommandaient d'initier le traitement ARV chez les sujets asymptomatiques dès que les lymphocytes TCD4 tombent en dessous de 350/mm³ ce qui était conforme aux recommandations européennes et non à celles de l'OMS 2006.

Par ailleurs les recommandations sur la prophylaxie primaire à l'isoniazide, l'intensification de la recherche du bacille de Kock n'étaient respectées que dans quelques pays. En effet, il n'y a pas de consensus en Afrique de l'Ouest entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et ceux de lutte contre le VIH/Sida sur cette recommandation.

Enfin malgré la faiblesse (quantité et qualité) des ressources humaines en santé dans la majorité des pays en Afrique de l'Ouest, seul quatre pays ont opté pour la délégation des tâches dans la prescription des ARV. Dans le cadre l'accès universel aux services de soins et traitement des PVVIH, la délégation des tâches une stratégie importante dans le cadre de la décentralisation des services de prises en charge. Cette délégation doit être promu et soutenu par l'OMS et les pays afin de rapprocher les services des malades.

Un travail similaire réalisé par les pays de l'Est de la méditerranée a montré également une inexactitude de contenu des recommandations et des divergences d'un pays à un autre [6]. Ces constats, montrent la nécessité d'une assistance technique dans le processus d'élaboration et d'adaptation des directives nationales des pays pour la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH/Sida dans le but d'harmoniser les recommandations de l'OMS pour le bien des PVVIH. Cette harmonisation des pratiques dans les pays de notre espace constitue une des stratégies pour une meilleure prise en charge des populations mobiles, des populations transfrontalières. Par ailleurs, elle peut permettre de faire des commandes groupées des intrants médicaux (ARV, réactifs) pour plusieurs pays avec des économies d'échelle.

Après la publication des dernières recommandations OMS sur la PTME et les traitements ARV en 2009 [7-9], et tirant les leçons

de cette évaluation, l'OOAS et le bureau inter pays de l'OMS de l'Afrique de l'Ouest ont organisé un atelier régional en juillet 2010 pour aider les pays dans ce processus d'harmonisation de leurs pratiques pour les prochaines années.

Conclusion

L'évaluation des directives nationales en matière de prise de l'infection à VIH/Sida constitue une opportunité pour améliorer les pratiques des programmes nationaux de lutte contre le SIDA en Afrique. Pour l'OOAS, cette évaluation a permis d'une part de relever des forces et faiblesses en termes d'harmonisation des pratiques dans le grand espace de la CEDEO où vivent plus de 300 millions personnes et d'autre part d'identifier le type d'appui à apporter aux différents pays dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida. En effet, les directives OMS constituent un des instruments d'harmonisation des pratiques et aident les organismes régionaux à soutenir plus efficacement les pays pour améliorer leur programme de prise en charge (achats groupés des intrants, collaboration entre les programmes en cas de ruptures des intrants médicaux, prise en charge des populations mobiles et transfrontalières etc.). Ces genres d'évaluation ne doivent pas être une exception mais être une règle avant la mise en œuvre des nouvelles recommandations dans le cadre de la santé publique dans le pays à ressources limités.

RÉFÉRENCES

- 1- ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida, 2010. Genève : ONUSIDA 2010, 364 pages (consulté le 06 septembre 2011).
 - 2- World Health Organization. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection.* Geneva, 2008 (consulté le 7 septembre 2011) Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. Traitement anti-rétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées, vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique. Genève 2006, 132 pages (consulté le 6 septembre 2011).
- Organisation Mondiale de la Santé. Médicaments anti-rétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant, vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique. Genève 2006, 96 pages (consulté le 6 septembre 2011).

- 3- Organisation Mondiale de la Santé. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant en situation de ressources limitées, vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique. Genève 2006, 171 pages (consulté le 6 septembre 2011).
- 4- De Weggheleire A, Bortolotti V, Zolfo M, Crowley S, Colebunders S, Riedner G, et al. Challenges in developing national HIV guidelines: experience from the eastern Mediterranean. Bull World Health Organ 2011; 89: 442-50.
- 5- Organisation Mondiale de la Santé. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées, vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique. Genève 2009, 2 pages (consulté le 6 septembre 2011).
- 6- Organisation Mondiale de la Santé. Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant, vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique. Genève 2009, (consulté le 6 septembre 2011).
- 7- Organisation Mondiale de la Santé. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson

et l'enfant en situation de ressources limitées, vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique. Genève 2009, 228 pages (consulté le 6 septembre 2011).

