

Volume 8, Supplement 1, November 2017

p. 1 - 43

Issue online since Thursday November 23, 2017

ISSN: 2081-9390

DOI: 10.7241/ourd

Our

Dermatology Online

www.odermatol.com



- Boubacar Ahy Diatta, Rabak-Basba
Mireille Nathalie Kabre, Salimatou Diallo Bèye,
Fatimata Ly, Assane Kane
Diaper dermatitis among the infant in Dakar:
Study of 205 cases

- Laouali Salissou, Sareye Ousmane,
Moussa Doulla, Souleymane Brah, Mamane Daou,
Djibo Ali, Eric Adehossi
Cutaneous Larva migrans: 3 cases at the forehe-
ad



- Christiane Koudoukpo, Félix Atadokpèdé,
Laouali Salissou, Hugues Adégbidi,
Bénédicte Cavelier Balloy, Fabrice Akpadjan,
Nadège Agbéssi, Bérénice Dégboé,
Florence Padonou

Mixed form of grave scabies on voluntary co-
smetic depigmentation land: About a case at the
Parakou (Benin) University Hospital Center
(UHC)



Supplement 1 / 2017

Editorial Pages

e-ISSN: 2081-9390

DOI: 10.7241/ourd

Quarterly
Our Dermatol Online

published since 01/06/2010 years

www.odermatol.com

Editor in Chief:

Piotr Brzeziński, MD Ph.D

Address:

ul. Braille'a 50B, 76200 Słupsk, Poland
tel. 48 692121516, fax. 48 598151829
e-mail: brzezoo77@yahoo.com

Publisher:

Our Dermatology Online

Address:

ul. Braille'a 50B, 76200 Słupsk, Poland
tel. 48 692121516, fax. 48 598151829
e-mail: brzezoo77@yahoo.com

Associate Editor:

Ass. Prof. Viktoriya Kazlouskaya (USA)

Indexed in:

Universal Impact Factor for year 2012 is = 0.7319
system of opinion of scientific periodicals INDEX COPERNICUS (8,69)
(Academic Search) EBSCO
(Academic Search Premier) EBSCO
MNiSW (kbn)-Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (7.00)
DOAJ (Directory of Open Access Journals)

Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER), Google Scholar, Open J-Gate, NewJour,
International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), Genamics JournalSeek, Hinari,
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), WorldCat, e-journal, WorldWideScience.org, National Science Library,
LibSearch, Sciencegate, Virtual Science Library (VSL), Wanfang Data, COncnecting REpositories (CORE),
CAB Abstracts, Global Health, Journal Indexed in Directory of Research Journals Indexing,
OAIster: The Open Access Initiative, OAJSE - Open Access Journals Search Engine, Scirus

Previous website:

issue 1.2010

www.ndermatol.like.pl

since issue 2.2010 to issue 3.2011

www.odermatol.like.pl

since issue 4.2011

www.odermatol.com

Previous shortcut:

since issue 1.2010 to issue 3.2011

N Dermatol Online

since issue 4.2011

Our Dermatol Online

Open access journal:

This is an open access journal which means that all content is freely available without charge to the user or his/her institution. Users are allowed to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full or texts of the articles in this journal without asking prior permission from the publisher or the author.

Our Dermatology Online is a international journal that publishes original contributions in the field of dermatology, including papers on biochemistry, morphology and immunology of the skin.

The journal is among the few not related to dermatological associations or belonging to respective societies which guarantees complete independence. Offers a platform for review articles in areas of interest for dermatologists.

OurDermatologyOnline offers article in English as well as in other languages. This is in accordance with the BOAI definition of open access.

Editorial Board

- Abdel-Naser, Mohamed Badawy, Prof. (Egypt)
Abdul-Lateef Mousa Haider, MD (Iraq)
Al Aboutd Khalid, MD (Saudi Arabia)
Al-Kamel Mohamed A., MD (Yemen)
Al-Mashaleh Manal Sulaiman, MD (Jordan)
Abreu-Velez Ana Maria, Prof. (USA)
Abreu Hilda, MD (Uruguay)
Adaskevich Uladzimir, Prof. (Belarus)
Afifi Mustafa, MD (United Arab Emirates)
Aghaei Shahin, Ass. Prof. (Iran)
Akpaka Patrick Eberechi, Prof. (Trinidad and Tobago)
Akyshbayeva Kulbarshin, Prof. (Kazakhstan)
Amichai Boaz, MD (Israel)
Arakelyan Hayk S. Prof. (Armenia)
Arenas Roberto, Prof. (Mexico)
Arif Tasleem, MD (India)
Asuquo Maurice Efana, Prof. (Nigeria)
Auto James, Ass. Prof. (Solomon Islands)
Fatou Barro-Traoré, Prof. (Burkina Faso)
Christian Muteba Baseke, MD (Democratic Republic of the Congo)
Beigi Pooya Khan Mohammad, Prof. (Canada)
Bharti Rakesh, MD (India)
Bonifaz Alexandro, Prof. (Mexico)
Borowska Katarzyna, Ass. Prof. (Poland)
Borruto Franco, Prof. (Monaco)
Bouadjar Bakar, Prof. (Algeria)
Bukhari Iqbal A., Prof. (Saudi Arabia)
Cabo Horacio, Prof. (Argentina)
Chamcheu Jean Christopher, Ph.D (USA)
Chang Patricia, MD Ph.D (Guatemala)
Chihanga Simon, MD (Botswana)
Choon Siew Eng, MD (Malaysia)
Chuh An Tung Antonio, Prof. (Hong Kong)
Crump Vincent, MD (New Zealand)
Daboul Mohamed Wael, MD (Syria)
Daisley Hubert, Prof. (Trinidad and Tobago)
Darlenski Razvigor, MD Ph.D (Bulgaria)
Diouf Assane, Ass. Prof. (Senegal)
Dobrev Hristo, Prof. (Bulgaria)
Doganay Mehmet, Prof. (Turkey)
Dong Huiting, Prof. (China)
Dori Geme Urge, PhD (Ethiopia)
Draganita Ana Maria, MD PhD (Romania)
Drljević Irdina, MD, Ph.D. Ass. Prof. (Bosnia and Herzegovina)
Dubakienė Rūta, Prof. (Lithuania)
Edwards Carl, Ass. Prof. (USA)
Elhassan Elizabeth, MD (Senegal)
Farkas Arpad, MD PhD (Hungary)
Fernandez-Flores Angel, MD Ph.D (Spain)
Fortuna Giulio, Ass. Prof. (USA)
Gołąb Elżbieta, Prof. (Poland)
Gómez Cuevas Alina, Prof. MD (Nicaragua)
Grattan Clive (United Kingdom)
Grivcheva-Panovska Vesna, Prof. (Macedonia)
Guzmán Antonio, MD (Paraguay)
Hashimoto Takashi, Prof. (Japan)
Hassan Iffat, Prof. (India)
Hegyí Vladimir, Prof. (Slovakia)
Hidalgo-Matlock Benjamin, MD (Costa Rica)
Hysi Katerina, MD (Albania)
Janjua Shahbaz, MD (Pakistan)
Jeseňák Miloš, Ass. Prof. (Slovakia)
Jeewon Rajesh, Ph.D. (Mauritius)
Jordán Rodríguez Ramiro, Prof. (Bolivia)
Julian Rolando, Prof. (El Salvador)
Kaszuba Andrzej, Prof. (Poland)
Kaštelan Marija, Prof. (Croatia)
Katsambas Andreas, Prof. (Greece)
Khawaja Shakeel Ahmed, PhD (Eritrea)
Kibbi Abdul-Ghani, Prof. (Lebanon)
Kossi Metowogo, Ph.D (Togo)
Kuiate Jules-Roger, Prof. (Cameroon)
Lan Cheng-Che E., Ass. Prof. (Taiwan)
Lopez-Granja Jorge, MD (Belize)
Lotti Torello, Prof. (Italy)
Mahassadi Alassan Kouamé, Ass. Prof. (Côte d'Ivoire)
Mahdi Juma Husain Ali, MD (Bahrain)
Maibach Howard I., Prof (USA)
Maio Paula, MD (Portugal)
Mekokishvili Lali, Prof. (Georgia)
Mikkelsen Carsten Sauer, MD (Denmark)
Mourad Mokni, Prof. (Tunisia)
Mota Luiz Alberto Alves, Prof. (Brazil)
Mrisho Fatma, MD (Tanzania)
Muvunyi Claude Mambo, MD (Rwanda)
Ndugwa Christopher, Prof. (Uganda)
Nedelciuc Boris, Ass. Prof. (Moldova)
Nhlengethwa Winnie, Prof. (Swaziland)
Nigam Pramod Kumar, Prof. (India)
Nikolic Milos, Prof. (Serbia)
Nowicki Roman, Prof. (Poland)
Nwabudike Lawrence Chukwudi, MD Ph.D (Romania)
Odeh Samuel, Prof. (Gabon)
Olszański Romuald, Prof. (Poland)
Oranje Arnold, Prof. (Netherlands)
Parajuli Sudip, MD (Nepal)
Parvin Rukhsana, MD (Bangladesh)
du Plessis Jeanetta, Prof. (South Africa)
Puri Neerja, MD (India)
Pusahai-Riman Paula, BSc, MS (Papua New Guinea)

Editorial Board

Qurashi Mohd, MD (Sudan)
Riedl Elisabeth, Ass. Prof. (Austria)
Ríos Yuil José Manuel, Prof. (Panama)
Ranotsi Amelia, PhD (Lesotho)
Rubio-Teixeira Marta Ph.D. (Belgium)
Rusnak Martin, Prof. (Slovakia)
Sayad Ibrahim, Prof. (Kuwait)
Sharquie Khalifa E., Prof. (Iraq)
Shawa Mary, MD (Malawi)
Shkilna Mariia, MD Ph.D (Ukraine)
Sinclair Rodney Daniel, Prof. (Australia)
Singh Harjeet, MD (Qatar)
Slavic Vjerolva, MD PhD (Montenegro)
Srinivasan Sundaramoorthy, Prof. (India)
Sumathipala Gayan Saranga, MD (Sri Lanka)
Tapia Felix J., Ass. Prof. (Venezuela)

Tatu Alin, MD (Romania)
Teixeira Roni Leonardo, MD (Brazil)
Tincopa-Wong Oscar Wilfredo, MD (Peru)
Tresh Amani, MD (Libya)
Tylewska-Wierzbanska Stanisława, Prof. (Poland)
Uraga Pazmiño Enrique, MD (Ecuador)
Usha Rani Anaparthi, Prof. (India)
Valdebran Manuel, MD (Dominican Republic)
Vok Marko, MD (Slovenia)
Win Oo Soe, MD (Myanmar)
Wollina Uwe, Prof. (Germany)
Wortsman Ximena, Ass. Prof. (Chile)
Yamamoto Toshiyuki, Prof. (Japan)
Yuil de Ríos Emma, MD (Panama)
Zabielski Stanisław, Prof. (Poland)
Zawar Vijay, Prof (India)

Contents

ORIGINAL ARTICLES

- Diaper dermatitis among the infant in Dakar: Study of 205 cases..... 1
Boubacar Ahy Diatta, Rabak-Basba Mireille Nathalie Kabre, Salimatou Diallo Bèye, Fatimata Ly, Assane Kane
- Epidemiological and clinical aspects of pemphigus in Senegal 5
Moussa Diallo, Boubacar Ahy Diatta, Aassane Diop, Maodo Ndiaye, Mame Téné Ndiaye, Birame Seck, Aminata Deh, Kadim Diop, Suzanne Niang
- Leprosy in Togo: retrospective study of 2630 cases over 15 years 10
Koussake Kombate, Julienne Noude Teclessou, Bayaki Saka, Gora Lucienne Tabé-Djato, Abia Séfako Akakpo, Abas Mouhari-Toure, Palokinam Pitche
- Erysipelas of the lower limb: Study of 400 cases 15
Amina Aounallah, Ines Lahouel, Marouen Belkahlia, Mouna Korbi, Amel Mbazaa, Wafa Saidi, Sana Mokni, Lobna Boussofara, Rima Gammoudi, Najet Ghariani, Mohamed Denguezli, Colandane Belajouza, Rafiaa Nouria
- Evaluation of arterial stiffness by finger-toe pulse wave velocity measured by popmetre® in black africans patients with systemic scleroderma 20
Moussa Diallo, Maïmouna Touré, Boubacar Ahy Diatta, Assane Diop, Maodo Ndiaye, Mame Téné Diop, Birame Seck, Suzanne Niang

BRIEF REPORT

- Atopic dermatitis in children: Epidemiological and clinical aspects in Côte d'Ivoire 25
Kouadio Celestin Ahogo, Yao Isidore Kouassi, Ildevert Patrice Gbery, Kouadio Richard Azagoh, Kouame Issouf Yeboua, Kouame Alexandre Kouassi, Ange Sylvain Allou

CASE REPORTS

- Xeroderma pigmentosum: Squamous cell carcinoma infiltrating and disfiguring facial, in a girl of 3 years and a half.....28
Laouali Salissou, Moussa Doulla, Mahamadou Zaki Harouna, Illé Salha, Nasser Timmi, Amadou Dan Sono Abdou, Hassan Moumouni, Rachid Sani, Hassane Nouhou
- Mixed form of grave scabies on voluntary cosmetic depigmentation land: About a case at the Parakou (Benin) University Hospital Center (UHC) 32
Christiane Koudoukpo, Félix Atadokpèdé, Laouali Salissou, Hugues Adégbidi, Bénédicte Cavelier Balloy, Fabrice Akpadjan, Nadège Agbéssi, Bérénice Dégoé, Florence Padonou
- Cutaneous Larva migrans: 3 cases at the forehead..... 36
Laouali Salissou, Sareye Ousmane, Moussa Doulla, Souleymane Brah, Mamane Daou, Djibo Ali, Eric Adehossi
- Rosai-Dorfman disease with tumoral skin lesions 40
Moussa Diallo, Maïmouna Touré, Boubacar Ahy Diatta, Assane Diop, Maodo Ndiaye, Mame Téné Diop, Birame Seck, Suzanne Niang

Diaper dermatitis among the infant in Dakar: Study of 205 cases

Boubacar Ahy Diatta, Rabak-Basba Mireille Nathalie Kabre, Salimatou Diallo Bèye, Fatimata Ly, Assane Kane

Department of Dermatology, Cheikh Anta Diop University of Dakar, Dakar, Senegal

Corresponding author: Dr. Boubacar Ahy Diatta, E-mail: ahydiatta@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Diaper dermatitis in infant is a common reason for dermatological consultation. The aim of this study was to describe the epidemiological, clinical, etiological and evolutionary aspects of diaper dermatitis in infant. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in three dermatology departments in Dakar. All infants [1-30 months] who are followed from October 1, 2015 to April 30, 2016 for diaper dermatitis was included. **Results:** We collected 205 cases, a hospital frequency of 22.18%. The sex ratio was 1.02 and the mean age was 8.49 months. Diaper dermatitis was inflammatory in 67%, irritative in 18%, infectious in 12% and associated with general disease in 3%. Dermatitis was seborrheic in 51.7%, mycotic in 14.6% and associated with: acrodermatitis enteropathic in 4 cases and granuloma gluteale infantum in one case. Baby diapers were used in 93.7% by moms with a change of less than 6 times a day in 84.9%. The clinical outcome was favorable in 56.1%. **Conclusion:** Diaper dermatitis in infant is a common infant dermatosis in Dakar. The multiple causes necessitate a rigorous diagnostic approach. Severity is related to association with general diseases.

Key words: Diaper dermatitis; Infant; Senegal

How to cite this article: Diatta BA, Kabre R-BMN, Bèye SD, Ly F, Kane A. Diaper dermatitis among the infant in Dakar: Study of 205 cases. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):1-4.

Submission: 28.08.2017; **Acceptance:** 26.10.2017

DOI:10.7241/ourd.2017s.1

Les dermatites du siège chez le nourrisson à Dakar: Etude de 205 cas

Boubacar Ahy Diatta, Rabak-Basba Mireille Nathalie Kabre, Salimatou Diallo Bèye, Fatimata Ly, Assane Kane

Department of Dermatology, Cheikh Anta Diop University of Dakar, Dakar, Senegal

Corresponding author: Dr. Boubacar Ahy Diatta, E-mail: ahydiatta@yahoo.com

RÉSUMÉ

Introduction: Les dermatites du siège du nourrisson est un motif fréquent de consultation dermatologique. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des dermatites du siège du nourrisson. **Matériels et Méthodes:** Une étude descriptive a été menée dans trois services de dermatologie à Dakar. Tous les nourrissons [1-30 mois] suivis du 1er Octobre 2015 au 30 Avril 2016 pour une dermatite du siège étaient inclus. **Résultats:** Nous avons colligé 205 cas, soit une fréquence hospitalière de 22,18%. Le sex-ratio était de 1,02 et l'âge moyen de 8,49 mois. Les dermatites du siège étaient inflammatoire dans 67%, irritative dans 18%, infectieuse dans 12% et associée à une maladie générale dans 3%. La dermatite était séborrhéique dans 51,7%, mycosique dans 14,6% et associée à : une acrodermatite entéropathique dans 4cas et un granulome glutéal dans un cas. Les couches étaient utilisées dans 93,7% par les mamans avec un changement de moins de 6 fois par jour dans 84,9%. L'évolution clinique était favorable dans 56,1%. **Conclusion:** Les dermatites du siège du nourrisson sont des dermatoses fréquentes chez le nourrisson à Dakar. Les causes multiples rendent nécessaire une démarche diagnostique rigoureuse. La gravité est liée à l'association avec des maladies générales.

Mots clés: Dermatites du siège; Nourrisson; Dakar.

INTRODUCTION

La dermatite du siège est une dermatose commune caractérisée par une éruption inflammatoire aigüe de la peau dans la zone des couches. C'est une affection fréquente chez le nourrisson avec un pic de fréquence entre 6 et 12 mois. Sa prévalence est estimée en France entre 10 à 15% des motifs de consultation [1]. Elle représente à Dakar 5% des dermatoses du nourrisson [2]. Les causes multiples nécessitent un examen physique minutieux qui permet une orientation étiologique. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des dermatites du siège du nourrisson.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive, transversale dans trois services de dermatologie à Dakar (Hôpital d'Enfants Albert Royer, Hôpital Aristide Le Dantec et Institut d'hygiène Sociale). Tous les dossiers des nourrissons âgés de 1 à 30mois suivis pour une dermatite du siège du 1^{er} Octobre 2015 au 30 Avril 2016 étaient recensés. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé à la mère. La fiche d'enquête comprenait des renseignements sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des nourrissons. L'évolution du traitement était évaluée dans un délai de 2 à 3 semaines voire 1mois. Elle était favorable en

How to cite this article: Diatta BA, Kabre R-BMN, Bèye SD, Ly F, Kane A. Les dermatites du siège chez le nourrisson à Dakar: Etude de 205 cas. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):1-4.