Conflit d'intérêt : aucun

Ce travail a été organisé et financé par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

Remerciements : les auteurs remercient : i) les points focaux OOAS des différents pays ; ii) les responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida du Bénin, du Burkina-Faso, du Cap-Vert, de la Côte d'Ivoire, de la Gambie, de la Guinée Conakry, de la Guinée Bissau, du Libéria, du Mali, du Niger, du Nigéria, du Sénégal, de la Sierra-Léone et du Togo ;

Résumé

Objectif : Evaluer le niveau de mise en œuvre des recommandations OMS en matière de la prise en charge globale de l'infection à VIH/Sida par les pays de la CEDEAO afin d'arriver à harmoniser les protocoles dans la région ouest africaine.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude descriptive transversale des recommandations nationales sur la prise en charge globale de l'infection à VIH/Sida en vigueur entre 2006 et 2009 dans les 15 pays de la CEDEAO.

Résultats : Quatorze pays sur les 15 ont soumis leurs recommandations pour être évalués. L'analyse de ces recommandations a permis de relever des points convergents : les directives de dépistage de l'infection à VIH utilisent deux tests en parallèle et la stratégie opt-in/opt-out; les critères d'initiation du traitement antirétroviral sont basés sur la clinique et l'immunologie; les schémas de PTME sont basés sur la bithérapie zidovudine (semaine 28) et névirapine à l'accouchement en dehors du Bénin où la trithérapie zidovudine/lamivudine/névirapine est recommandée; la non application des recommandations OMS sur la prophylaxie primaire de la tuberculose par l'isoniazide ; l'existence de recommandations sur la prise en charge des accidents d'exposition au sang. Parmi les points divergents, les types de réactifs utilisés pour le dépistage de l'infection à VIH varient d'un pays à l'autre ; la charge virale n'est utilisée pour le suivi des patients que dans trois pays ; enfin, la délégation de tâches en dehors des médecins n'est permise que dans trois pays.

Conclusion : Ce travail a permis de noter que tous les pays de la CEDEAO utilisent des documents OMS comme base de référence pour l'élaboration des directives de prévention et de prise en charge globale de l'infection à VIH/Sida. Cependant, ces pays nécessitent une assistance technique dans le processus d'adaptation afin de promouvoir une approche harmonisée de la prise en charge des PVVIH dans la région ouest Africaine.

Mots-clés : Recommandations OMS, programmes SIDA, Afrique de l'Ouest

Abstract

Objectives: To appraise the level of implementation of WHO guidelines for the management of HIV/AIDS infection by the ECOWAS countries in order to achieve harmonization of protocols in West African region.

Methodology: It was a descriptive study of cross-national guidelines for prevention and treatment of HIV/AIDS in the 15 ECOWAS countries in force between 2006 and 2009.

Results: Fourteen of the 15 countries have submitted their guidelines to be evaluated. Analysis of these guidelines has identified convergent points: guidelines for screening HIV infection use two tests in parallel and opt-in/opt-out strategy; criteria for initiation of antiretroviral therapy are clinical and immunological; PMTCT regimens are based on combination therapy, zidovudine (week 28) and nevirapine at delivery outside of Benin where the triple therapy zidovudine/lamivudine/nevirapine is recommended; the non-application of WHO guidelines in primary prophylaxis of tuberculosis with isoniazid; the existence of guidelines of post-exposure prophylaxis. Among the divergent points, types of reagents used for HIV test vary from countries; viral load is used for monitoring patients in three countries and finally, the delegation spots outside of doctors is only allowed in three countries.

Conclusion: This work has noted that all ECOWAS countries use WHO documents as a baseline for the development of guidelines for prevention and treatment of HIV/AIDS. However, these countries need technical assistance in the adaptation process to promote a harmonized approach to the care of PLWHA in the West African region.