Submission: 28.08.2017; **Acceptance:** 26.10.2017

DOI:10.7241/ourd.2017s.1

cas de régression de plus de 50% de l'érythème et des lésions associées. La saisie et l'analyse des données étaient effectuées avec le logiciel SPSS version 20.0.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 205 cas de dermite du siège sur les 924 nourrissons qui ont été consultés durant la période d'étude, soit une fréquence hospitalière de 22,18%. Les enfants résidaient en zone urbaine dans 95,6% (N=196) et en milieu rural dans 4,4% (N=9). Le sex-ratio était de 1,02 (104garçons, 101filles). L'âge moyen était de 8,49 mois [1 -30 mois]. La tranche d'âge de moins de 6 mois représentait 45,85% (N=94). La prise en charge initiale était effectuée par un Dermatologue dans 29,75% (N=61), un Pédiatre dans 28,78% (N=59), un Infirmier dans 24,39% (N=50), un Généraliste dans 10,73% (N=22) et une Sage Femme dans 6,34% (N=13). La durée moyenne d'évolution des symptômes avant la consultation était inférieure à 1 mois dans 71 cas, entre 1 et 2 mois dans 74 cas et supérieure à 2 mois dans 60 cas. Les nourrissons avaient une atopie personnelle et familiale dans 42,4%, une diarrhée avant le début ou pendant les manifestations cliniques dans 28,3% et un prurit dans 37,6%. Les formes cliniques de dermite du siège étaient inflammatoires (67%), irritatives (18%), infectieuses (12%) et associées à une maladie générale (3%). Les causes étaient: irritative (16,1%) (Figs. 1a and 1b), séborrhéique (51,7%) (dont 3 cas de Leiner-Moussous), allergique (9,3%) (Figs. 2a and 2b), mycosique (14,6%) et associée à une maladie générale: une acrodermatite entéropathique (4cas) (Fig. 3) et un granulome glutéal (1cas) (Fig. 4). Les enfants présentant une acrodermite entéropathique avaient une hypozincémie inférieure à 270µg/l. Les traitements utilisés avant la consultation dermatologique étaient les suivantes: antifongiques (33%), dermocorticoïdes (21,5%), topiques en cuivre-zinc (12,7%), antibiotiques (11,12%), phytothérapie (3,27%) et émoullients (3,41%). Les mamans utilisaient des couches jetables dans 93,7%. Le changement des couches était fait à moins de 6 fois par jour dans 84,9%. Les soins après les changes étaient faits avec des lingettes parfumées dans 44,4% ou avec de l'eau dans 42%. La prise en charge dermatologique consistait en une éducation thérapeutique sur les soins du siège et le traitement étiologique approprié. Les traitements utilisés en fonction de la cause sont illustrés sur le Tableau I. L'évolution clinique était favorable dans 56,1%.

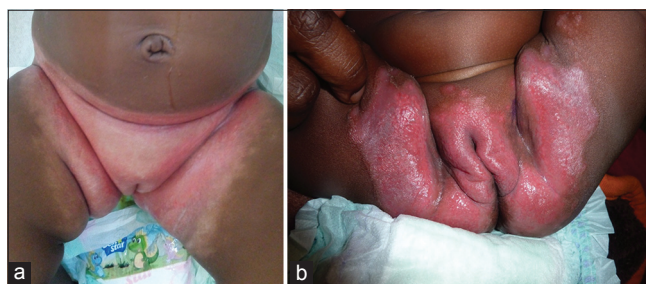


Figure 1 : Dermite érythémateuse (a: aspect en W, b: aspect en culotte).

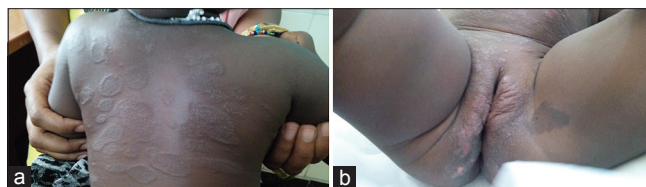


Figure 2 : Eczéma diffus du siège (a) et du dos (b) chez un nourrisson.



Figure 3 : Acrodermatite entéropathique du nourrisson.



Figure 4 : Granulome glutéal du siège.

DISCUSSION

Notre étude rapporte une fréquence élevée de la demande de soins des dermatites du siège à Dakar avec une prévalence hospitalière de 22,18%. Cette fréquence

Tableau I: Les traitements utilisés en fonction de la cause

Traitement	Indications	Effectif % (N)
Antifongiques	Dermites Irritatives Infectieuses Inflammatoires	98.1% (N=201)
Dermocorticoïdes	Dermites inflammatoires	55.1% (N=113)
Emollients	Dermites inflammatoires	67.3% (N=138)
Antibiotiques	Surinfection	9.3% (N=19)
Antihistaminiques	Prurit intense	37.6% (N=77)
Zinc	Acrodermatite entéropathique	2% (N=4)

élevée est aussi rapportée par d'autres auteurs de l'ordre de 16 à 70% [3]. Elle semble être liée aux habitudes de nettoyage du siège du nourrisson souvent par l'utilisation de lingettes et/ou des produits de soins contenant des substances irritantes et toxiques pour la peau [4]. La tranche d'âge de 1 à 6 mois était la plus touchée dans notre étude avec une moyenne d'âge de 8,49 mois. Cependant d'autres auteurs ont rapporté une fréquence plus élevée entre le 6^{ème} et le 12^{ème} mois [4]. Les dermites de contact allergique étaient survenues sur un terrain d'atopie personnelle ou familiale. Cette prédisposition pourrait expliquer en partie les réactions d'hypersensibilités aux adhésifs en caoutchouc, aux composants des couches jetables de même qu'aux lingettes parfumées utilisées pour le nettoyage du siège [5]. Parmi ces substances, le méthylisothiazolinone a été l'allergène le plus incriminé dans les lingettes parfumées [6]. Le coût onéreux des tests épicutanés ne nous a pas permis de confirmer les allergènes responsables de ces dermites de contact. Les formes cliniques inflammatoires étaient prédominantes (67%) dans notre étude contrairement aux études européennes qui rapportent une fréquence plus élevée des formes irritatives [1,3]. La diarrhée constitue un facteur aggravant de la dermatite du siège. Elle est responsable de l'humidité, la macération et la surinfection cutanée infectieuse [4]. Les soins du siège et la prise en charge étiologique constituent les facteurs essentiels du traitement. L'utilisation des nouveaux modèles de couches jetables absorbantes contribue à réduire l'humidité du siège de l'enfant [5,6]. La poudre

pour bébé n'est pas recommandée dans la zone des couches car elle favoriserait la surinfection bactérienne ou candidosique [7-9].

CONCLUSION

Les dermites du siège du nourrisson constituent une demande de soins fréquente à Dakar. Les causes multiples rendent nécessaire une démarche diagnostique rigoureuse. La gravité est liée à l'association à des maladies générales. L'éducation des parents sur les soins du siège contribuerait à améliorer le bien être du nourrisson.

RÉFÉRENCES

1. Lagiera L, Hautier JM, Raffina D, Loretta N, Maruana A. Les dermites du siège du nourrisson. *Ann Dermatol Venerol*. 2015;142:54-61.
2. Akofa SP. Les dermatoses du nourrisson à Dakar: Etude descriptive transversale. *Mem Med Dakar*. 2009; N°199.
3. Beguin A. L'érythème fessier: toujours d'actualité ? *Arch. Pédiatr*. 2006;13:6-9.
4. Coughlin C, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper dermatitis: Clinical characteristics and differential diagnosis. *Pediatr Dermatol*. 2014;31:19-24.
5. Counts JL, Helmes CT, Kenneally D. Modern disposable diaper construction: Innovations in performance help maintain healthy diapered skin. *Clin Pediatr*. 2014;53:10-13.
6. Admani S, Matiz C, Jacob SE. Methylisothiazolinone: a case of perianal dermatitis caused by wet wipes and review of an emerging pediatric allergen. *Pediatr Dermatol*. 2014;31:350-2.
7. Stamatas GN, Tierney N. Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention, and Management. *Pediatr Dermatol*. 2014;31:1-7.
8. Humphrey S, Bergman JN. Practical management strategies for diaper dermatitis. *Skin Therapy Letter*. 2006;11:1-6.
9. Nield LS, Kamet D. Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatitis. *Clin Pediatr*. 2007;46:480-6.

Copyright by Boubacar Ahy Diatta, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Epidemiological and clinical aspects of pemphigus in Senegal

Moussa Diallo, Boubacar Ahy Diatta, Aassane Diop, Maodo Ndiaye, Mame Téné Ndiaye, Birame Seck, Aminata Deh, Kadim Diop, Suzanne Niang

Department of Dermatology, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal

Corresponding author: Prof. Moussa Diallo, E-mail: moussante@hotmail.com

ABSTRACT

Background: The purpose of this study was to specify the epidemiological and clinical characteristics of pemphigus in the Department of Dermatology of the University Hospital of Dakar. **Patients and Methodology:** All medical records of patients seen for pemphigus in our department over a 11-year period were analyzed retrospectively. **Results:** We collected 105 cases of pemphigus, corresponding to a frequency of 10 cases/year and a hospital prevalence of 2.7%. Thus, pemphigus held the second rank of blistering autoimmune bullous diseases after bullous pemphigoid. The mean age of patients was 47.62 years and the age group [40-59 years] was predominantly affected (28 cases; 45 %). There were 41 females and 21 men (F/M ratio: 2). We did not find an endemic focus in our country. Clinical forms were dominated by pemphigus foliaceus (30 cases; 48.5 %), followed by pemphigus vulgaris (19 cases; 30.6 %) and finally by pemphigus erythematosus (13 cases; 21%). In 16 cases (25 %), the pemphigus had begun after the consumption of a traditional medicinal plant (8 cases). An associated toxidermia was found in 12 cases. Pruritus was present in 43 patients (69.35%). **Discussion:** In Senegal, pemphigus are common diseases, but without however an endemic focus. They occur in young women, with a predominance of superficial forms, especially pemphigus foliaceus. The presence of pruritus and associated toxidermia to traditional medicinal plants are common.

Key words: Pemphigus; Autoimmune Bullous Dermatoses; Acantholysis

How to cite this article: Diallo M, Diatta BA, Diop A, Ndiaye M, Ndiaye MT, Seck B, Deh A, Diop K, Niang S. Epidemiological and clinical aspects of pemphigus in Senegal. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):5-9.

Submission: 11.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.2

Aspects épidémiologiques et cliniques des pemphigus au Sénégal

Moussa Diallo, Boubacar Ahy Diatta, Aassane Diop, Maodo Ndiaye, Mame Téné Ndiaye, Birame Seck, Aminata Deh, Kadim Diop, Suzanne Niang

Department of Dermatology, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal

Corresponding author: Prof. Moussa Diallo, E-mail: moussante@hotmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: L'objectif de cette étude était de préciser les aspects épidémiologiques et cliniques des pemphigus au CHU de Dakar. **Patients et Méthodes:** Tous les dossiers des malades admis pour pemphigus ont été analysés de façon rétrospective sur une période de 11 ans. **Résultats:** Nous avons colligé 105 cas de pemphigus, correspondant à une fréquence de 10 cas/an et une prévalence hospitalière de 2,7 %. Les pemphigus occupaient le 2^o rang des dermatoses bulleuses auto-immunes après la pemphigoïde bulleuse. L'âge moyen des patients était de 47,62 ans et la tranche d'âge [40-59] ans était la plus concernée (28 cas; 45 %). Il s'agissait de 41 femmes et 21 hommes, soit un sex-ratio F/H de 2. Il n'existait pas de foyer endémique. Les formes cliniques étaient dominées par le pemphigus foliacé (30 cas; 48,5 %), suivi du pemphigus vulgaire (19 cas; 30,6 %) et enfin du pemphigus séborrhéique (13 cas; 21%). Dans 16 cas (25 %), le pemphigus avait débuté au décours d'une phytothérapie orale (8 cas). Une toxidermie surajoutée était retrouvée dans 12 cas. Le prurit était noté chez 43 patients (69,35%). **Discussion:** Au Sénégal, les pemphigus sont des affections fréquentes, mais sans toutefois de foyer endémique et surviennent chez des femmes jeunes, avec une prédominance des pemphigus superficiels, notamment du pemphigus foliacé. La présence d'un prurit et d'une toxidermie surajoutée aux plantes traditionnelles sont fréquentes.

Mots clés: Pemphigus; Dermatoses Bulleuses Auto-immunes; Acantholyse

INTRODUCTION

Les pemphigus sont des affections fréquentes en pratique dermatologique. Ils se rencontrent à tout âge et dans tous les groupes ethniques. Cependant, leurs caractéristiques épidémiologiques et cliniques restent très variables selon les régions du monde et selon les groupes ethniques. Ainsi, le Pemphigus Foliacé (PF) demeure endémique en Amérique du Sud et en Tunisie, alors que le pemphigus herpétiforme est plus décrit en Europe de l'Est [1,2]. Cette disparité serait probablement liée à des facteurs génétiques et environnementaux. En Occident, Asie et en Amérique latine, les particularités des pemphigus ont été bien caractérisées [3-11]. Par contre, en Afrique noire, l'étude des pemphigus a été souvent limitée par la

non disponibilité des examens complémentaires, surtout des l'immunofluorescences, indispensables au diagnostic [12-14]. L'objectif de ce travail était de préciser les aspects épidémiologiques et cliniques des pemphigus dans le service de Dermatologie du CHU de Dakar.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons analysé de façon rétrospective tous les dossiers des malades admis pour pemphigus dans le service de Dermatologie du CHU de Dakar sur une période de 11 ans (2004-2014). Le diagnostic de pemphigus était basé sur les données cliniques, du cytodagnostic de Tzanck, de l'histopathologie cutanée et de l'immunofluorescence indirecte.

How to cite this article: Diallo M, Diatta BA, Diop A, Ndiaye M, Ndiaye MT, Seck B, Deh A, Diop K, Niang S. Aspects épidémiologiques et cliniques des pemphigus au Sénégal. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):5-9.

Submission: 28.08.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.2

RÉSULTATS

Nous avons colligé 105 cas de pemphigus, correspondant à une fréquence de 10 cas/an et une prévalence hospitalière de 2,7 %. Durant la même période d'étude, les pemphigus occupaient le 2^o rang des dermatoses bulleuses auto-immunes dans notre service après la pemphigoïde bulleuse. Cependant, seuls 62 dossiers avaient réuni les critères diagnostiques et avaient pu être analysés. L'âge moyen des patients était de 47,62 ans (extrêmes 5-90 ans) et la tranche d'âge (40-59) ans était la plus concernée (28 cas; 45,16%) (Fig. 1). L'âge moyen était de 29 ans dans le Pemphigus Vulgaire (PV) et de 51 ans dans les pemphigus superficiels. Il s'agissait de 41 femmes et 21 hommes, soit un sex-ratio F/H de 2. La prédominance féminine était observée dans toutes les formes cliniques, mais plus prononcée dans le Pemphigus Séborrhéique (PS). Nous n'avons pas trouvé de prédominance ethnique de la maladie, dont la répartition était superposable à celle de la population générale. De même, il n'existait pas de prédisposition liée à une origine géographique, ni à une profession, ni à un niveau socio-économique quelconque des patients. Il n'existait pas de cas de pemphigus familiaux. Les formes cliniques étaient dominées par le PF (30 cas; 48,5 %), suivi du PV (19 cas; 30,6 %) et enfin du PS (13 cas; 21%) (Figs. 2 et 3). Le délai moyen de consultation était de 7,76 mois (extrêmes 6 j et 8 mois). Dans 16 cas (25 %), le pemphigus avait débuté au décours d'une phytothérapie orale. A l'admission, les patients présentaient tous des bulles flasques, avec signe de Nikolsky, associées dans 12 cas, à des lésions bulleuses nécrotiques, évocatrices de toxidermie surajoutée (Fig. 4). Dans toutes les formes de pemphigus, le prurit était présent chez 43 cas (69,35%). Dans le PV, il existait une atteinte unguéale (8 cas) et une atteinte des muqueuses buccale (15 cas), conjonctivale (5 cas), génitale (7 cas), œsophagienne (1cas) et anale (1cas). Des complications à type d'infection herpétique (15 cas) et bactérienne (21 cas) étaient notées. Le cytodiagnostics de Tzanck était contributif dans 36 (58%), alors que l'examen histopathologique était celui d'un pemphigus chez tous les malades inclus dans l'étude. De même, tous les patients présentaient des anticorps anti-substances intercellulaires circulants. L'immunofluorescence directe n'était pas disponible. Tous les malades étaient traités par corticothérapie en bolus (1 cas) ou par voie orale (61 cas) entre 0,5 et 2 mg/kg/j, associée à la dapsone (3 cas), azathioprine (4 cas) et au méthotrexate (1 cas). Le décès, noté dans

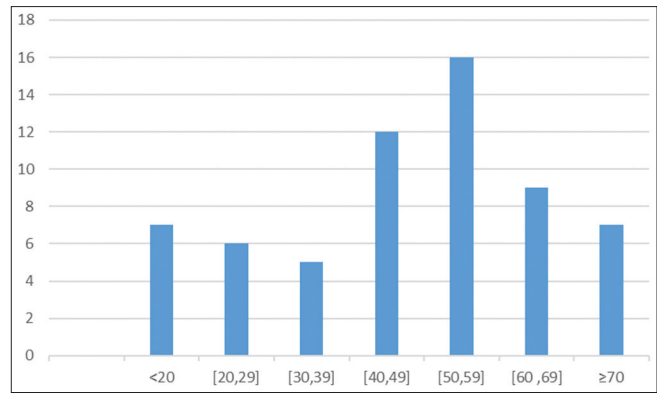


Figure 1 : Répartition des pemphigus selon l'âge.