Keywords: WHO Guidelines, National AIDS programs, West Africa



Rev Dermatol Trop

CAS CLINIQUE / OCASE REPORT

*Revue Africaine de Dermatologie Tropicale (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol Tropic 2022;1,1:40-43.*

© EDUCI 2022

INTÉRÊT DE LA CORTICOTHÉRAPIE LOCALE DANS LE SYNDROME DE RECONSTITUTION IMMUNITAIRE (SRI) DU SUJET INFECTÉ PAR LE VIH : CAS DE L'HERPÈS GÉNITAL / INTEREST OF LOCAL CORTICOSTEROID THERAPY IN THE IMMUNE RECONSTITUTION SYNDROME (IRS) OF THE HIV-INFECTED SUBJECT: CASE OF GENITAL HERPES.

Gbery IP, Ahogo KC, Ecra EJ

CHU Treichville (Abidjan-RCI)

Article reçu le 02 / 11/21 - Article accepté le 18/ 06/22

Introduction

Le syndrome de restauration immunitaire est l'ensemble des manifestations pathologiques attribuées à une reconstitution excessive et/ou insuffisamment régulée vis-à-vis d'antigènes infectieux ou non infectieux ; il survient après l'initiation du traitement antirétroviral hautement actif^[1,2]. Il peut s'agir de la réactivation d'une pathologie infectieuse déjà acquise ou d'une exacerbation d'une pathologie existante comme l'herpès génital^[3,4]. C'est une réaction inflammatoire. Les anti-inflammatoires jouent donc un rôle important dans la prise en charge^[5].

Nous rapportons deux cas, de prise en charge difficile, révélés par la réactivation et l'exacerbation d'un herpès génital, d'évolution chronique, bourgeonnante et l'intérêt de la corticothérapie locale dans la cicatrisation rapide.

Observations

Cas 1

Un homme de 46 ans consultait pour une lésion ulcéro- végétante de la verge.

Cette lésion était survenue dans les suites d'une poussée d'herpès génital. Il vivait avec une infection par le VIH1 depuis 8 mois. Il bénéficiait d'une trithérapie antirétrovirale initiée à un taux de lymphocytes CD4 à 60 éléments par mm³. Il avait depuis une dizaine d'années des poussées d'herpès à la fréquence de 4 par an. Il n'avait pas noté de modification de l'expression clinique des poussées antérieures. La lésion ulcéro- végétante qu'il présentait, résultait

d'une poussée d'herpes au début similaire aux précédentes. Le foyer de vésicules a évolué vers une ulcération sans tendance à la cicatrisation malgré l'administration d'acyclovir puis de valacyclovir et famcyclovir. L'ulcère s'est infiltré se transformant en une tumeur ulcéro-végétante du pénis indolente et suintante (Fig1a).



Fig. 1a : Expression d'un IRS)

Les examens bactériologiques directs étaient négatifs. Les tests sérologiques confirmaient une séropositivité pour le VIH1 et révélèrent une sérologie HSV1 et HSV2 positive. Le taux de CD4 était de 420 éléments/ mm³.

Nous avons conclu à un syndrome de restauration Immunitaire. Nous avons appliqué

quotidiennement de la bétaméthasone après antiseptie par hypochlorite de soude à 5% tout en continuant le traitement antiretroviral.

Une cicatrisation complète était obtenue au bout de 15 jours (Fig1b). Elle était stable après 2 mois de suivi.



Fig. 1b- Cicatrisation complète après 2 semaines de corticothérapie locale

Fig 1 : cas 1 : herpès chronique hypertrophique du fourreau de la verge

Cas 2

Mr KF 44 ans séropositif au VIH1 sous trithérapie antirétrovirale depuis 6 ans était adressé en dermatologie pour une lésion ulcéro-bourgeonnante de la fesse gauche.

Cette lésion était survenue au décours de plusieurs poussées de vésicules herpétiques sur le même siège. Elle évoluait depuis environ 4 ans. L'expression clinique s'était progressivement modifiée. Le foyer, au début vésiculeux, s'est transformé progressivement en une ulcération chronique, insidieuse, ulcéro-bourgeonnante, sans tendance à la cicatrisation.

Au cours de son itinéraire thérapeutique plusieurs traitements à base de valacyclovir et de famcyclovir ont été institués sans succès.