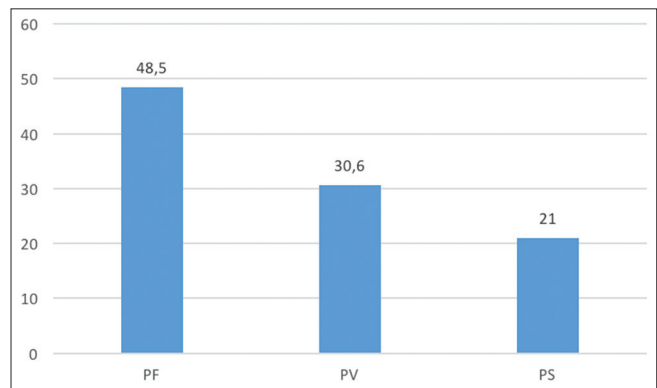


Figure 2 : Fréquence (en %) des différentes formes cliniques de pemphigus.



Figure 3 : Pemphigus foliacé (a), pemphigus vulgaire (b) et pemphigus séborrhéique (c).

6 cas (9,6%) était secondaire à une infection (5cas) et d'origine non précisé (1 cas). Une rechute était observée chez 23 patients (37 %), suite le plus souvent à une rupture thérapeutique intempestive (12 cas) ou à une surinfection herpétique (8), une phytothérapie (1 cas) ou à la dégression de la corticothérapie (2 cas).

DISCUSSION

Les pemphigus sont des affections fréquemment rencontrées en Afrique, occupant ainsi le 2^e rang des dermatoses bulleuses auto-immunes dans notre service après la pemphigoïde bulleuse. La fréquence du pemphigus observée dans notre étude (10 cas/an) était comparable à celle rapportée en Afrique du Sud (9,33 cas/an), mais plus faible qu'en Tunisie (18,4cas/an) et au Brésil (12,66 cas/an) [12,15,16]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'existence de formes endémiques dans ces 2 régions.

Comme dans la plupart des autres pays en Afrique noire, les pemphigus se rencontrent en majorité chez des adultes jeunes entre 40 et 60 ans [12-14]. L'âge de survenue semble plus précoce dans le PV (29 ans) que dans les pemphigus superficielles (51 ans). Par contre, le pemphigus survient plus précocément en Tunisie (28 ans) et au Brésil (25 ans), et plus tardivement en Europe (50-70 ans), avec un âge moyen de 62 ans en Allemagne [6,15,16].

La prédominance féminine notée dans notre étude a été aussi retrouvée dans toutes les autres séries

africaines, mais de façon plus marquée au Mali et en Tunisie [13,15]. Ceci pourrait probablement être également lié à la fréquence élevée des PF qui prédominent largement chez la femme [15]. Par contre, au Moyen-Orient, le pemphigus semble prédominait chez l'homme [8].

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de prédominance ethnique du pemphigus, contrairement au Mali où il était préférentiellement observé chez des peuls [13]. De même, il n'existait pas de prédisposition liée à l'origine géographique, ni à la profession, ni au niveau socio-économique des patients. Ces résultats témoignent de l'absence de foyer endémique au Sénégal, contrairement en Tunisie et au Brésil [15,16].

Contrairement en Asie, au Moyen-Orient et en Europe où le PV est de loin le plus fréquent, notre étude confirme la prédominance en Afrique des pemphigus superficiels (69,5 %), notamment du PF (48,5%) [3-5,7-9,12,13] (Tableau 1). La plus grande fréquence du PF comparée au PS a été aussi notée en Afrique du Sud, Tunisie et Mali [12,13,15].

Le délai diagnostique était tardif, en moyenne de 7,5 mois, probablement lié au déficit en spécialistes, mais aussi à la méconnaissance des formes débutantes. Ce retard diagnostique explique la fréquence des complications infectieuses surtout herpétiques, dans notre série.

L'évolution chronique des pemphigus et la connotation souvent mystique des maladies dermatologiques en Afrique expliquent le recours fréquent aux plantes traditionnelles.

Chez 16 de nos patients (25 %), l'éruption bulleuse a été déclenchée au décours d'une phytothérapie orale. En effet, ces plantes traditionnelles pourraient contenir des dérivés thiolés dont le rôle inducteur est bien connu [17]. Ceci pourrait aussi expliqué que certains patients présentaient en plus des bulles classiques de



Figure 4: Lésions nécrotiques évocatrices de toxidermie surajoutée au cours d'un pemphigus vulgaire.

Tableau 1 : Tableau comparatif des formes cliniques de pemphigus selon les pays

Frequence (%)	P. foliacé	P.séborrhéique	P. vulgaire	P.végétant
Sénégal	48	21	29	0
Tunisie [15]	83.33	0	8.33	4.16
Afrique du sud [12]	55.36	0	44.64	0
Mali [13]	83	0	13.33	3.33
Turquie [4]	6.9	0	93.1	0
Taiwan [9]	35.19%	0%	62.7%	0%
Midi-Pyrénées [5]	20.4%	7.4%	72.2%	0%
Espagne [3]	13	4	79	4

pemphigus, des lésions nécrotiques évocatrices de toxidermie surajoutée.

Le prurit est en principe absent ou très rare dans le pemphigus. Dans notre série, le pemphigus était remarquable par son caractère fréquemment prurigineux (70%), comme rapportée dans des études antérieures en Afrique noire [12-14]. Cependant l'aspect en hypopion fréquemment décrit au Mali et en Afrique du Sud n'avait pas été noté chez nos malades [12,13].

Le bas niveau socio-économique des patients, la connotation souvent mystique des dermatoses, l'évolution chronique de ces affections, expliquent la fréquence des rechutes souvent liées à un arrêt thérapeutique intempestif.

Ces rechutes très courantes, ainsi que les fréquentes complications de la corticothérapie pourraient être significativement diminuées grâce au rituximab, mais non accessible du fait de son coût encore élevé.

CONCLUSION

Notre étude confirme les résultats des rares études antérieures en Afrique noire sur les pemphigus. Il s'agit d'affections fréquentes, mais sans toutefois de foyer endémique, survenant chez des femmes jeunes, avec une prédominance des pemphigus superficiels, notamment du pemphigus foliacé. La présence d'un prurit et d'une toxidermie surajoutée aux plantes traditionnelles sont fréquentes. L'amélioration des moyens diagnostiques pourrait permettre une meilleure caractérisation de ces affections en Afrique noire, à travers des études multicentriques. Leur pronostic pourrait également être amélioré par l'accès au rituximab.

RÉFÉRENCES

1. Alpsoy E, Akman-Karakas A, Uzun S. Geographic variations in epidemiology of two autoimmune bullous diseases: pemphigus and bullous pemphigoid. *Arch Dermatol Res.* 2015;307:291-8.

2. Laws PM, Heelan K, Al-Mohammed F, Walsh S, Shear NH. Pemphigus herpetiformis: a case series and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2015;54:1014-22.
3. Meyer N, Misery L. Geoepidemiologic considerations of autoimmune pemphigus. *Autoimmun Rev.* 2010;9:A379-82.
4. Saleh MA. Pemphigus in the Arab world. *J Dermatol.* 2015;42:27-30.
5. Thomas M, Paul C, Berard E, Fortenfant F, Mazereeuw-Hautier J, Livideanu C, et al. Incidence of auto-immune pemphigus in the Midi-Pyrénées region in 2002-2006. *Dermatology.* 2010;220:97-102.
6. Bertram F, Bröcker EB, Zillikens D, Schmidt E. Prospective analysis of the incidence of autoimmune bullous disorders in Lower Franconia, Germany. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7:434-40.
7. Langan SM, Smeeth L, Hubbard R, Fleming KM, Smith CJ, West J. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris—incidence and mortality in the UK: population based cohort study. *BMJ.* 2008;9:337:a180.
8. Jowkar F, Sadati MS, Taviana S, Agah MA. Epidemiology of autoimmune bullous diseases and therapeutic modalities during a 10 year period in Iran. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2014;22:246-9.
9. Huang YH, Kuo CF, Chen YH, Yang YW. Incidence, mortality, and causes of death of patients with pemphigus in Taiwan: a nationwide population-based study. *J Invest Dermatol.* 2012;132:92-7.
10. Ishii N, Maeyama Y, Karashima T, Nakama T, Kusuhara M, Yasumoto S, et al. A clinical study of patients with pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus: an 11-year retrospective study (1996-2006). *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:641-3.
11. Gonçalves GA, Brito MM, Salathiel AM, Ferraz TS, Alves D, Roselino AM. Incidence of pemphigus vulgaris exceeds that of pemphigus foliaceus in a region where pemphigus foliaceus is endemic: analysis of a 21-year historical series. *An Bras Dermatol.* 2011;86:1109-12.
12. Aboobaker J, Morar N, Ramdial PK, Hammond MG. Pemphigus in South Africa. *Int J Dermatol.* 2001;40:115-9.
13. Mahé A, Flageul B, Cissé I, Kéita S, Bobin P. Pemphigus in Mali: a study of 30 cases. *Br J Dermatol.* 1996;134:114-9.
14. Ndiaye A, Strobel M, Ball M, Marchand JP, Ndiaye B. [Pemphigus in Sénégal(a propos of 40 cases)]. *Dakar Med.* 1982; 27(1):97-102.
15. Zarea I, Kerkeni N, Ishak F, Zribi H, El Euch D, Mokni M, et al. Spectrum of autoimmune blistering dermatoses in Tunisia: an 11-year study and a review of the literature. *Int J Dermatol.* 2011;50:939-44.
16. Pires CA, Viana VB, Araújo FC, Müller SF, Oliveira MS, Carneiro FR. Evaluation of cases of pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus from a reference service in Pará state, Brazil. *An Bras Dermatol.* 2014;89:556-61.
17. Brenner S, Goldberg I. Drug-induced pemphigus. *Clin Dermatol.* 2011;29:455-7.

Copyright by Moussa Diallo, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Leprosy in Togo: retrospective study of 2630 cases over 15 years

Koussake Kombate^{1,2}, Julienne Noude Teclessou^{1,2}, Bayaki Saka^{1,2}, Gora Lucienne Tabe-Djato¹, Abla Séfako Akakpo^{1,2}, Abas Mouhari-Toure^{3,4}, Palokinam Pitche^{1,2}

¹Department of Dermatology, Teaching Hospital of Lomé, Lomé, Togo, ²Department of Health Sciences, University of Lomé, Lomé, Togo, ³Department of Dermatology, Teaching Hospital of Kara, Kara, Togo, ⁴Department of Health Sciences, University of Kara, Kara, Togo

Corresponding author: Dr. Julienne Noude Teclessou, E-mail: tjulie06@yahoo.fr

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the evolutionary trends, the clinical forms of leprosy cases notified in Togo and to map them. **Methods:** This was a retrospective study from 1 January 2000 to 31 December 2014 on all leprosy cases notified by all districts to the national leprosy control program (PNLL). **Results:** A total of 2,630 new cases of leprosy were notified. The mean annual incidence was 175.33 cases with extremes of 73 to 266 cases. The median age of patients was 40 years, and the sex ratio was 1.13. Children aged 0 to 15 accounted for 5.5% of the cases. The plateau region in the center of the country had the highest annual incidence (around 800 cases). Clinically, multibacillary forms accounted for 74.2% of cases. All patients were treated with multidrug therapy (MDT). The WHO grade 2 disease was found in 15% of patients and 9.5% were lost to follow-up. **Conclusion:** Our results confirm the elimination of leprosy in Togo. There is a high incidence of leprosy in some areas of the country, which may raise fears of a resurgence of the disease

Key words: Epidemiology, leprosy, Lome

How to cite this article: Kombate K, Teclessou JN, Saka B, Tabe-Djato GL, Akakpo AS, Mouhari-Toure A, Pitche P. Leprosy in Togo: retrospective study of 2630 cases over 15 years. *Our Dermatol Online*. 2017;8(Suppl. 1):10-14.

Submission: 22.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.3

Lèpre au Togo: étude rétrospective de 2630 cas sur 15 ans

Koussake Kombate^{1,2}, Julienne Noude Teclessou^{1,2}, Bayaki Saka^{1,2}, Gora Lucienne Tabe-Djato¹, Abla Séfako Akakpo^{1,2}, Abas Mouhari-Toure^{3,4}, Palokinam Pitche^{1,2}

¹Department of Dermatology, Teaching Hospital of Lomé, Lomé, Togo, ²Department of Health Sciences, University of Lomé, Lomé, Togo, ³Department of Dermatology, Teaching Hospital of Kara, Kara, Togo, ⁴Department of Health Sciences, University of Kara, Kara, Togo

Corresponding author: Dr. Julienne Noude Teclessou, E-mail: tjulie06@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif: Le but de cette étude était de déterminer les tendances et les formes cliniques de lèpre notifiées au Togo. **Méthode:** Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2014 portant sur les cas de lèpre notifiés par l'ensemble des districts sanitaires au programme national de lutte contre la lèpre (PNLL). **Résultats:** Au total, 2630 nouveaux cas de lèpre avaient été notifiés. L'incidence annuelle moyenne était de 175,33 cas avec des extrêmes de 73 à 266 cas. L'âge médian des patients était de 40 ans, et le sex-ratio de 1,13. Les enfants âgés de 0 à 15 ans représentaient 5,5% des cas. La région des plateaux dans le centre du pays cumulait l'incidence annuelle le plus élevé (environ 800 cas). Sur le plan clinique, les formes multibacillaires représentaient 74,2% des cas. Tous les patients étaient traités par polychimiothérapie. L'infirmité grade 2 de l'OMS était retrouvée chez 15% des patients et 9,5% étaient perdus de vue. **Conclusion:** Nos résultats confirment l'élimination de la lèpre au Togo. On note une incidence élevée de la lèpre dans certaines régions du pays pouvant faire craindre une recrudescence de la maladie.

Key words: Epidémiologie; Lèpre; Lomé

INTRODUCTION

La lèpre est une maladie infectieuse causée par *Mycobacterium leprae*. Au niveau mondial, elle occupe, après la tuberculose, le deuxième rang des infections humaines dues à des mycobactéries. Il s'agit d'une maladie ayant sévit pendant plusieurs décennies de façon endémique dans plusieurs pays d'Afrique. La stabilité de l'incidence de la lèpre au cours de la dernière décennie témoigne d'une transmission toujours active de la bactérie. En effet, le nombre de nouveaux cas dépistés dans le monde de 2005 à 2015 varie de 299036 à 210740 [1]. En Afrique, ce nombre varie entre 45179 et 20004 [1]. Au Togo, la lèpre n'est plus un problème prioritaire de santé publique depuis plusieurs années [2].

Le but de cette étude était de déterminer les tendances et les formes cliniques des cas de lèpre notifiés au Togo.

MATERIALS AND METHODS

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée de janvier 2000 à décembre 2014 portant sur tous les cas de lèpre notifiés sur l'ensemble des six districts sanitaires du Togo. Le Togo est un pays d'Afrique de l'Ouest qui compte environ 7 500.000 d'habitants en 2014 [3]. On y dénombre 6 régions sanitaires du nord vers le sud: la région des savanes, la région de la Kara, la région centrale, la région des plateaux, la région maritime et la région de Lomé commune. Tous les cas de lèpre documentés et traité entre 2000 et 2014 par le programme national de lutte contre la lèpre (PNLL) ont été inclus dans l'étude. Les cas de lèpre ont été classés en paucibacillaires ou multibacillaires selon la classification clinique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4].

How to cite this article: Kombate K, Teclessou JN, Saka B, Tabe-Djato GL, Akakpo AS, Mouhari-Toure A, Pitche P. Lèpre au Togo: étude rétrospective de 2630 cas sur 15 ans. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):10-14.

Submission: 22.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.3

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête préalablement établie. Les variables étudiées étaient: les données démographiques (nom, prénom, âge, sexe), les données cliniques (les formes de lèpre, le degré d'invalidité selon l'OMS), les données sur le l'issue de la maladie. Nous avons ensuite calculé les indicateurs d'élimination. Le taux de détection correspond au nombre total de nouveaux cas de lèpre dépistés durant l'année rapporté à celui de la population totale exprimée en taux pour 1000 habitants.

L'analyse des données a été fait avec le logiciel STATA/Stata11 et logiciel Health Mapper

RESULTS

De 2000 à 2014, 2630 nouveaux cas de lèpre ont été enregistrés sur l'ensemble du pays. L'incidence annuelle moyenne était de 175,33 nouveaux cas par an avec des extrêmes de 73 et 266 cas.

L'âge médian des patients était de 40 ans avec des extrêmes de 2 ans à 96 ans. Les formes pédiatriques (0 à 15 ans)représentaient 5,6%. La sex-ratio (M/F)était de 1,13.

L'incidence annuelle des cas varie de 73 en 2014 à 266 en 2001 avec des pic de 260 en 2009 et 258 en 2000. Le taux d'incidence de la lèpre varie de 6,1 cas pour 100000 habitants en 2000 à 1,2 cas pour 100000 habitants en 2014. Ce taux d'incidence diminue progressivement de 6,1 en 2000 jusqu'à 3,3 pour 100000 en 2004; une stagnation du taux d'incidence entre 2004 et 2008 puis une évolution en dent de scie entre 2008 et 2012 (Fig. 1).

Sur le plan clinique, toutes les formes de la lèpre étaient observées. Selon la classification de l'OMS, 1951 patients (74,2%)avaient une forme multibacillaire (MB)contre 679 patients (25,8%)qui avaient une forme paucibacillaire (PB). L'incidence annuelle des cas des formes MB varie de 57 en 2014 à 210 en 2009 avec un pic de 194 en 2001. L'incidence annuelle des cas des formes PB varie de 16 en 2014 à 85 en 2000 et en 2002 (Fig. 2).

En fonction des régions, l'incidence de la lèpre reste plus élevée dans la région des plateaux dans le centre du pays (600 cas de forme MB et 200 cas de forme PB) suivie de la régions de Kara (300 cas de forme MB et 100 cas de formes PB)et de la région des savanes (environs 300 cas de forme MB et 100 cas de formes PB)(Fig. 3).

Tous les patients étaient traités par la PCT. Sur les 2630 patients colligés, 2316 (88,06%)avaient achevés le

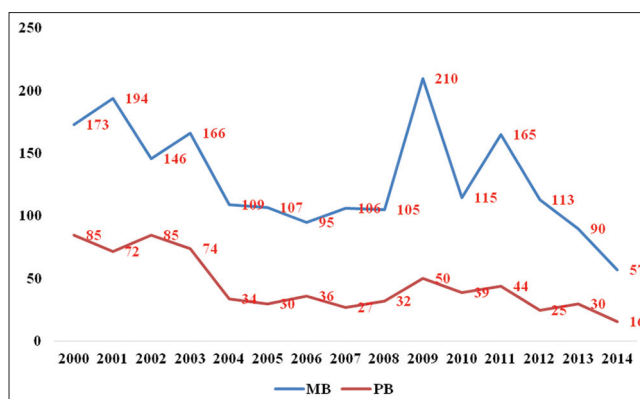


Figure 1: Prévalence de la lèpre au Togo [Prevalence of leprosy in Togo].