A l'examen le patient présentait une lésion pseudo tumorale de la région antéro-interne de la fesse gauche. Cette lésion ulcéro-végétante avait un contour polycyclique. La surface était recouverte par endroit d'un enduit jaunâtre (Fig2a). L'examen notait également une ulcération herpétique du pli inter fessier. Il n'y avait pas d'adénopathies inguinales. Ailleurs l'examen clinique était sans particularité. Les examens

bactériologiques directs étaient négatifs. Le taux de CD4 était à 900 éléments/mm³ au moment de la consultation en dermatologie ; celui au début du traitement n'a pas été obtenu. La sérologie HSV1 était également positive.

Le diagnostic de syndrome de restauration immunitaire a été retenu.

Un traitement local à base de bétaméthasone était institué, associé à une antiseptie par l'hypochlorite de soude à 5%. La cicatrisation complète a été obtenue au bout de 1 mois (Fig 2b). Après 3 mois de suivi, il n'a été observé aucune récurrence. La cicatrice était stable.



Fig. 2b ; Expression d'un SRI



Fig. 2b: Cicatrisation complète après 1 mois de corticothérapie locale (b).

Fig 2 : cas 2 : herpès chronique hypertrophique de la fesse

Discussion

L'herpès génital du sujet immunodéprimé, VIH positif, est caractérisé par sa fréquente récurrence, son évolution extensive vers la chronicité avec un caractère ulcéro-bourgeonnant dont l'évolution de plus d'un mois classe sida^[6,7]. De même chez un patient VIH positif sous ARV, la survenue d'un herpès génital chronique à caractère atypique, végétant, hypertrophique, sans tendance à la cicatrisation peut être l'expression d'un échec thérapeutique ou celle d'un syndrome de reconstitution immunitaire^[8,2].

Ces deux formes sont donc similaires et responsables d'une errance diagnostique comme dans nos 2 cas avec une hésitation thérapeutique, se bornant, le plus souvent, à une succession d'antiviraux. La chronicité, dans nos pays où l'anti-virogramme n'est pas possible, fait évoquer également une possible résistance de HSV aux antiviraux ; d'où le changement de molécules (antivirales) dans les 2 cas par les praticiens, passant de l'acyclovir au famcyclovir. Cependant un bon interrogatoire et une bonne analyse du dossier médical permettent d'éliminer l'herpès chronique du sujet VIH positif classant sida et la résistance du HSV aux antiviraux. Il faut retenir le syndrome de reconstitution immunitaire devant la montée du taux de CD4 et l'évolution atypique accompagnant cette restauration immunitaire, que nous avons observée, chez nos 2 patients ; la charge virale étant difficilement accessible financièrement.

Parfois l'approche thérapeutique dans le syndrome de restauration immunitaire est difficilement contrôlable par l'anti-infectieux et les ARV seuls. En effet il s'agit d'un syndrome inflammatoire nécessitant des anti-inflammatoires dont les corticoïdes. Ces corticoïdes ont une action anti inflammatoire mais également antiproliférative. Cette action antiproliférative est déjà utilisée dans les ulcères chroniques hyper-bourgeonnant, de cicatrisation difficile. Le risque infectieux constitue un frein à leur utilisation dans les pathologies infectieuses. Dans les lésions hyper-bourgeonnantes d'herpès génital, des molécules telles que l'imiquimod ont déjà été utilisées^[9].

Pour nos malades, l'inefficacité des antiviraux malgré la poursuite des ARV, nous a conduits à redresser le diagnostic en faveur d'un SRI et à instituer une application locale quotidienne de betaméthasone à cause de son effet inflammatoire et son action antiproliférative. Cela a abouti à la cicatrisation complète (fig1b et 2b) après 2-4 semaines de traitement. A notre connaissance cette approche thérapeutique n'a pas encore

été utilisée. Ces 2 cas illustrent cette approche topique moins contraignante et peu onéreuse pour les patients et qui améliorent rapidement leur qualité de vie, par la cicatrisation rapide.