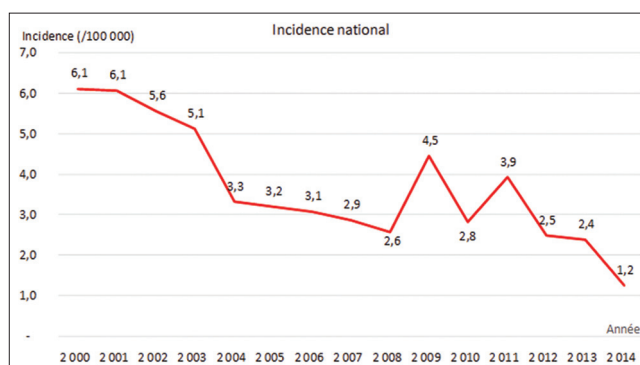


Figure 2: Incidence annuelle des formes clinique de la lèpre [Annual incidence of clinical forms of leprosy].

traitement au moment de l'enquête. La durée moyenne du traitement était de 11 mois. La majorité 1690 (73%)avaient reçu un traitement PCT pendant moins de 12 mois.

Le degré d'infirmité à l'échelle de l'OMS était de grade 0 chez 72,7% des patients, grade 1 chez 12,3% et grade 2 chez 15,0% des patients.

L'évolution était favorable chez 86,1% des patients, 101 (4,4%)étaient décédés et 9,5% étaient perdu de vue.

DISCUSSION

Le taux d'incidence actuelle de la lèpre au Togo témoigne de son élimination comme problème de santé public. En fin 2015, 2,9 nouveau cas pour 100000 habitants ont été rapportés dans 138 pays de l'ensemble des régions OMS, ceci grâce à la mise à disposition gratuitement de la PCT aux patients infectés. L'élimination de la lèpre à l'échelle mondiale a été atteinte en 2000 d'après les chiffres de l'OMS [5].

L'âge moyen de nos patients était de 41 ans. Ceci se rapproche de l'âge moyen des patients dans une

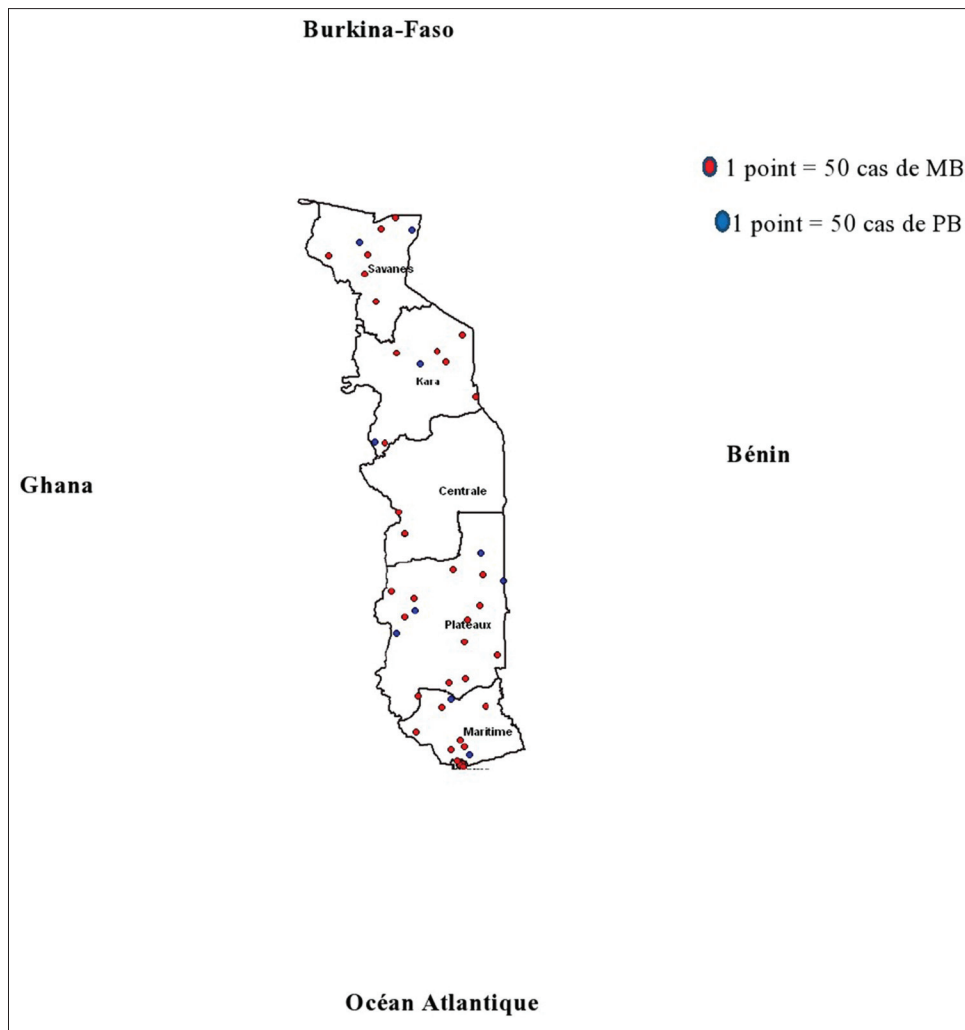


Figure 3: Cartographie de la lèpre au Togo [Mapping leprosy in Togo].

précédente étude à Lomé qui était de 35 ans. Muthuvel et al en Inde avait trouvé un âge moyen de 32 ans [6] et Keita [7] au Mali avait trouvé un âge moyen de 33,8 ans. Les nouveaux cas de lèpre au Togo sont donc plus fréquents chez l'adulte jeune. Dans notre étude, 5,6% des nos patients étaient âgés de moins de 15 ans. Ce taux se rapproche des 6,4% [8] en 2014 au Brésil. Il reste cependant inférieur au 10% rapporté en 2015 en Inde [6] et 14% rapporté en 2002 au Sénégal [9]. Dans une précédente étude à Lomé la capitale, 6,4% des patients étaient âgés de moins de 15 ans. Une diminution de proportion d'enfants de 60% parmi les nouveaux cas de lèpre a été également noté en Ethiopie [10]. Nous pouvons donc conclure à une diminution de l'incidence de la maladie chez les enfants. La proportion des enfants est considérée comme un indicateur de transmission de la maladie, et une diminution du taux signifie une diminution de l'incidence.

Une prédominance masculine de la lèpre est généralement rapportée dans la littérature [2,6,7,11]. Notre étude a confirmé cette tendance générale avec un sex-ratio (homme/femme) de 1,13.

Selon les critères OMS, la lèpre est éliminée du Togo depuis 1996 [12]. Notre étude étant une étude rétrospective, il est difficile d'expliquer formellement les variations de taux d'incidence observées entre 2000 et 2014 au Togo. Mais le dépistage de la lèpre au Togo étant passif, les difficultés d'accès des patients aux structures de soins, les pratiques d'automédication par les populations et l'absence d'activités communautaires peuvent expliquer ces variations de prévalence d'une année à une autre. D'autres facteurs notamment une augmentation de la population dans certaines régions sanitaires du pays, et la fluctuation de la population peuvent expliquer cette variation de taux d'incidence d'une année à une autre.

La région des plateaux dans le centre du pays cumule l'incidence la plus élevée de la lèpre au cours des 15 dernières années (environ 800 cas). Malgré donc l'élimination de la lèpre au Togo depuis une vingtaine d'années, il persiste des foyers potentiels de la maladie dans certaines régions. D'où l'importance d'amplifier les activités d'éradications de la maladie dans les villes de ces régions afin d'éviter une recrudescence de la maladie.

Les formes MB étaient les plus fréquentes (74,2%). Dans une précédente étude à Lomé, la ville capitale du pays, les formes MB représentaient 57,9%. La forme MB reste celle prédominante dans d'autres études dans plusieurs pays ou l'épidémie a été déclarée ne plus constituer un problème de santé publique. Ainsi, respectivement 60% et 65% des cas au Sénégal et en Inde étaient des formes MB [6,9]. D'autres études [7,13] ont montré aussi la survenue d'une inversion de tendance en faveur de la forme MB en rapport avec une diminution de la prévalence. La prédominance de plus en plus des formes MB augmente les risques de contagiosité de la maladie. Aussi, la durée du traitement relativement plus longue des formes MB peut conduire à l'abandon du traitement par les patients (augmentation des perdus de vue au cours du traitement) et par conséquent contribuer à la propagation de la maladie et la survenue des formes résistantes.

Parmi les patients inclus, 27,3% avaient une infirmité grade 1 ou 2 de l'OMS. Ceci témoigne d'un diagnostic assez tardif et/ou une prise en charge retardée par la polychimiothérapie des patients. En 2002 au Sénégal, 14% des patients avaient une infirmité grade 2 de l'OMS [9].

L'évolution sous chimiothérapie était favorable chez 86,1% de nos patients; cependant, l'évolution de la maladie était également influencée par la durée de la chimioprophylaxie. En effet, les patients ayant été traités pendant plus de 12 mois avaient une issue favorable.

CONCLUSION

L'incidence de la lèpre dans notre étude témoigne de son élimination comme problème prioritaire de santé publique au Togo. Cependant, la prédominance des formes MB peut faire craindre à nouveau le risque de recrudescence de la maladie. D'où la nécessité de faire des campagnes de dépistage actif pour une prise en charge des cas non dépistés.

ACKNOWLEDGEMENTS

Les auteurs remercient l'Association Allemande de lutte contre la Lèpre et la Tuberculose (DAHWTogo) pour avoir mis à leur disposition les données nationales sur la lèpre.

REFERENCES

1. WHO. lèpre/épidémiologie: le point sur l'épidémiologie de la lèpre dans le monde en 2014. *bull. de l'ALLF* n° 31, juin 2016.
2. Saka B, Kombaté K, Mouhari-Toure A, Amegan-Aho KH, Tchangai-Walla K, Pitché P. Lèpre à Lomé (Togo): étude rétrospective de 383 cas. *Med Trop.* 2008;68:283-6.
3. Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT); Direction Générale de la statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Togo 2014.
4. WHO. Geneva. A guide to eliminating leprosy as a public health problem. WHO/LEP/95, 1995.
5. WHO. Leprosy Elimination Project. Status report 2016 of. [en ligne] [18.02.17] accessible sur internet. <http://www.who.int/lep>. Consulté le 20-04-2017.
6. Muthuvel T, Isaakidis P, Shewade HD, Kattuppara L, Singh R, Govindarajulu S. Leprosy trends at a tertiary care hospital in Mumbai, India, from 2008 to 2015. *Glob Health Action.* 2016;9:32962.
7. Keita S, Tiendrebeogo A, Konaré H, Cissé BS, Faye O. Nouveaux cas de lèpre à l'Institut Marchoux. Etude comparative 1988-1997. *Ann Dermatol Venerol.* 2001;128:217-9.
8. Nobre ML, Illarramendi X, Dupnik KM, Hacker MA, Nery JA, Jerônimo SM, et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: Lessons from an observational study. *PloS Negl Trop Dis.* 2017;11:e0005364.
9. 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.
10. Groenen G. Trends in prevalence and case finding in the ALERT leprosy control programme, 1979-1999. *Lepr Rev.* 2002;73:29-40.
11. Peters ES, Eshiet AL. Male-female (sex) differences in leprosy patients in south eastern Nigeria: females present late for diagnosis and treatment and have higher rates of deformity. *Lepr Rev.* 2002;73:262-7.
12. Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose-Togo. Indicateurs d'élimination de la lèpre au Togo de 1990 à 2005. (Rapports).
13. Ogbewi OI. Progress towards the elimination of leprosy in Nigeria: a review of the role of policy implementation and operational factors. *Lepr Rev.* 2005;76:65-76.

Copyright by Koussake Kombate, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Erysipelas of the lower limb: Study of 400 cases

Amina Aounallah^{1,2}, Ines Lahouel^{1,2}, Marouen Belkahla^{1,2}, Mouna Korbi^{1,2}, Amel Mbazaa^{1,2}, Wafa Saidi^{1,2}, Sana Mokni^{1,2}, Lobna Bousofara^{1,2}, Rima Gammoudi^{1,2}, Najet Ghariani^{1,2}, Mohamed Denguezli^{1,2}, Colandane Belajouza^{1,2}, Rafiaa Nourira^{1,2}

¹Sousse University, Sousse, Tunisia; ²Department of Dermatology, Farhat Hached Hospital, Sousse, Tunisia

Corresponding author: Dr. Ines Lahouel, E-mail: Lahouel.iness@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Erysipelas is an acute, non-necrotizing dermo-hypodermatitis of predominantly streptococcal origin. **Objective:** To clarify the epidemiological and evolutionary features of the lower limb erysipelas through a hospital series. **Materials and Methods:** We retrospectively analyzed all cases of lower limb erysipelas hospitalized in the Department of Dermatology of the Farhat Hached Hospital of Sousse between January 2000 and December 2015 (10 years). **Results:** Four hundred cases of erysipelas of the lower limb were recorded. The mean age of the patients was 55.82 years. The sex ratio was 1.51. The main predisposing factors were sedentarity, diabetes and obesity. In 96.75% of cases, entry lesion, like mycoses or traumatic injuries was noted. Clinically, a classic presentation of erysipelas was described in all cases. Erysipela was unilateral in 96% of cases. Treatment was based on intravenous penicillin G in 86.5% of cases, on an average of 9.75 days. The evolution was favorable in 83.25% of cases. Antibioprophylaxis was prescribed in 38% of cases. Loco-regional and general complications were noted in 10.25% of cases. Three patients died. Late complications were dominated by relapses and persistence of sequelled lymphedema.

Key words: Erysipelas; Predisposing factors; Treatment; Complications

How to cite this article: Aounallah A, Lahouel I, Belkahla M, Korbi M, Mbazaa A, Saidi W, Mokni S, Bousofara L, Gammoudi R, Ghariani N, Denguezli M, Belajouza C, Nourira R. Erysipelas of the lower limb: Study of 400 cases. *Our Dermatol Online*. 2017;8(Suppl. 1):15-19.

Submission: 01.04.2017; **Acceptance:** 03.08.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.4

Erysipèle du membre inférieur: Étude de 400 cas

Amina Aounallah^{1,2}, Ines Lahouel^{1,2}, Marouen Belkahla^{1,2}, Mouna Korbi^{1,2}, Amel Mbazaa^{1,2}, Wafa Saidi^{1,2}, Sana Mokni^{1,2}, Lobna Boussofara^{1,2}, Rima Gammoudi^{1,2}, Najet Ghariani^{1,2}, Mohamed Denguezli^{1,2}, Colandane Belajouza^{1,2}, Rafiaa Nouira^{1,2}

¹Sousse University, Sousse, Tunisia; ²Department of Dermatology, Farhat Hached Hospital, Sousse, Tunisia

Corresponding author: Dr. Ines Lahouel, E-mail: Lahouel.iness@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë, non nécrosante, d'origine principalement streptococcique. **Objectif:** préciser les particularités épidémiocliniques et évolutives de l'érysipèle du membre inférieur à travers une série hospitalière. **Matériel et Méthodes:** Nous avons rétrospectivement analysé tous les cas d'érysipèle du membre inférieur hospitalisés dans le service de dermatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse entre janvier 2000 et décembre 2015 (10 ans). **Résultats:** Quatre cents cas d'érysipèle du membre inférieur ont été recensés. L'âge moyen des patients était de 55.82 ans. Le sexe ratio était de 1.51. Les principaux facteurs favorisants étaient : la sédentarité, le diabète et la surcharge pondérale. Une porte d'entrée à type d'intertrigo interorteil ou de plaie traumatique était notée dans 96.75% des cas. Cliniquement, un tableau typique d'érysipèle était décrit dans tous les cas. L'atteinte était unilatérale dans 96% des cas. Le traitement était à base de pénicilline G par voie intraveineuse dans 86,5% des cas pendant en moyenne 9.75 jours. L'évolution était favorable dans 83.25% des cas. Une antibioprophylaxie était prescrite chez 38% des cas. Les complications loco-régionales et générales précoces étaient notées dans 10.25% des cas. Trois patients étaient décédés. Les complications tardives étaient dominées par les récurrences et la persistance d'un lymphoedème séquellaire.

Mots clés: Érysipèle, Facteurs favorisants, Traitement, Complications

INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë bactérienne, non nécrosante, causée principalement par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBA) [1]. Il s'agit d'une infection fréquente, à l'origine d'une morbidité importante en terme de retentissement socio-économique [1-3].

L'objectif de notre étude est de préciser les particularités épidémiocliniques, bactériologiques et évolutives de l'érysipèle des membres inférieurs (EMI) à travers une étude hospitalière.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons rétrospectivement colligé tous les cas d'EMI hospitalisés dans le service de dermatologie de

l'hôpital Farhat Hached de Sousse durant la période allant du 1^{er} Janvier 2000 jusqu'à Décembre 2015. Les critères d'hospitalisation étaient: l'existence de signes locaux de gravité (bulles, purpura, necrose, abcédation) ou généraux, une fragilité du terrain sous jacents (âge supérieur à 60 ans ou comorbidité), une suspicion d'association à une phlébite, une inefficacité du traitement initial fait en ambulatoire.

Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives étaient recueillies et analysées en utilisant le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

Sur une période de 15 ans, quatre cents patients hospitalisés pour érysipèle du membre inférieur ont été recensés. L'érysipèle représentait 7.49% de l'ensemble

How to cite this article: Aounallah A, Lahouel I, Belkahla M, Korbi M, Mbazaa A, Saidi W, Mokni S, Boussofara L, Gammoudi R, Ghariani N, Denguezli M, Belajouza C, Nouira R. Erysipèle du membre inférieur: Étude de 400 cas. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):15-19.

Submission: 01.04.2017; **Acceptance:** 03.08.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.4

des hospitalisations en dermatologie durant la même période. L'âge moyen des patients était de 55.82 ans (6 à 92 ans). Il y avait 241 hommes et 159 femmes (ex ratio (H/F) de 1.51).