Conclusion

Le caractère végétant de l'herpès génital peut être l'expression d'une restauration immunitaire chez un patient infecté par le VIH. Cette forme résiste au traitement par anti-HSV et évolue favorablement sous corticothérapie locale

RÉFÉRENCES

- 1-Walker NF, Scriven J, Meintjes G, Wilkinson RJ. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected patients. *HIV AIDS (Auckl)*. 2015 12;7:49-64.
- 2-Soria A, Canestri A, Bournierias I, et al. Lupus discoïde chronique, une nouvelle manifestation cutanée de la reconstitution immunitaire au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *La Presse Médicale* 2009 ; 38:1541-3.
- 3-Couppié P, Sarazin F, Clyti E, El Guedj M, Vaz T, Sainte-Marie D, Marty C, Nacher M. Increased incidence of genital herpes after HAART initiation: a frequent presentation of immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) in HIV-infected patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2006 Mar;20(3):143-5.
4. Sarazin F, Nacher M, Toure Y, et al. Manifestations dermatologiques associées au syndrome de restauration immunitaire du patient VIH+ débutant un traitement antirétroviral : étude rétrospective en Guyane française. *Bull Acad Natle Med* 2011 ; 195 : 561-75.
- 5- Weiss L. Syndrome de restauration immunitaire (IRIS) au cours du traitement de l'infection par le VIH. In Girard PM, Katlama C, Pialoux G. *VIH: manifestations cliniques de l'infection à VIH et du SIDA*. Paris: Doin ;2007. 445-67.
- 6-Phiri S, Zadrozny S, Weiss HA, Martinson F, Nyirenda N, Chen CY, Miller WC, Cohen MS, Mayaud P, Hoffman IF. Etiology of genital ulcer disease and association with HIV infection in Malawi. *Sex Transm Dis*. 2013;40(12):923-8.
7. Eolié SP, Girard PM *Mémento thérapeutique du VIH/ SIDA en Afrique*: 2. Rueil-Malmaison:Doin. 2009
- 8-Chakrabarti LA, Lortholary O. [IRIS: a paradoxical inflammatory reaction in patients treated simultaneously for tuberculosis and HIV]. *Med Sci (Paris)*. 2015 ;31(1):53-9
- 9-McKendry A, Narayana S, Browne R. Atypical presentations of genital herpes simplex virus in HIV-1 and HIV-2 effectively treated by imiquimod. *Int J STD AIDS*. 2014,9:98-9

Résumé

Le syndrome de restauration immunitaire survient après l'initiation du traitement antirétroviral hautement actif .Il peut s'agir de la réactivation d'une pathologie infectieuse déjà acquise ou d'une exacerbation d'une pathologie existante comme l'herpès génital. A travers 2 cas cliniques, les auteurs montrent les errances du diagnostic, pouvant simuler chez un patient sous traitement antirétroviral un herpès chronique, expression d'un échec thérapeutique et une résistance aux antiviraux. Le taux de CD4 aide au diagnostic. Les auteurs montrent également, devant ce syndrome inflammatoire, les difficultés thérapeutiques et l'intérêt de la corticothérapie locale dans la cicatrisation rapide en 2 à 4 semaines ; améliorant ainsi la qualité de vie des patients.

Mots-clés : Herpes génital, Syndrome de restauration immunitaire, VIH, Corticothérapie locale.



Rev Dermatol Trop

CAS CLINIQUE / CASE REPORT

Revue Africaine de Dermatologie Tropicale (ISSN à venir)
Rev Afr Dermatol Tropic 2022;1,1:44-46.

© EDUCI 2022

MAL PERFORANT PLANTAIRE RÉVÉLANT UNE LÈPRE TUBERCULOÏDE EN CONSULTATION EXTERNE À ABIDJAN **PLANTAR PERFORATING DISEASE REVEALING TUBERCULOID LEPROSY IN AN OUTPATIENT CLINIC IN ABIDJAN**

Gbandaman KP, Kouassi KA , kouassi YI, Kourouma HS, Ahogo KC

Article reçu le 12 /01/22 - Article accepté le 02/ 07/22

INTRODUCTION

La lèpre est une infection chronique due à *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacille de Hansen (BH)^[1].

Ses particularités sont d'une part son tropisme pour la peau et les cellules nerveuses périphériques (cellules de Schwann) et d'autre part l'impossibilité, jusqu'à présent, de le cultiver *in vitro*^[2]. La classification clinique proposée par l'OMS définit deux formes de lèpre : la forme paucibacillaire et la forme multibacillaire^[3]. En Côte d'Ivoire, la mise en place du Programme National de lutte contre la Lèpre (PNEL) en 1992 a permis d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique en 2001^[4]. Cependant, des cas continuent d'être diagnostiqués en pratique courante notamment dans les zones rurales d'accessibilité géographique, financière et sanitaire difficile. Quelques cas sont encore observés en zone urbaine.