Le délai moyen de consultation était de 8.13 jours. Sur le plan clinique, une hyperthermie supérieure à 38° C était retrouvée chez 69.75% des patients. Des frissons étaient rapportés chez 158 patients (39.5%). Une altération de l'état général était observée dans 18.75% des cas. Un état confusionnel était constaté chez 9 malades (2.25%). Un aspect inflammatoire typique du placard d'érysipèle était présent chez tous les patients avec un bourrelet périphérique dans 18 cas (4.5%), des bulles dans 135 cas (34%) et un purpura pétéchiol dans 30 cas (8%). Des pustules étaient notées au sein du placard inflammatoire dans 25 cas (6%) et un véritable abcès était retrouvé dans 9 cas (2.25%). Des ulcérations superficielles étaient observées dans 32 cas (8%). Un phlegmon et une nécrose superficielle étaient objectivés dans 2 cas. Une trainée lymphangitique était observée dans 25 cas (6.25%) et une adénopathie satellite dans 120 cas (30%). L'atteinte était majoritairement unilatérale (96%). La localisation élective était la face antéro-interne de la jambe (64.25%).

Des facteurs favorisants étaient retrouvés dans 393 cas (98.25%), répartis en facteurs locorégionaux et généraux (Tableau 1). L'existence d'une porte d'entrée était le facteur favorisant locorégional le plus fréquent. Celle-ci était dominée par l'intertrigo inter orteil et les plaies traumatiques (Tableau 2).

Sur le plan paraclinique, un syndrome inflammatoire biologique était observé dans la majorité des cas. Le dosage des anticorps antistreptolysine, réalisé dans 2 cas et refait à 15 jours d'intervalle, dépassait les 200UI/ml dans les deux cas.

Sur le plan bactériologique, des prélèvements cutanés étaient pratiqués dans 40.5% des cas; Ceux-ci étaient positifs dans 58.64% des cas. Les principaux germes isolés sont résumés dans le tableau 3. Le germe le plus souvent identifié au prélèvement bactériologique était SBA seul ou associé à d'autres bactéries telles que le staphylocoque auréus. Les hémocultures réalisées dans uniquement 4 cas, étaient positives à Staphylocoque aureus dans un seul cas.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10.76 jours. L'antibiothérapie de choix était la pénicilline G par voie intraveineuse à la dose de 12 à 16 millions

Tableau 1 : Principaux facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Nombre de cas (%)
Facteurs locorégionaux	
Porte d'entrée	387 (96.75)
Antécédent d'érysipèle	103 (25.75)
Œdème MI	46 (11.5)
Lymphoedème MI	49 (12.25)
Varices	45 (11.25)
Antécédent d'ulcère de jambe	19 (4.75)
Antécédent de phlébite	9 (2.25)
Antécédent de chirurgie MI	36 (9)
Radiothérapie membre/bassin	3 (0.75)
Pathologie neurologique	22 (5.5)
Antécédent de fracture (membre ou bassin)	25 (6.25)
Artériopathie MI	10 (2.5)
Facteurs généraux	
Sédentarité	127 (31.75)
Diabète	102 (25.5)
Surcharge pondérale	96 (24)
Alcoolisme	17 (4.3)
Tabagisme	61 (15.3)
Insuffisance rénale ou cardiaque	40 (10)
Prise médicamenteuse	21 (5.25)

Tableau 2 : Principales portes d'entrée

Porte d'entrée	Effectif (%)
Intertrigo inter orteil	316 (79)
Plaie traumatique négligée	213 (53.25)
Hyperkératose plantaire fissuraire	89 (22.25)
Ulcère de jambe	25 (6.25)
Dermatoses chroniques des membres inférieurs	33 (8.25)
Infections cutanées	8 (2)
Piqûre d'insecte	8 (2)
Autres	14 (3.5)

Tableau 3 : Principaux germes identifiés à l'examen bactériologique cutané

Germes isolés	Effectif (%)
Streptocoque groupe A	21 (22.1)
Streptococque G	4 (4.12)
Streptocoque B	3 (3.15)
Streptocoque D	2 (2.1)
Staphylocoque aureus	9 (9.47)
Staphylocoque coagulase négative	7 (7.36)
Pseudomonas aeruginosa	9 (9.47)
Enterobacter cloacae	7 (7.36)
Klebsiella pneumoniae	3 (3.15)
Acinetobacter baumannii	2 (2.1)
Streptocoque A+Staphylocoque aureus	14 (14.73)
Staphylocoque aureus+Pseudomonas	7 (7.36)
Streptocoque A+Pseudomonas	2 (2.1)
Staphylococcus aureus+Streptocoque B	1 (1.05)
Streptocoque non groupable+Enterobacter	1 (1.05)
Pseudomonas+Streptocoque D	2 (2.1)
Total	95 (100)

d'unité/jour en 4 prises, prescrite dans 346 cas (86,5%) en monothérapie, dans 7% en bithérapie (associés à l'oxacilline) et dans 0.75% des cas en trithérapie.

La durée moyenne de la pénicillinothérapie était de 9.75 jours. Celle-ci était changée par une 2^{ème} antibiothérapie devant une inefficacité ou une intolérance thérapeutique dans 64 cas (16%). En cas d'allergie à la pénicilline, d'autres molécules ont été utilisées: la lincomycine dans 26 cas et l'érythromycine dans un cas.

Un traitement anticoagulant était prescrit dans 80 cas devant la suspicion clinique d'une thrombophlébite confirmée par l'écho-Doppler dans 2 cas et l'existence de facteurs de risque thrombo-emboliques dans 78 cas (19.5%).

L'évolution était favorable sous traitement dans 83.25%. Des complications étaient notées dans 41 cas (10.25%). Les complications loco-régionales précoces étaient à type d'abcédation (10 cas), de phlyctènes (7 cas), de phlegmon (1 cas), de nécrose cutanée superficielle (2 cas), d'artérite réactionnelle (2 cas), de fasciite nécrosante (1 cas) et de thrombophlébite dans 2 cas. Les complications générales étaient à type de septicémie à staphylocoque auréus (1 cas), de décompensation de tares (4 cas) et de toxidermie de type rash maculo-papuleux aux pénicillines dans 11 cas.

Les complications tardives étaient dominées par les récives de l'érysipèle (21.5%) et la persistance d'un lymphoedème séquellaire (0.25 %). Une antibioprophylaxie (Extencilline: 2.4MU/15jours) pendant une durée moyenne de 6 mois était prescrite chez 152 patients (38%). 3 décès ont été notés par: arrêt cardio-vasculaire dans 1 cas, infarctus du myocarde dans 1 cas et choc hypovolémique dans le 3^{ème} cas.

DISCUSSION

Le profil épidémiologique de l'érysipèle du membre inférieur est particulier en tunisie. Dans notre série, l'âge moyen était de 55.82 ans et le sexe ratio H/F était de 1.51. Des facteurs favorisants sont souvent retrouvés. Selon une revue de littérature, des facteurs généraux sont notés dans 50% à 78,5% des cas [2,4,5]. Parmi ces derniers, on retrouve l'alcoolisme, le diabète, l'obésité et l'immunodépression [4-7]. La sédentarité, le diabète et la surcharge étaient les principaux facteurs retrouvés chez nos patients.

La fréquence des facteurs locorégionaux est estimée entre 77,2% des cas et 93,2% des cas [3,4]. Les principaux facteurs sont l'existence d'une porte

d'entrée, une atteinte vasculaire périphérique et la présence d'un oedème secondaire le plus souvent à une atteinte lymphatique [2,6].

Le diagnostic de l'érysipèle est clinique. Il touche dans plus de 85% les membres inférieurs. L'atteinte cutanée est caractérisée par l'apparition brutale d'un placard inflammatoire érythémateux chaud douloureux et oedémateux qui s'étend rapidement [8]. Le bourrelet caractéristique est rarement retrouvé. On peut observer également des bulles, un purpura pétéchiol, des pustules mais sans nécrose. Une adénopathie sensible est retrouvée dans 46% des cas et une lymphangite dans 26% des cas. Chez nos patients, un aspect inflammatoire typique du placard d'érysipèle était décrit chez tous les patients. Un bourrelet périphérique était présent chez uniquement 18 cas (4.5%). Une trainée lymphangitique était observée chez 6.25% des cas et une adénopathie satellite dans 30% des cas.

L'étiologie streptococcique est largement dominante 79% des cas et principalement le SBA (67% des cas) [2,8,9]. L'érysipèle staphylococcique (17 %) serait plus retrouvé chez des sujets ayant des troubles de la vascularisation lymphatique [2,9]. Certains bacilles à gram négatif ont également été retrouvés dans des érysipèles seuls ou associés à d'autres bactéries notamment des cocci à Gram positif [9].

La mise en évidence de l'agent responsable de l'érysipèle reste impossible dans 20% des cas [9]. Dans notre série, le Streptocoque groupe A était isolé seul dans 22.1%. Le staphylocoque aureus était incriminé seul dans 9.47% des cas et associé au Streptocoque A dans 14.73% des cas.

Le traitement par un antibiotique que ce soit pénicilline, macrolide ou synergistine permet une évolution favorable dans 76 % à 84 % des cas [10]. L'évolution chez nos malades était favorable sous traitement dans 83.25% des cas. Le traitement par pénicilline G par voie veineuse, comme préconisé chez la majorité de nos patients, reste le traitement de première intention de l'érysipèle. Le relais par voie orale à partir du sixième jour ou lorsque les signes locaux commencent à régresser est préconisé [2].

La durée d'hospitalisation est de 5 à 7 jours chez les jeunes [11] et 10 à 13 jours dans la plupart des études [10]. Chez nos patients, elle était d'une dizaine de jours.

Des complications peuvent être locorégionales ou d'ordre général [10]. Des abcès et/ou une nécrose pourraient apparaître au niveau de l'érysipèle et justifier un geste chirurgical. Les phlébites profondes sont rares en dehors des sujets à risques préexistants, ce qui ne justifierait en aucun cas la mise systématique des patients atteints d'érysipèle sous anticoagulants sauf en cas d'existence de facteurs de risque thromboemboliques. Cependant, le port de contention élastique et le lever précoce sont préconisés à titre préventif. La mortalité sous traitement est estimée à 0.5% et serait en rapport direct avec la comorbidité [12].

Selon les données de la littérature, les récurrences sont retrouvées à une fréquence entre 17 et 25% des cas [10]. Les complications tardives de nos patients étaient dominées par les récurrences dans 21.5% des cas et la persistance d'un lymphoedème séquellaire dans 10.25% des cas.

La prévention de récurrences, comme nous l'avons préconisé pour 38% de nos patients est basée sur une antibiothérapie par benzyl penicilline à raison de 2.4MU en intramusculaire toutes les 2 à 3 semaines pendant 3 à 6 mois. En cas de contre indication de cette dernière, la pristinamycine est alors justifiée [13].

CONCLUSION

L'EMI reste une affection fréquente avec une tendance marquée aux récurrences. L'identification des facteurs pronostiques permettrait de distinguer des groupes de malades en fonction de leur évolution prévue et de proposer une prise en charge adaptée.

RÉFÉRENCES

1. Zaegel R, Blamoutier J. L'érysipèle récidivant A propos de 13 observations. *Rev Franç Allergol.* 1978;18:217-23.
2. Becq-Giraudon B. L'érysipèle: prévention primaire et secondaire. *Med Mal Infect.* 2000;30:370-8.
3. Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkonnen K, Sjöblom AC, Holm SE. Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. *Clin Infect Dis.* 1996;23:1091-8.
4. Lanoux P, Penalba C, Legin C, Kivade M, Reveil JC. L'érysipèle, à propos de 118 observations. *Méd Mal Infect.* 1993;23:908-12.
5. Crickx B, Cheuron F, Sigal-Nahum M, Bilet S, Faucher F, Picard C, et al. Erysipèle: données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Ann Dermatol Vénérol.* 1991;118:11-6.
6. Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané BF, Sangaré A, Niamba P, et al. [Risk factors associated with leg erysipelas (cellulitis) in sub-Saharan Africa: A multicentre case-control study]. *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142:633-8.
7. Pitche P, Tchangai-Walla K. Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo). *Bull Soc Pathol Exot.* 1997;90:189-91.
8. Jaussaud R, Kaeppler E, Strady C, Beguinot I, Waldner A, Rémy G. Existe-t-il une place pour les AINS/corticoids dans la prise en charge de l'érysipèle? *Méd Mal Infect.* 2000;30:347-51.
9. Vaillant L. Critères diagnostiques de l'érysipèle. *Méd Mal Infect.* 2000;30:306-14.
10. Bernard P, Bedane C, Mounier M, Denis F, Bonnetblanc JM. Dermohypodermes bactériennes de l'adulte. Incidence et place de l'étiologie streptococcique. *Ann Dermatol Vénérol.* 1995;122:495-500.
11. Crickx B. Erysipèle: évolution médicale sous traitement. Complications. *Méd Mal Infect.* 2000;30:359-64.
12. Mahé E, Toussaint P, Boutchnein S, Guiguen Y. Erysipèle dans la population jeune d'un hôpital militaire. *Ann Dermatol Vénérol.* 1999;126:593-9.
13. Schmit JL. Enquête prospective. Erysipèle et cellulite nécrosantes: quelle prise en charge en milieu hospitalier? *Méd Mal Infect.* 2000;30:331-5.

Copyright by Amina Aounallah, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Evaluation of arterial stiffness by finger-toe pulse wave velocity measured by popmetre® in black africans patients with systemic scleroderma

Moussa Diallo¹, Maïmouna Touré², Boubacar Ahy Diatta¹, Assane Diop¹, Maodo Ndiaye¹, Mame Téné Diop¹, Birame Seck¹, Suzanne Niang¹

¹Department of Dermatology, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal, ²Department of Internal Medecine, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal

Corresponding author: Prof. Moussa Diallo, E-mail: moussante@hotmail.com

ABSTRACT

Background: The purpose of this study was to assess the arterial stiffness (AS) in black africans patients with systemic scleroderma. **Patients and Methodology:** A prospective cross-sectional hospital survey has been performed over a 6-month period, including 55 black african individuals, aged over 16 years and consenting, consisting of 29 patients with systemic scleroderma and 26 hospitalized controls. The finger-toe pulse wave velocity (ft-PWV) was recorded by popmetre® and comparaision between the 2 groups has been performed with statistical analysis. **Results:** The mean ft-PWV was 9,56 m/s \pm 3,09 in the patient group and 7,71 m/s \pm 2,63 in control group. The ft-PWV was significantly higher in patients with scleroderma compared to controls ($p < 0.0145$). The study of the relationship between AS and independent variables in multivariate analysis demonstrated that having scleroderma increase by 1.81 times the value of the ft-PWV after adjustment for age and systolic blood pressure. **Discussion:** To our knowledge, this is the first assessment of the AS in black african patients with scleroderma. It shows that ft-PWV was significantly higher in patients with scleroderma compared to controls. Also, this high AS was imputable to the scleroderma. **Conclusion:** In Africa, the measurement of the AS by popmetre® could be a simple, rapid, non invasive and pratical early detection and follow-up of cardio-vascular involvements in the course of scleroderma.

Key words: Systemic scleroderma; Arterial stiffness; Finger-toe pulse wave velocity; Popmetre

How to cite this article: Diallo M, Touré M, Diatta BA, Diop A, Ndiaye M, Diop MT, Seck B, Niang S. Evaluation of arterial stiffness by finger-toe pulse wave velocity measured by pOpmetre® in black africans patients with systemic scleroderma. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl 1):20-24.

Submission: 13.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI:10.7241/ourd.2017s.5

Evaluation de la rigidité artérielle par la vitesse de progression de l'onde pouls doigt-orteil mesuré par popmètre® chez des sujets noirs africains atteints de sclérodermie systémique

Moussa Diallo¹, Maïmouna Touré², Boubacar Ahy Diatta¹, Assane Diop¹, Maodo Ndiaye¹, Mame Téné Diop¹, Birame Seck¹, Suzanne Niang¹

¹Department of Dermatology, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal, ²Department of Internal Medicine, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal

Corresponding author: Prof. Moussa Diallo, E-mail: moussante@hotmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: L'objectif de notre étude était d'évaluer la résistance artérielle (RA) chez les patients noirs africains atteints de SS. **Patients et Méthode:** Une enquête hospitalière prospective transversale a été réalisée sur une période de 6 mois, portant sur 55 sujets noirs africains, âgés de plus de 18 ans, consentants, composé de 29 malades atteints de SS et 26 témoins hospitalisés. La vitesse de progression de l'onde pouls doigt-orteil (VOPdo) a été mesurée par Popmètre dans les 2 groupes et une étude comparative a été effectuée grâce à des analyses statistiques. **Résultats:** La moyenne de la vitesse de progression de l'onde pouls doigt-orteil (VOPdo) au popmètre® était de 9,56 m/s \pm 3,09 chez les malades contre 7,71 m/s \pm 2,63 chez les témoins. La vitesse de propagation de l'onde de pouls était significativement plus élevée chez les malades comparés aux témoins ($p < 0.0145$). L'étude de la relation entre la RA et les variables indépendantes en analyse multivariée, après régression linéaire montrait qu'avoir une SS augmentait de 1.81 fois la valeur de la VOP ($p = 0.022$) après ajustement sur l'âge et la PAS. **Discussion:** A notre connaissance, cette étude est la première qui évalue la RA au cours de la SS chez le sujet noir africain. Notre étude montre que la VOPdo était significativement plus élevée chez les malades sclérodermiques comparés aux témoins ($p < 0.0145$). En analyse multivariée, après régression logistique, la RA était imputable à la SS. **Conclusion:** En Afrique, la mesure de la RA par popmètre pourrait être une méthode non invasive, rapide, simple et pratique de dépistage précoce et de suivi des atteintes cardio-vasculaires au cours de la sclérodermie.

Mots clés : Sclérodermie systémique; Rigidité artérielle; Vitesse de progression de l'onde pouls doigt-orteil; Popmètre

INTRODUCTION

Au cours de la sclérodermie systémique (SS), l'atteinte vasculaire est fréquente comme l'atteste la fréquence du syndrome de Raynaud. Elle joue un rôle primordial dans le mécanisme de survenue des complications viscérales [1]. L'atteinte des vaisseaux périphériques peut être détectée par la mesure de la rigidité artérielle (RA) [2]. Cette dernière constitue un facteur de risque cardio-vasculaire (FRCV) indépendant et sa mesure

pourrait permettre de mieux prévoir le pronostic de la SS [2].