Nous rapportons un cas de lèpre tuberculoïde révélé par un mal perforant plantaire en consultation externe de Dermatologie à Abidjan.

OBSERVATION

Monsieur DT âgé de 71 ans, sans profession, Ivoirien, résidant à Marcory, venu consulter en Octobre 2019 au service de Dermatologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville pour des lésions cutanées faites de macules et plaques généralisées.

La symptomatologie aurait débuté un an avant sa consultation par l'apparition progressive de macules hypopigmentées du visage sans prurit ni douleur. Malgré plusieurs consultations sans diagnostic formel établi, le patient n'avait

entrepris aucune médication et, l'évolution s'était faite après deux mois vers une extension progressive des macules au tronc puis aux membres avec une infiltration douloureuse de certaines macules. Devant la survenue de la douleur et la persistance des lésions, le patient a consulté notre service pour une meilleure prise en charge.

Les antécédents du patient révélaient une hypertension artérielle suivie depuis six (06) ans. Il n'y avait pas de notion de contact antérieur avec un patient lépreux ni de diabète, de tuberculose et le patient était séroignorant au VIH. L'examen physique mettait en évidence un bon état général.

À l'examen cutané, l'on retrouvait des macules hypopigmentées de la tête, du tronc, des membres supérieurs et inférieurs, symétriques, à bords surélevés, sans aspect de guérison centrale, de notion d'évolution centrifuge ni de squames. Certaines macules présentaient une hypoesthésie. L'examen retrouvait également des plaques annulaires du dos et des membres, discrètement douloureuses, à bords nets, surélevées. Ailleurs, la face plantaire du gros orteil droit présentait une ulcération ovale à fond propre, d'environ 1,5cm de grand axe, aux bords nets, non décollés, douloureuse à la palpation et à la marche, avec une peau péri lésionnelle hypopigmentée. Cette ulcération survenait sur un terrain sous-jacent de neuropathie périphérique. Son installation s'est faite de façon insidieuse. Les cheveux et les ongles avaient un aspect normal. Les muqueuses étaient sans particularité. Ailleurs, l'examen clinique était sans particularité.



Fig. 1 : macules hypopigmentées du visage



Fig. 2 ; Plaques annulaires du dos



Fig. 3 : ulcération de la face plantaire du gros orteil droit

La sérologie VIH était négative. Les hypothèses diagnostiques évoquées étaient une lèpre, des eczématides achromiantes. L'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie cutanée concluait à d'une lèpre tuberculoïde.

Il s'agissait donc d'une lèpre tuberculoïde compliquée d'un mal perforant plantaire chez un patient immunocompétent au VIH.

Le patient a bénéficié d'une trithérapie à base de rifampicine- Diamino-diphényl sulfone ou DDS- clofazimine.

DISCUSSION

En Côte d'Ivoire, la lèpre n'est plus un problème de santé publique depuis la mise en place du Programme National de lutte contre la Lèpre (PNEL). Cependant, elle demeure encore endémique dans certaines zones rurales et quelques cas sporadiques sont encore diagnostiqués en zone urbaine où les campagnes de masse sont rares. En effet, la lèpre étant parfois assimilée à une maladie de la pauvreté, les efforts de diagnostic sont surtout concentrés sur les zones rurales contrairement à une métropole comme la ville d'Abidjan qui, pourtant, concentre un nombre important de populations venant d'horizons divers.

La lèpre tuberculoïde est une pathologie parfois handicapante par ses nombreuses complications et son retentissement sur la qualité de vie^[5-7]. La sensibilisation doit être continue à tous les niveaux afin d'éviter les consultations tardives dues à la négligence et à la méconnaissance de la pathologie par les malades^[8]. Devant des macules hypochromiques associées à des troubles neurologiques, une biopsie cutanée en vue d'un examen histopathologique doit être systématique^[9,10]. L'examen clinique doit rechercher des complications classiques telles que les troubles neurologiques et les atteintes osseuses mais il doit aussi insister sur les troubles trophiques surtout aux zones d'appui pouvant se traduire par des maux perforants plantaires tel ce cas diagnostiqué tardivement à Abidjan.