La RA peut être évaluée par la mesure de la vitesse de progression de l'onde de pouls (VOP) qui dépend des caractéristiques visco-élastiques de la paroi artérielle. Le popmètre® est un nouvel dispositif qui permet une mesure rapide, reproductible et non invasive de différents indices de rigidité comme la vitesse de progression de l'onde pouls doigt-orteil (VOPdo)

How to cite this article: Diallo M, Touré M, Diatta BA, Diop A, Ndiaye M, Diop MT, Seck B, Niang S. Evaluation de la rigidité artérielle par la vitesse de progression de l'onde pouls doigt-orteil mesuré par popmètre® chez des sujets noirs africains atteints de sclérodermie systémique. Our Dermatology Online. 2017;8(Suppl 1):20-24.

Submission: 13.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI:10.7241/ourd.2017s.5

(vitesse à laquelle l'onde du sang, émis par le cœur lors de la systole ventriculaire, se propage à travers les artères jusqu'au niveau du doigt et de l'orteil) [3]. La VOPdo a été validée par comparaison à la VOP carotide-fémorale qui est un bon reflet de la RA [3,4]. La mesure de la RA au cours de la sclérodémie chez le Caucasien a été déjà évaluée par l'étude ERAMS [5]. Par contre, aucune étude de la RA par popmètre chez le sujet noir africain atteint de SS n'a encore été effectuée à notre connaissance. L'objectif de notre étude était d'évaluer la RA chez les patients noirs africains atteints de SS.

PATIENTS ET MÉTHODE

Une enquête hospitalière prospective transversale a été réalisée sur une période de 6 mois (Mai- Octobre 2015), portant sur 55 sujets noirs africains, âgés de plus de 18 ans, consentants, composé de 29 malades atteints de SS et 26 témoins hospitalisés.

Les patients inclus étaient ceux atteints de SS diffuse remplissant les critères diagnostique de l'ACR et EULAR 2013 [6]. Les critères d'exclusion étaient l'existence d'une insuffisance ventriculaire gauche, d'un bloc de branche gauche, d'une drépanocytose, d'un syndrome Ehlers-Danlos ou d'un pseudoxanthome élastique.

Chaque sujet était soumis à un examen clinique complet incluant la prise des paramètres anthropométriques (poids, taille, IMC) et des constantes cliniques (fréquence cardiaque, pression artérielle systolique et diastolique), des examens biologiques à la recherche de FRCV (glycémie, créatinine, profil lipidique) et une mesure de la VOPdo par un popmètre® selon les recommandations de Hallab M. et al [4]. Le popmètre® (Axelife® SAS, France) est un appareil non invasif, disposant de 2 photodiodes infrarouges, d'un capteur d'activité cardiaque et d'un système d'acquisition et de traitement des données. Il mesure le temps de transit de l'onde de pouls depuis le cœur jusqu'à l'orteil (ttd) et au doigt (ttd), ainsi que la différence de temps d'arrivée de l'onde de pouls doigt-orteil (DOD). Un logiciel

calcule la VOPdo en fonction de la taille du patient divisée par la DOD (Figs. 1a and 1b). Les dernières études japonaises ont suggéré qu'une valeur de la VOP supérieure à 10 m.s-1 était pathologique.

L'exploitation des données a été réalisée par le logiciel SPSS version 16.0. Les variables qualitatives ont été décrites par des fréquences avec leur intervalle de confiance et les variables quantitatives par leurs moyennes avec leur écart-type. Le test de Student a été utilisé pour la comparaison avec une significativité si $p < 0,05$. Une analyse de régression logistique a été réalisée pour étudier l'association entre la RA et la SS en prenant en compte les autres variables cliniques et biologiques. La variable dépendante était la RA et les variables indépendantes sont les autres caractéristiques cliniques et biologiques. La SS représente la variable d'intérêt principal.

RÉSULTATS

Les caractéristiques cliniques, anthropométriques et les constantes cliniques des patients, ainsi que des témoins sont mentionnées dans le tableau 1. Les patients atteints de SS étaient constitués de 3 hommes et de 26 femmes. Tous présentaient une SS diffuse évoluant depuis au moins 2 ans. Aucun malade ne présentait une atteinte cardiaque imputable à la SS.

Il n'y avait aucun fumeur aussi bien dans le groupe des malades que des témoins.

Il existait une HTA connue et suivie chez 2 patients et 4 témoins. Le reste de la population était normotendue. L'indice de masse corporelle (IMC) était élevé chez

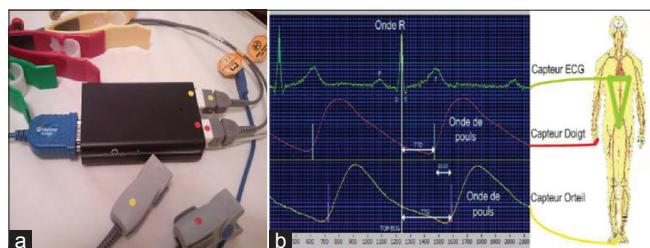


Figure 1 : (a and b) Principe de mesure de la VOPdo par le popmètre.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques, anthropométriques et des constantes cliniques des patients et des témoins

Variables	Patients avec SS	Témoins
Age moyen	42.48 ans±8.04	36.31 ans±11.06
Agés extrêmes	28 et 61 ans	20 et 58 ans
Age médian	34 ans	43 ans
Age ≥ 40 ans (%)	75.86%	38.46%
Sex-ratio	0.1	1
Pression artérielle systolique moyenne (mm Hg)	123.10±19.66	134.81±15.21
Pression artérielle diastolique moyenne (mm Hg)	77.24±11.92	72.77±7.34
Pression artérielle moyenne (mm Hg)	92.53±13.59	93.45±9.15
Index de masse corporelle moyen (kg/m ²)	21.97±5.6	25.18 kg/m ² ±5.9
Fréquence cardiaque moyenne (battements/mn)	83.72±12.93	74.88±13.52
VOPdo moyenne (m/s)	9.56±3.09	7.71±2.63

Tableau 2 : Paramètres biologiques des patients et des témoins

Variables biologiques	Moy±ET	
	Malades	Témoins
Cholestérol total	1.88±0.51	1.49±0.59
HDL-cholestérol	0.58±0.25	0.56±0.32
LDL-cholestérol	1.01±0.41	1.09±0.27
Triglycérides	1.45±0.73	0.52±0.26
Créatininémie	10.20±2.12	9.26±2.33
Glycémie à jeûn	0.87±0.11	2.04±1.11

4 malades et chez 7 témoins. Une tachycardie était présente chez 2 patients.

Les paramètres biologiques des patients et des témoins sont mentionnés dans le tableau 2. Ainsi, 3 parmi les malades avaient une dyslipidémie par perturbation d'au moins un des paramètres lipidiques contre 5 sujets chez les témoins. La glycémie à jeûn était normale chez tous les malades et élevée chez 8 témoins. La moyenne de la vitesse de propagation de la VOPdo au popmètre® était de 9,56 m/s ± 3,09 chez les malades contre 7,71 m/s ± 2,63 chez les témoins. En analyse bi-varié, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative sur les paramètres cliniques, anthropométriques et les constantes cliniques entre les patients atteints de SS et les témoins (Tableau 3). De même, il n'y avait pas de différence significative sur les paramètres biologiques, en dehors de la glycémie moyenne significativement plus élevée chez les témoins (Tableau 4). Du fait du faible effectif (<30), la comparaison des VOPdo entre patients atteints de SS et témoins était réalisé en utilisant un test non paramétrique (Mann-Whitney). La vitesse de propagation de l'onde de pouls était significativement plus élevée chez les malades comparés aux témoins ($p < 0.0145$). En analyse uni variée, nous avons recherché les facteurs associés à une RA élevée, en étudiant la VOPdo avec chacune des variables de façon indépendante après transformation des variables quantitatives en variables catégorielles. Parmi les paramètres étudiés, la VOPdo était significativement corrélée à l'âge, à la glycémie à jeun et à la SS (Tableau 5). La PAS avait également une tendance faible à être corrélée avec la VOPdo. Cependant, les valeurs moyennes de la glycémie à jeûn ainsi que de la PAS étaient dans les limites des valeurs normales chez nos malades. L'étude de la relation entre la RA et les variables indépendantes en analyse multivariée, après régression linéaire montrait qu'avoir une SS augmentait de 1.81 fois la valeur de la VOP ($p = 0.022$) après ajustement sur l'âge et la PAS (Tableau 6).

Tableau 3 : Étude comparative en analyse bi-varié. des paramètres cliniques, anthropométriques et des constantes cliniques entre les patients atteints de SS et les témoins

Variables	Moyenne±Ecart-type		p-value
	Patients SS	Témoins	
Age moyen (ans)	42.48±8.04	36.31±11.06	$p = 0.091$
PAS (mm Hg)	123.10±19.66	134.81±15.21	$p = 0.0716$
PAD (mm Hg)	77.24±11.92	72.77±7.34	$p = 0.601$
PAM (mm Hg)	92.53±13.59	93.45±9.15	$p = 0.767$
IMC moyen (kg/m ²)	21.97±5.6	25.18±5.9	$p = 0.276$
Fréquence cardiaque moyenne (battements/mn)	83.72±12.93	74.88±13.52	$p = 0.621$
VOPdo moyenne (m/s)	9.56±3.09	7.71±2.63	$p = 0.0145^*$

Tableau 4 : Comparaison des paramètres biologiques dans la population d'étude

Variables biologiques	Moy±ET		p-value
	Malades	Témoins	
Cholestérol total	1.88±0.51	1.49±0.59	$p = 0.703$
HDL-cholestérol	0.58±0.25	0.56±0.32	$p = 0.811$
LDL-cholestérol	1.01±0.41	1.09±0.27	$p = 0.511$
Triglycérides	1.45±0.73	0.52±0.26	$p = 0.506$
Créatininémie	10.20±2.12	9.26±2.33	$p = 0.583$
Glycémie à jeûn	0.87±0.11	2.04±1.11	$p < 0.001^*$

Tableau 5 : Étude des facteurs associés à une résistance artérielle élevée

Covariables	Coefficient	p-value	IC95%
Sclérodémie=Oui	1.81	0.021*	[0.29-3.41]
PAS	1.35	0.016*	[0.27-2.99]
Age	0.15	0.001*	[0.08-2.22]
IMC	-0.94	0.276	[-2.67-0.78]
Fréquence cardiaque	0.13	0.621	[-3.7-0.37]
Créatininémie	0.10	0.583	[-0.26-0.46]
Glycémie	1.22	0.001*	[0.99-1.55]
Cholestérol total	0.11	0.703	[-0.36-0.76]
Cholestérol-HDL	0.99	0.811	[-0.32-0.57]
Cholestérol-LDL	0.13	0.511	[-0.21-0.41]
Triglycérides	0.17	0.506	[-0.23-0.41]

Tableau 6 : De la relation entre la RA et les variables indépendantes

Covariables	Coefficient	P-value	IC95%
Sclérodémie=Oui	1.81	0.021	[0.29-3.41]
Age	0.15	0.001	[0.08-2.22]
PAS	1.35	0.0101	[0.27-2.99]

DISCUSSION

Les limites de notre travail étaient surtout en rapport avec l'effectif réduit de notre échantillon lié à la rareté de la SS. Néanmoins, à notre connaissance, cette étude est la première qui décrit la RA au cours de la SS chez le sujet noir africain. Elle constitue également la première étude à utiliser le Popmètre comme outil de mesure de la RA chez des malades sclérodermiques. Les études antérieures étaient plutôt basées sur la mesure de l'intervalle QKd (temps qui sépare le complexe

QRS de l'ECG de l'apparition du dernier bruit de Korotkoff perçu au niveau de l'artère humérale lors de la mesure de la tension artérielle [7]. Le Popmètre est une nouvelle méthode ambulatoire de mesure de la RA qui est objective, rapide, non invasive et surtout reproductible [8]. Son utilisation comme outil de mesure de la RA et l'intérêt prédictif de celle-ci ont été déjà validés chez les hypertendus âgés [4]. En effet, la VOPdo mesurée par le popmètre dépend des caractéristiques visco-élastiques de la paroi artérielle et reflète fidèlement la RA. Plus la valeur de cette VOPdo est élevée, plus la paroi artérielle est considérée comme rigide. Notre étude montre que la VOPdo était significativement plus élevée chez les malades sclérodermiques comparés aux témoins ($p < 0.0145$). En analyse multivariée, après régression logistique, la RA était imputable à la SS. La tendance à la corrélation avec la PAS et à la glycémie a été aussi retrouvée, mais les valeurs de ces paramètres étaient dans les limites des valeurs normales. La corrélation avec l'âge également retrouvée est liée au vieillissement qui entraîne physiologiquement une RA. Enfin, aucun des patients n'était fumeur. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude ERAMS (Evaluation de la Rigidité Artérielle comme Marqueur pronostique des Sclérodermies systémiques) [5,9]. La SS est caractérisée par une production excessive de collagène par les fibroblastes et un appauvrissement en fibres élastiques qui accroît ainsi la RA [9]. On pense aussi que ces modifications vasculaires surviennent au début de la maladie [10]. Il a été aussi postulé que la RA serait un FRCV indépendant et mieux corrélé à la morbidité cardio-vasculaire [11]. Elle aurait une valeur prédictive sur la progression de la SS et surtout sur la survenue de la crise rénale, de l'hypertrophie ventriculaire, ainsi que des calcifications [11,12].

CONCLUSION

La mesure de la VOPdo avec un popmètre est une méthode ambulatoire, simple, rapide, non invasive, reproductible qui pourraient permettre de prévoir le risque d'événements cardiovasculaires au cours du suivi des patients sclérodermiques.

Ces résultats devront cependant être confirmés par des études avec un effectif plus important.

RÉFÉRENCES

1. Steen VD, Medsger Jr TA. Severe organ involvement in systemic sclerosis with diffuse scleroderma. *Arthritis Rheum.* 2000;43:2437-44.
2. Laurent S, Boutouyrie P, Asmar R, Gautier I, Laloux B, Guize L, et al. Aortic stiffness is an independent predictor of all-cause and cardiovascular mortality in hypertensive patients. *Hypertension.* 2001;37:1236-41.
3. Zhang J, Bozec E, Hallab M, Boutouyrie P, Laurent S. Étude de validation d'un nouveau dispositif de mesure de la rigidité artérielle: le popmètre®. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2011;53:93.
4. Hallab M, Pichierri S, Boin JM, Trambly M, Chevalet P, Berrut G. A new index to evaluate arterial ageing independently of arterial blood pressure. *Ann Cardiol Angeol.* 2013;61:184-7.
5. Gosse P, Taillard J, Constans J. On behalf of the ERAMS study investigators. Evolution de la mesure ambulatoire de la pression et les paramètres du sang artériel raideur sur une période de 1 an chez les patients avec la sclérose systémique: ERAMS étude. *J Human Hyperten.* 2002;16:627-30.
6. Van Den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:1747-55.
7. Gosse P, Cremer A, Papaioannou G, Yeim S. Arterial stiffness from monitoring of timing of korotkoff sounds predicts the occurrence of cardiovascular events independently of left ventricular mass in hypertensive patients. *Hypertension.* 2013;62:161-7.
8. Zhang J, Bozec E, Hallab M, Boutouyrie P, Laurent S. Étude de validation d'un nouveau dispositif de mesure de la rigidité artérielle: le popmètre®. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012;10:235-43.
9. Spieker C, Barenbrok M, Zidek W. Stiffness of systemic arteries in patients with progressive systemic sclerosis. *Hypertension.* 1995;25:196.
10. Kahaleh MB. Vascular involvement in systemic sclerosis (SSc). *Clin Exp Rheumatol.* 2004;22:19-23.
11. Constans J, Germain C, Gosse P, Taillard J, Tiev K, Delevaux I, et al. Arterial stiffness predicts severe progression in systemic sclerosis: the ERAMS study. *J Hypertens.* 2007;25:1900-6.
12. Prognostic Value of Aortic Stiffness and Calcification for Cardiovascular Events and Mortality in Dialysis Patients: Outcome of the Calcification Outcome in Renal Disease (CORD) Study.

Copyright by Moussa Diallo, et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Atopic dermatitis in children: Epidemiological and clinical aspects in Côte d'Ivoire

Kouadio Celestin Ahogo¹, Yao Isidore Kouassi¹, Ildevert Patrice Gbery¹,
Kouadio Richard Azagoh², Kouame Issouf Yeboua¹, Kouame Alexandre Kouassi¹,
Ange Sylvain Allou¹

¹Dermatology Service, Félix Houphouët Boigny University, CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, ²Pediatric service, Félix Houphouët Boigny University, CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Corresponding author: Dr. Kouadio Celestin Ahogo, E-mail: ahogocelste@yahoo.fr

ABSTRACT

Few studies have been devoted to atopic dermatitis in children in sub-Saharan Africa. We therefore make this study in Côte d'Ivoire in order to contribute to a better knowledge of atopic dermatitis in children on black skin. In our study the prevalence was 9.2%. The duration of the disease before the consultation ranged from 3-45 days. Atopic dermatitis occurs more frequently in children from 2 to 5 years old. More than half of the patients had a history of atopy and the lesions generally were localized in the folds. 60% of the lesions were dry and were triggered by dust. The pruritus was often insomnia and the scratching leads to hyperpigmentation of the lower eyelid; a characteristic sign on black skin not often reported in the literature.

Key words: Atopic dermatitis; Children; Black skin; Cote d'Ivoire

INTRODUCTION

Atopic dermatitis or constitutional eczema usually occurs in children in a particular condition called atopy. Its pathophysiological, epidemiological, clinical and therapeutic aspects have been the subject of several studies in Europe and in America [1,2]. However, few studies have been devoted to atopic dermatitis in sub-Saharan Africa. Therefore, we proposed to make this study in order to contribute to a better knowledge of atopic dermatitis in children, on black skin in Africa.

MATERIALS AND METHODS

This was a prospective study, with descriptive and analytical sight over 12 months. The target population was patients seen in consultation over the period of our study. Boys and girls from 0 to 15 years with atopic dermatitis were included in the study. Data from the

study were collected on an inquiry sheet that included socio-demographic and clinical data.

Ethics Statement

This article has been written by these authors, it has not been sent or published by another journal.

RESULTS

On epidemiologic stage, 70 cases of atopic dermatitis have been recorded out of a total of 765 children seen in consultation. The prevalence of atopic dermatitis in children was 9.2%. 52.9% of the patients were male with a sex ratio (M/F) at 1.1. The age of the children's ranged from 6 months to 13 years. Children from 2 to 5 years represented 42.9% of the patients, followed by the age group from 6 to 13 years (30%). The duration of the disease before the consultation ranged from 3-45 days. Outbreaks of the disease were more than 15 days in 72.4% of cases.