CONCLUSION

La lèpre demeure une maladie endémique dans notre pays. La sensibilisation doit être continue même en zone urbaine pour rompre la chaîne de contamination mais aussi pour le dépistage précoce. La prise en charge thérapeutique doit être rapide afin d'éviter les complications neurologiques et trophiques comme chez notre malade.

REFERENCES

- 1- Fischer M. Leprosy - an overview of clinical features, diagnosis, and treatment. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017;15(8):801-27.
- 2- Bourée P. et De Carsalade G-Y. Aspects actuels de la lèpre. *Rev Prat* 2012 Jun;62(6):751-55.
- 3- World Health Organization et al. Leprosy-global situation. *Wkly Epidemiol Rec.* 2002;77:1-8.
- 4- Koffi OY, Tia YF, Kouamé A, Yoro MB, Koné D. Factors due to the delay of the diagnosis and the treatment of leprosy in Côte d'Ivoire: case of the patients under treatment at the institute raoul follereau of adzopé. *Rev Espace territ soc santé.* 2018 Jul;1(1):108-19.
- 5- Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action.* 2012;5(1):18394.
- 6- Flageul B. Diagnostic et traitement de la neuropathie lépreuse en pratique. *Rev Neurol.* 2012 Dec;168(12):960-6.
- 7- De Brier G, Jouvion A, Mercier J, Trappier T, Urseau I, Thefenne L. Lèpre/Thérapeutique. *Bull. de l'ALLF* n 2012.
- 8- Diop MM, Berthe A, Diousse P, Mahamat Y, Fall L, Touré PS et al. La lèpre: quatre cas de retard tardif. *RAMReS/Sciences de la Santé.* 2014;1(2).
- 9- Berthe S, Faye O, Bagayogo B, Dicko A, Traoré P, Coulibaly K et al. Etiologies des hypochromies acquises en milieu dermatologique. *Mali Med.* 2012;27(1):6-9.
- 10- Flageul B. Le diagnostic de la lèpre. *Rev Francoph Lab.* 2011 Apr;2011(431):37-42.

Conflits d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

RESUME

La lèpre est une infection chronique due à *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacille de Hansen (BH). La classification clinique proposée par l'OMS définit deux formes de lèpre : la forme paucibacillaire et la forme multibacillaire. Nous rapportons un cas de lèpre tuberculoïde en consultation de Dermatologie à Abidjan. Il s'agissait de Monsieur DT âgé de 71 ans venu consulter en Octobre 2019 au service de Dermatologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville pour des lésions cutanées faites de macules et plaques généralisées. L'examen physique mettait en évidence un bon état général. A l'examen cutané, l'on retrouvait des macules hypopigmentées de la tête, du tronc, des membres supérieurs et inférieurs, symétriques, à bords granuleux, surélevés pour certaines macules, sans aspect de guérison centrale, de notion d'évolution centrifuge ni de squames. Certaines macules présentaient une hypoesthésie. L'examen retrouvait également des plaques annulaires du dos et des membres, discrètement douloureuses, à bords nets, surélevées. Ailleurs, la face plantaire du gros orteil droit présentait une ulcération ovalaire à fond propre, aux bords nets, non décollés, douloureuse à la palpation et à la marche, avec une peau péri lésionnelle hypopigmentée. Les éléments de l'examen clinique et l'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie cutanée ont permis de retenir le diagnostic d'une lèpre tuberculoïde multibacillaire compliquée d'un mal perforant plantaire chez un patient hypertendu et immunocompétent au VIH. La prise en charge thérapeutique a été initiée au District des Grandes Endémies où le patient a reçu une trithérapie à base de rifampicine- Diamino-diphényl sulfone ou DDS- clofazimine.

La lèpre demeure une maladie endémique dans notre pays. Le dépistage précoce de la maladie et la prise en charge thérapeutique rapide permettent la prévention des complications neurologiques de la lèpre et d'empêcher la contamination.

Mots-clés : Lèpre tuberculoïde; Mal perforant; Abidjan