How to cite this article: Ahogo KC, Kouassi YI, Gbery IP, Azagoh KR, Yeboua KI, Kouassi KA, Allou AS. Atopic dermatitis in children: Epidemiological and clinical aspects in Côte d'Ivoire. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl.1):25-27.

Submission: 04.08.2017; **Acceptance:** 27.10.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.6

A triggering factor was found in 15.7% of our patients, it was mainly dust (17.1%) and perfumes (5.7%). The personal and family histories of atopy are represented in Table I.

The types of eczema observed were: dry (60%), oozing (32.9%), and lichenification (07.1%). These lesions were found in the folds (54.3%), the trunk (51.4%), the legs (31.4%), and the face (30%) with pigmentation of the lower eyelid (7.1%). The scalp (22.9%) and generalized (02.9%). Atopic dermatitis was minor in 57.1% of cases, moderate (40%), and severe (2.9%); the other signs of atopic dermatitis observed in children are represented in Table II. Complications were observed in 58.57% of children. These included insomnia pruritus (44.3%), bacterial (12.9%) and viral (1.4%) secondary infection.

DISCUSSION

70 cases of atopic dermatitis was observed among 765 pediatric dermatoses, the prevalence was therefore 9.2%. In Western Europe, the prevalence of atopic dermatitis in children is between 10-20% [3,4]. The most affected age group in the study was 2 to 6 years. In fact, atopic dermatitis often begins during the first year of life (the new born) and decreases around the age

of 5 years. 54.2% of the children had a history of atopic disease. These included allergic rhinitis (37.1%), asthma (25.7%) and allergic conjunctivitis (17.1%). Six (06) of our patients regularly developed a food allergy. The association of several atopic clinical signs in the same patient is classic but inconstant [5,6]. The duration of relapses was in 72.4% of cases longer than 15 days. This could be explained in our context by self-medication. In one-quarter of the patients dust (17.1%) was the trigger factor. Atopic dermatitis is a multifactorial disease modulated by genetic and environmental influences [7,8]. Concerning the clinical aspects, atopic dermatitis in our study was predominantly in folds (54.3%). This predominance in folds was mostly observed in children over 2 years of age. As for the nursing, they had mainly facial lesions. Dry lesions (60%) were the most frequent, followed by oozing lesions (32.9%). Seepage often represents an entry point for bacterial and viral complications of atopic dermatitis [9,10]. In fact, bacterial secondary infection occurred in 12.9% of cases. Lichenification was present in 7.1% of our patients. Chronic scratching is the main factor of this lichenification. Insomnia pruritus was found in 44.3% of our patients. Pruritus leads to sleep disturbances, sometimes with children's growth retardation [11]. Instead, hyperpigmentation was observed on the lower eyelid (7.1%). This characteristic sign most visible on dark skin is due to chronic friction.

Table 1: Personal and family histories of atopy

	Personal history of atopy		Family history of atopy	
	(n)	Percentage (n×100/70),%	(n)	Percentage (n×100/70),%
Allergic rhinitis	26	37.1	7	10
Asthma	18	25.7	31	44.3
Allergic conjunctivitis	12	17.1	3	4.4
Atopic dermatitis			23	32.8
Food allergy	6	8.6		
No atopic disease	30	42.86	23	32.8

Table 2: Other signs of atopic dermatitis

Autres signes	Effective (n)	Percentage (n×100/70)
Xérosis	54	77.1
Kératosis pilaris	27	38.8
Eczématides	24	34.3
Prurigo	15	21.4
Hyperlinéarisme	12	17.1
Retro-auriculare fissure	9	12.9
Chéilite	9	12.9
Hyperpigmentation of lower eyelid	5	7.1
Lichénification	4	5.7
Nail involvement	4	5.7
Denni Morgan sign	2	1.4
No other sign	6	8.6%

CONCLUSION

Atopic dermatitis in Côte d'Ivoire occurs more frequently in children from 2 to 5 years old. More than half of the patients had a history of atopy and the lesions generally localized in the folds. These were mainly dry lesions most often triggered by dust. The pruritus was often insomnia and the scratching led to hyperpigmentation of the lower eyelid; a characteristic sign on black skin not often reported in the literature.

REFERENCES

1. Catteau B. Atopic dermatitis: current epidemiology and clinical data. *French J Allergol Clin Immunol.* 2002;42:373-7.
2. Schmitt J, Langan S, Deckert S, Svensson A, von Kobyletzki L, Thomas K, et al. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: A systematic review and recommendation. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;132:1337-47.
3. Taïeb A. Atopic dermatitis: definition, epidemiology, natural history, gravity and scores. *Ann Dermatol Venereol.* 2005;132:35-43.
4. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma

- and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118:152-69.
5. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends In the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis conjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multi-cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006;368:733-43.
 6. The prevalence of asthma, rhinitis and eczema in 13 to 14 years old children in Africa: The ISAAC Phase III. *Allergy.* 2007;3:247-58.
 7. Borravelevi T, Hubiche T, Léauté-Labrèze C, Saubusse E, Fayon M, Roul S, et al. Epicutaneous aeroallergen sensitization in atopic dermatitis infants determine the role of epidermal barrier impairment. *Allergy.* 2008;63:205-10.
 8. Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, Magris M, Hidalgo G, Fierer N, et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010;107:11971-5.
 9. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordero KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:116-32.
 10. Kong HH, Oh J, Deming C, Conlan S, Grice EA, Beatson MA, et al. Temporal shifts in the skin Atopic dermatitis. *Genome Res.* 2012;22:850-9.
 11. Silverberg JI, Simpson EL. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased health care utilization. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013;24:476-86.

Copyright by Kouadio Celestin Ahogo, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Xeroderma pigmentosum: Squamous cell carcinoma infiltrating and disfiguring facial, in a girl of 3 years and a half

Laouali Salissou¹, Moussa Doulla¹, Mahamadou Zaki Harouna², Illé Salha³, Nasser Timmi³, Amadou Dan Sono Abdou³, Hassan Moumouni⁴, Rachid Sani⁵, Hassane Nouhou²

¹Department of Dermatology, National Hospital Niamey, Niamey, Niger; ²Laboratory of pathological anatomy, Faculty of Health Sciences, Niamey, Niger; ³Department of ORL National Hospital of Niamey, Niamey, Niger; ⁴Laboratory of Cytology and Genetic, Faculty of Health Sciences, Niamey, Niger; ⁵Department of Surgery, National Hospital Niamey, Niamey, Niger

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

ABSTRACT

Most of serious complications observed during the development of Xeroderma pigmentosum (XP) are cancerous. These include skin, eyes, tongue, nervous system, etc. We report the case of a 3 1/2-year-old girl with squamous cell carcinoma infiltrating and disfiguring the face with rapid onset of death.

Key words: Xeroderma pigmentosum; Infiltrating epidermoid carcinoma; Niger

How to cite this article: Salissou L, Doulla M, Harouna MZ, Salha I, Timmi N, Sono Abdou AD, Moumouni H, Sani R, Nouhou H. Xeroderma pigmentosum: Squamous cell carcinoma infiltrating and disfiguring facial, in a girl of 3 years and a half. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):28-31.

Submission: 05.05.2017; **Acceptance:** 22.07.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.7

Xeroderma pigmentosum: Carcinome spinocellulaire infiltrant et délabrant du visage, chez une fillette de 3 ans et demi

Laouali Salissou¹, Moussa Doulla¹, Mahamadou Zaki Harouna², Illé Salha³, Nasser Timmi³, Amadou Dan Sono Abdou³, Hassan Moumouni⁴, Rachid Sani⁵, Hassane Nouhou²

¹Department of Dermatology, National Hospital Niamey, Niamey, Niger; ²Laboratory of pathological anatomy, Faculty of Health Sciences, Niamey, Niger; ³Department of ORL National Hospital of Niamey, Niamey, Niger; ⁴Laboratory of Cytology and Genetic, Faculty of Health Sciences, Niamey, Niger; ⁵Department of Surgery, National Hospital Niamey, Niamey, Niger

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

RÉSUMÉ

La plupart des complications graves observées au cours de l'évolution du Xeroderma pigmentosum (XP) sont de nature cancéreuse. Celles-ci concernent notamment la peau, mais également les yeux, la langue, le système nerveux, etc. Nous rapportons le cas d'une fillette âgée de 3 ans et demie ayant présenté un carcinome épidermoïde infiltrant et délabrant du visage avec la survenue rapide de décès.

Mots clés: Xeroderma pigmentosum; Carcinome épidermoïde infiltrant, Niger

INTRODUCTION

Le Xeroderma Pigmentosum (XP), est une maladie rare de transmission autosomique récessive, caractérisée par une sensibilité pathologique aux ultraviolets, liée à un déficit des systèmes enzymatiques de réparation de l'ADN. Son évolution est le plus souvent compliquée par l'apparition précoce de cancers cutanés et extra cutanés [1]. Nous rapportons un cas, caractérisé par la survenue très précoce de carcinome spinocellulaire infiltrant du visage, avec délabrement quasi-totale de la face et entraînant le décès rapide de la patiente à l'âge de trois ans et demi.

OBSERVATION

Il s'est agi d'une patiente âgée de 3 ans et demi, troisième d'une fratrie de 5 enfants et reçue en consultation dermatologique le 04 mai 2015. Il

n'y a une notion de consanguinité, les deux grands-pères étant des frères. Les premiers signes à type de photophobie et de xerodermie ont été rapportés à l'âge de 6 mois. A l'âge de 3 ans apparaissait une tumeur nodulaire de 2 cm à la partie moyenne du nez qui est devenue par la suite ulcérocroûteuse et impétiginisée (Fig. 1). L'examen systémique était normal sans trouble neurologique, sans taie ou hémorragie conjonctivale. Pendant ses 3 consultations à 5 jours d'intervalle, au service de Dermatologie, la patiente a bénéficié d'un bilan (Radiographie thoracique, Numération formule sanguine, VS, urée, créatininémie, CRP, l'ionogramme sanguin et les transaminases) qui était normal, des soins locaux et une antibiothérapie générale (Erythromycine). Par la suite elle était perdue de vue pendant 3 mois. C'était le 05 Août 2015 (3 mois plus tard) que nous avons appris son hospitalisation au service d'ORL de l'Hôpital National de Niamey. A l'examen ce jour, on décrivait une grande ulcération

How to cite this article: Salissou L, Doulla M, Harouna MZ, Salha I, Timmi N, Sono Abdou AD, Moumouni H, Sani R, Nouhou H. Xeroderma pigmentosum: Carcinome spinocellulaire infiltrant et délabrant du visage, chez une fillette de 3 ans et demi. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):28-31.

Submission: 05.05.2017; **Acceptance:** 22.07.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.7

allant de la lèvre supérieure aux yeux délabrant tout au passage avec obstruction des fosses nasales (Fig. 2). L'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie révélait un carcinome spinocellulaire infiltrant bien différencié (Fig. 3). Une chimiothérapie a été initiée associant la cisplatine et la 5 fluorouracile pour un total de 3 séances à 3 semaines d'intervalle. La progression de l'ulcération s'est accélérée malgré ce traitement (Fig. 4). L'état général s'est rapidement dégradé et la patiente décéda en Octobre 2015. On ne notait aucun cas familial.

DISCUSSION

Le diagnostic du XP est clinique et ne pose habituellement pas de problème devant les signes classiques inauguraux dont la photophobie et la xérodémie [2]. L'incidence de Xeroderma Pigmentosum est de 1 cas sur 250 000 habitants [3] et semble plus

importante au Japon et au Maghreb avec 1 cas pour 100 000 habitants [4]. Sa survenue, malgré rare sur peau noire est cependant caractérisée par l'apparition précoce et fréquente des tumeurs cancéreuses notamment le carcinome spinocellulaire [1,5,6]. Chez notre patiente l'examen anatomopathologique a révélé un carcinome spinocellulaire infiltrant bien différencié. Contrairement à certaines séries [1,5,7], l'atteinte oculaire a été faite par délabrement progressif par cancer, à partir du nez. Certains auteurs ont rapporté l'atteinte linguale [2,5] qui fait très souvent suite à l'atteinte cutanée. Notre patiente était indemne d'autres atteintes carcinomateuses telles que le mélanome [8], ou la leucémie lymphoblastique aiguë [9] en dehors de celle oculaire. Le xeroderma pigmentosum est décrit dans 7 groupes de complémentarité (XPA à XPG) et 1 groupe variant XPV [10,11]. Malgré l'impossibilité de réaliser un examen génétique, l'absence de déficit neurologique dans le groupe XPC [11,12] classe cette patiente dans ce dernier.



Figure 1: Lésion bourgeonnante parcourant tout le nez.

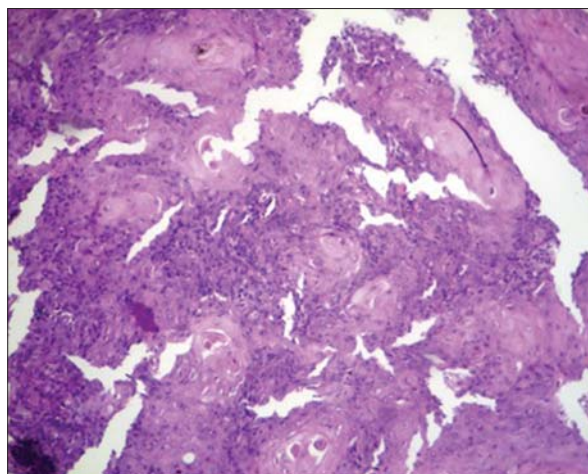


Figure 3: Carcinome spinocellulaire kératinisant.



Figure 2: Ulcération délabrante de la lèvre supérieure aux yeux, avec obstruction des fosses nasales.



Figure 4: Ulcération délabrant l'oeil droit, avec atteinte débutante de l'oeil gauche.

La prise en charge du XP est toujours très coûteuse dans les pays développés que dans ceux en voie de développement [13] comme le Niger, et se limite à la photoprotection, les soins locaux et l'antibiothérapie en cas de surinfection. Les soins plus spécialisés dont la chirurgie et la chimiothérapie sont effectués en concertation pluridisciplinaire [12]. Tout récemment la prise en charge par chimiothérapie est à ses premiers pas à l'HNN. Le traitement chez cette patiente a associé deux antimétabolites (5 fluorouracile et cisplatine). Cette prise en charge par ces antimétabolites a trouvé ses limites étant donné le caractère subintrant de la survenue des cancers chez le patient XP [14]. Certains traitements sont préventifs pour la survenue de cancers cutanés et consistent à l'utilisation de l'isotrétinoïne [15]. L'évolution se fait pratiquement toujours vers un décès précoce [9]. Le décès était survenu à l'âge de 3 ans et demi chez notre patiente, comme il est rapporté dans la littérature que les formes XPC sont résistantes à la chimiothérapie [16].

CONCLUSION

Malgré sa survenue rare chez le sujet de phénotype foncé, le pronostic de XP est sombre avec l'apparition précoce de cancers dont les plus fréquents sont d'origine cutanée. L'environnement très ensoleillé dans un pays comme le Niger, est un facteur très favorable dans la survenue précoce et l'évolution rapide de ces cancers. L'interdiction de mariage consanguin doit être imposée dès lors qu'il existe des antécédents familiaux de XP.

RÉFÉRENCES

- Kraemer KH, Lee MM, Scotto J. Xeroderma Pigmentosum: Cutaneous, ocular, and neurologic abnormalities in 830 published cases. *Arch Dermatol.* 1987;123:241-0.
- Salissou L, Moumouni H, Sani R, Nouhou H. Xeroderma pigmentosum: première observation au Niger. *Ann Univ Niaméy.* 2013;XV-A:1-8.
- Alain S, Georges R, Claudine B-B, Joelle B, Yves D. Le XP: caractéristiques cliniques, génétiques et cellulaires, développement d'un test anténatal. *Med/Scien.* 1988;4:608-17.
- Shetty S, Girish BS, Ballal R, Harish SP, Makannavar P, Alva V. Xeroderma pigmentosum with multiple cutaneous malignancies- A case report and review of literature. *NUJHS.* 2013;3:76-8.
- Pathy S, Naik KK, Bhasker S, Manghera PS, Malhotra H. Squamous Cell Carcinoma of Face With Xeroderma Pigmentosum: A Case Report. *Indian J Med and Pediatric Oncology.* 2005;26:47-9.
- Bouadjar B, Belkacem FA, Daya-Grosjean L, Larbaoui LS, Ferhat R, Cherid MC, et al. Xeroderma pigmentosum, Etude de 40 malades algériens. *Ann. Dermatol. Venerol.* 1996;123:305-6.
- Ahmed H, Hassan R Y, Pindiga U. Xeroderma in three consecutive siblings of a Nigerian family: Observations of oculocutaneous manifestations in black African children. *Br J Ophthalmol.* 2001;85:110-1.
- Fazaa B, Zghal M, Zeglouli F, Goucha S, Mokhtar I, Kharfi M, et al. Mélanome et Xeroderma pigmentosum: 12 cas. *Ann Dermatol Venerol.* 2001;128:503-6.
- Dieng MT, Niang SO, Dangou JM, Ndiaye B. Xeroderma pigmentosum: report of 6 cases in Dakar, Senegal. *Bull Cancer.* 2001;88:199-202.
- Pradhan E, Padhye SB, Malla OK, Karki KJD. Case of xeroderma pigmentosum with well differentiated squamous cell carcinoma in the eye. *Khatmandu Univers Med Journ.* 2003;1:278-84.
- Sethi M, Lehmann A.R, Fassih H. Xeroderma pigmentosum: A multidisciplinary approach. *Europ Med Journ.* 2013;54-63.
- Cleaver JE, Feeney L, Tang JY, Tuttle P. Xeroderma pigmentosum group C in an isolated region of Guatemala. *J Invest Dermatol.* 2007;127:493-6.
- Hari Kishan KY, Syeda J. Xeroderma Pigmentosum: A Bane in developing country – Brief report. *Our Dermatol Online.* 2014;4:395-7.
- Moussais M, Benchikhi H, Boukind EH, Sqalli S, Mouaki N, Kadiri F, et al. Tumeurs cutanées au cours de xeroderma pigmentosum au Maroc. *Ann Dermatol Venerol.* 2004;131:29-33.
- Kaemer KH, DiGiovanna JJ, Moshell AN, Tarone RE, Peck GL. Prevention of skin cancer in xeroderma pigmentosum with the use of oral isotretinoin. *N Engl J Med.* 1988;319:926-9.
- Jerbi M, Ben Rekaya M, Nouali C, Jones M, Tounsi H, Messaoud O, et al. Profils cliniques et génétiques de patients atteints de xeroderma pigmentosum forme C: à propos de 64 patients tunisiens. *Ann Dermatol Venerol.* 2015;JDP 2015, P202.

Copyright by Laouali Salissou, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Mixed form of grave scabies on voluntary cosmetic depigmentation land: About a case at the Parakou (Benin) University Hospital Center (UHC)

Christiane Koudoukpo¹, Félix Atadokpèdè², Laouali Salissou³, Hugues Adégbidi², Bénédicte Cavelier Balloy⁴, Fabrice Akpadjan², Nadège Agbéssi¹, Bérénice Dégboé², Florence Padonou³

¹Department of Dermatology and Venerology Unity, Faculty of Medicine of Parakou, University of Parakou, BP 123 Parakou, Benin, ²Department of Dermatology and Venerology Unity, Faculty of Health Sciences of Cotonou, University of Abomey Calavi, 01 BP 188 Cotonou, Benin, ³Department of Dermatology and Venerology Unity, Faculty of Health Sciences of the Abdou Moumouni University of Niamey, BP 10896 Niamey, Niger, ⁴Department of Anatomical Pathology Unity, Hôpital Saint Louis, 1, Avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris, France

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

ABSTRACT

Severe forms of scabies are rare. They are more contagious, posing a public health problem during an epidemic in institution. The magnitude of the depigmenting cosmetic practice, a true phenomenon of society today, is at the origin of the recrudescence of certain infectious diseases in their rare forms like severe scaby. We report the first case of mixed form of severe at Parakou University Hospital Center. The body treatment with an antiscabious medicine associated with the disinfection of bedding, led to a total recovering.

Key words: Severe scabies; Voluntary cosmetic depigmentation; Dermocorticoid; Benin

How to cite this article: Koudoukpo C, Atadokpèdè F, Salissou L, Adégbidi H, Balloy BC, Akpadjan F, Agbéssi N, Dégboé B, Padonou F. Mixed form of grave scabies on voluntary cosmetic depigmentation land: About a case at the Parakou (Benin) University Hospital Center (UHC). Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):32-35.

Submission: 05.05.2017; **Acceptance:** 21.04.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.8

Forme mixte de gale grave sur terrain de depigmentation cosmetique volontaire: A propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Parakou (Benin)

Christiane Koudoukpo¹, Félix Atadokpèdè², Laouali Salissou³, Hugues Adégbidi², Bénédicte Cavelier Balloy⁴, Fabrice Akpadjan², Nadège Agbéssi¹, Bérénice Dégboé², Florence Padonou³

¹Department of Dermatology and Venerology Unity, Faculty of Medicine of Parakou, University of Parakou, BP 123 Parakou, Benin, ²Department of Dermatology and Venerology Unity, Faculty of Health Sciences of Cotonou, University of Abomey Calavi, 01 BP 188 Cotonou, Benin, ³Department of Dermatology and Venerology Unity, Faculty of Health Sciences of the Abdou Moumouni University of Niamey, BP 10896 Niamey, Niger, ⁴Department of Anatomical Pathology Unity, Hôpital Saint Louis, 1, Avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris, France

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

RÉSUMÉ

Les formes graves de la gale sont rares. Elles sont plus contagieuses, posant un problème de santé publique lors d'épidémie en institution. L'ampleur de la pratique cosmétique dépigmentante, véritable phénomène de société de nos jours est à l'origine de la recrudescence de certaines pathologies infectieuses dont des formes rares de gale grave. Nous rapportons le premier cas de forme mixte de gale grave sur terrain de dépigmentation cosmétique volontaire chez une jeune femme de 21 ans au CHU de Parakou. Le traitement corporel par un antiscabieus associé à la désinfection de la literie, a conduit à une guérison totale.

Mots-clés: Gale grave; Dépigmentation cosmétique volontaire; Dermocorticoïde; Bénin

INTRODUCTION

Les formes graves de la gale sont rares. Elles sont plus contagieuses, posant un problème de santé publique lors d'épidémie en institution [1-3]. Il existe deux formes de gale grave: la gale hyperkératosique, anciennement dénommée gale norvégienne, se caractérisant par une hyperkératose pouvant s'étendre sur toute la surface corporelle, dont le visage et le cuir chevelu ou parfois, pouvant aussi être localisée avec un prurit discret voire absent; et la gale disséminée inflammatoire, qui est souvent la conséquence d'un diagnostic tardif, voire de traitements itératifs d'une gale commune avec des corticoïdes locaux [1-3]. Des cas de gale grave sur terrain dépigmentation cosmétique

volontaire ont été décrits [4-6]. Nous rapportons cette observation de forme mixte de gale grave sur un terrain de dépigmentation par usage de produits cosmétiques contenant un dermocorticoïde de classe une, dans le but de mettre l'accent sur ce premier cas rare.

OBSERVATION

Il s'est agit d'une femme de 21 ans, élève aide-soignante, aux antécédents d'usage de produits cosmétiques contenant le Clobétasol propionate depuis un an. Elle a consulté au CHU de Parakou en janvier 2017 pour des lésions papulo-croûteuses, prurigineuses évoluant depuis octobre 2016, ayant débuté aux fesses, avec une extension profuse. Aucune notion de contagion familiale n'a été relevée,

How to cite this article: Koudoukpo C, Atadokpèdè F, Salissou L, Adégbidi H, Balloy BC, Akpadjan F, Agbéssi N, Dégboé B, Padonou F. Forme mixte de gale grave sur terrain de depigmentation cosmetique volontaire: A propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Parakou (Benin). Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):32-35.

Submission: 05.05.2017; **Acceptance:** 21.07.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.8

mais elle a signalé une exacerbation nocturne du prurit. A l'examen clinique, les lésions étaient hyperkératosiques, hyperpigmentées et diffuses (Fig. 1). Les stries croûteuses de grattage siégeaient sur le tronc, les fesses et les membres (Fig. 2). Une dyschromie était localisée au dos des mains. L'examen histopathologique avait montré la présence d'un *Sarcoptes scabiei* variété *homonis* intracorné, entouré de polynucléaires neutrophiles avec un discret infiltrat inflammatoire dermique superficiel à prédominance lymphocytaire (Fig. 3). La sérologie rétrovirale était négative. Le diagnostic de forme mixte de gale grave sur terrain de dépigmentation cosmétique volontaire avait été posé devant l'existence des signes d'hyperkératose diffuse caractérisant la gale norvégienne et la profusion des lésions très prurigineuses. Un traitement corporel fait de Pyréthrianoïde associé à une désinfection de la literie et de la lingerie avec arrêt d'utilisation du produit cosmétique dépigmentant, avait abouti à une guérison totale (Figs. 4a et 4b) au bout de deux semaines.

DISCUSSION

Le cas clinique exposé présente une particularité morphologique de la gale liée à la pratique cosmétique dépigmentante. En effet si le phénomène de dépigmentation de la peau est bien connu, surtout en Afrique noire et en Amérique, la population reste peu sensible à ses complications qu'on ne cesse néanmoins de décrier [7]. La dépigmentation cosmétique volontaire constitue un problème de santé publique [8,9]. Elle consiste en un éclaircissement de la peau par l'utilisation de produits parmi lesquels les dermocorticoïdes d'activité très forte, l'hydroquinone, les produits mercuriels et les décapants comme la soude [10-12]. De l'avis de certains auteurs, la grande fréquence de la gale sur terrain de dépigmentation cosmétique volontaire pourrait s'expliquer par une utilisation prolongée de produits cosmétiques dépigmentants contenant



Figure 1: Lésions hyperkératosiques hyperpigmentées diffuses.



Figure 2: Lésions croûteuses et érosives de grattage.

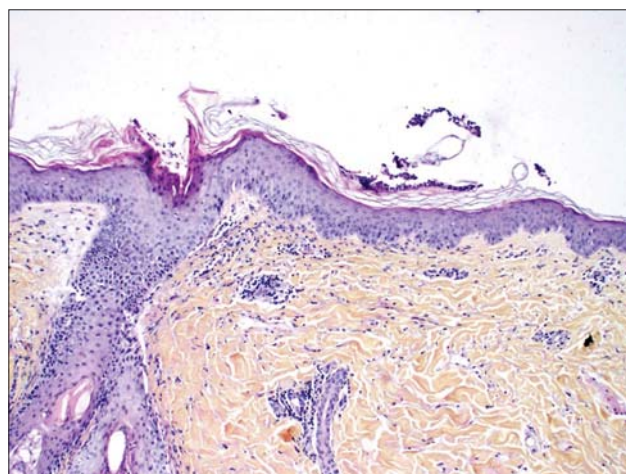


Figure 3: Image d'un *Sarcoptes scabiei* intracorné, entouré de polynucléaires neutrophiles. avec un discret infiltrat inflammatoire dermique superficiel surtout lymphocytaire.



Figure 4: (a et b) Vues antérieure et postérieure après guérison.

des dermocorticoïdes [4-6]. Il a été démontré que ces dermocorticoïdes détruisent la flore microbienne protectrice, exposant comme dans le cas décrit, les sujets à des complications cutanées infectieuses et à la profusion des lésions [13,14]. Cette destruction de la flore microbienne expose le sujet à développer des affections cutanées surtout infectieuses au simple contact avec l'agent pathogène [15]. Il s'ensuit que la source probable de contamination de notre patiente serait le simple contact avec les patients galeux pendant ses stages hospitaliers, vu l'absence de notion de contagement familial signalée. L'utilisation du Clobétasol propionate qui est un dermocorticoïde à niveau d'activité très puissante comme produit cosmétique par notre patiente entraîne une immunodépression cutanée expliquant la profusion des lésions. En raison de l'absence relativement fréquente du prurit chez le sujet âgé et l'immunodéprimé, terrains particuliers des formes graves de gale, la maladie passe longtemps inaperçue chez ces sujets. Les parasites et les lésions prolifèrent rapidement et la peau se recouvre de formations croûteuses, squameuses, parfois épaisses, blanc-jaune souffre [5,16,17]. Cette forme croûteuse ou hyperkératosique, jadis appelée "gale norvégienne" très contagieuse, observée sur ces terrains particuliers est responsable d'épidémies dans les centres de gériatrie et les services d'hospitalisation long séjour [18-20]. Chez notre patiente, il ne s'agissait pas de terrain particulier des formes graves de gale, mais l'hyperkératose serait favorisée par l'évolution chronique des lésions. Le prurit discret, voire absent dans cette forme hyperkératosique [18-20] est présent et très intense chez notre patiente. Ceci serait dû à la pratique cosmétique dépigmentante par le Clobétasol propionate, source de l'immunodépression cutanée et par conséquent la profusion des lésions. C'est ce qui explique la dénomination de forme mixte de gale grave, premier cas rapporté.

CONCLUSION

La forme mixte de gale grave est rare. Elle mérite d'être évoquée en cas de lésions hyperkératosiques diffuses associées à du prurit. C'est le premier cas rapporté en relation avec l'utilisation de cosmétiques contenant du Clobétasol propionate, dont l'évolution a été favorable par combinaison de traitement antiscabieux et l'arrêt du dermocorticoïde.

RÉFÉRENCES

1. Bouvresse S, Chosidow O. Ectoparasitose cutanée gale et pédiculose. *Rev Prat.* 2011;61:867-73.
2. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 2006;354:1718-27.
3. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet.* 2006;367:1767-74.
4. Nathan Rozen J. Cosmetic agents causing endocrinopathy in an African immigrant *Can Fam Physician.* 2012;58:169-71.
5. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Evaluation des risques liés à la dépigmentation volontaire. Rapport d'expertise Octobre 2011, 3.
6. Ly F. Complications dermatologiques de la dépigmentation artificielle en Afrique. *Ann Dermatol Venerol.* 2006;133:899-906.
7. Agbessi O, Selinger R, Khaled A, Nassih M, El Khatib K. Quand les complications de la dépigmentation conduisent à l'indication d'une lipectomie abdominale atypique. *Pan Afr Med Jr.* 2015;22:194.
8. Morand JJ, Ly F, Lightburn E, Mahé A. Complications de la dépigmentation cosmétique en Afrique. *Med Trop.* 2007;67:627-34.
9. Mahé A. Utilisation cosmétique de produits dépigmentants. *Im Dermatol.* 2010;1:25-9.
10. Groupe Thématique "peau noire" de la Société Française de Dermatologie. Liste de spécialités utilisées dans un but cosmétique et ayant été signalées comme contenant des substances éclaircissantes médicalement dangereuses. *Ann Dermatol Venerol.* 2011;138:443-6.
11. Levang J, Eygonnet F, Humbert P. La dépigmentation volontaire à Mayotte ou le "Pandalao". *Ann Dermatol Venerol.* 2009;136:681-6.
12. Alghamdi A. The use of topical bleaching agents among women: a cross-sectional study of knowledge, attitude and practices. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010;24:1214-9.
13. Lebrun-Vignes B, Chosidow O. Les dermocorticoïdes. *Ann Dermatol Venerol.* 2004;131:39-48.
14. Lebrun-Vignes B, Bourgault-Villard I, Chosidow O. Corticothérapie locale. *Encycl Méd Chir Thérap.* 2014;98-900-A-10, p9.
15. Beneton N, Saïag P. Corticostéroïdes topiques cutanés. *Rev Prat.* 1999;2251-6.
16. Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL). Gale ou scabiose. 8p.
17. Kebe M, Yahya S, Lo B, Ball M. Etude des complications de la dépigmentation artificielle à Nouakchott, Mauritanie, Mali *Médical.* 2015;30:38-42.
18. Bitar D, Castor C, Che D, Fischer A, Haeghebaert S, Thiolet J-M. La gale est-elle en augmentation en France? Etat des lieux à partir de diverses enquêtes régionales et nationales. 2008-2010. *Saint Maurice: InVS;* 2011: 23 p.
19. Bitar D, Thiolet JM, Haeghebaert S, Castor C, Pujol I, Coignard B, Che D. La gale en France entre 1999 et 2010: augmentation de l'incidence et implications en santé publique. *Ann Dermatol Venerol.* 2012;139:428-34.
20. Gehanno JF - Gestion des épidémies de gale dans les collectivités. *Concours Méd.* 2013;135:477-80.

Copyright by Christiane Koudoukpo, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared.

Cutaneous Larva migrans: 3 cases at the forehead

Laouali Salissou¹, Sareye Ousmane¹, Moussa Doulla¹, Souleymane Brah²,
Mamane Daou², Djibo Ali³, Eric Adehossi²

¹Department of Dermatology, National Hospital Niamey, Niamey, Niger, ²Internal Medicine, National Hospital Niamey, Niamey, Niger Service, ³Department of Infectious Diseases, National Hospital Niamey, Niamey, Niger

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

ABSTRACT

Cutaneous Larva migrans, known as creeping dermatitis, is a parasitic disease caused by an hookworm larvae in a dead end in moist soil. It is a very common condition in tropical countries, especially among children playing in sand and among travelers. The body contact with soil contaminated with larvae in certain religious practices may expose individuals to contamination. We report three cases of CML at the forehead in three Muslim religious practitioners. Contamination was made by contact with dirty soil in unfenced mosques during overwintering. The presence of stray cats was confirmed by the 3 patients. Treatment with albendazole resulted in complete healing.

Key words: Cutaneous larva migrans; Forehead localisation; Albendazole; Niger

How to cite this article: Salissou L, Ousmane S, Doulla M, Brah S, Daou M, Ali D, Adehossi E. Cutaneous Larva migrans: 3 cases at the forehead. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):36-39.

Submission: 28.06.2017; **Acceptance:** 21.07.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.9

Larva migrans cutanée: 3 cas de localisation au front

Laouali Salissou¹, Sareye Ousmane¹, Moussa Doulla¹, Souleymane Brah², Mamane Daou², Djibo Ali³, Eric Akehossi²

¹Department of Dermatology, National Hospital Niamey, Niamey, Niger, ²Internal Medicine, National Hospital Niamey, Niamey, Niger Service, ³Department of Infectious Diseases, National Hospital Niamey, Niamey, Niger

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

RÉSUMÉ

La Larva Migrans Cutanée (LMC) connue sous le nom de larbisch ou creeping disease est une maladie parasitaire due à une larve d'ankylostome en impasse dans le sol humide. C'est une affection très fréquente dans les pays tropicaux notamment chez les enfants jouant dans le sable et chez les voyageurs. Le contact du corps avec le sol souillé de larves dans certaines pratiques religieuses, peut exposer les individus à la contamination. Nous rapportons 3 cas de LMC à localisation au front chez 3 pratiquants de religion musulmane. La contamination a été faite par contact avec le sol souillé par les excréments d'animaux dans des mosquées non clôturées pendant l'hivernage. La présence de chats errants a été confirmée par les 3 patients. Le traitement par l'albendazole a entraîné la guérison totale.

Mots clés: Larva migrans cutanée; Localisation frontale; Albendazole; Niger

INTRODUCTION

La larva Migrans Cutanée (LMC) est une parasitose cosmopolite, aussi bien rapportée dans les zones tropicales que dans les zones tempérées [1-3]. Elle est décrite la première fois en 1874 par Lee RJ [4], comme une affection cutanée bénigne, occasionnée par la migration accidentelle d'une larve de nématode d'animaux dans la partie superficielle de la peau. Dans les pays tropicaux et subtropicaux les larves les plus incriminées sont: *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma brasiliense* et *Uncinaria stenocephala* [5]. La présence d'animaux domestiques dans l'environnement, notamment le chien et le chat est un facteur aidant au diagnostic.

Nous rapportons 3 cas de LMC, observés pendant la saison hivernale, de localisation rare au niveau de front, survenus après le contact avec le sol humide lors de la prière. Le traitement par l'albendazole par voie orale a entraîné la guérison dans tous les cas, sans effets secondaires.

OBSERVATION

Il s'agissait de trois hommes dont l'âge variait de 30 à 60 ans et tous pratiquants de religion musulmane que nous avons reçus en consultation au service de Dermatologie de l'Hôpital National de Niamey au Niger. La durée de la maladie avant la consultation variait de 3 à 6 semaines. L'interrogatoire révélait surtout la présence dans l'environnement des patients, de chats errants dans leurs mosquées non clôturées. Un traitement ne précisant pas les médicaments utilisés a été effectué localement et par voie générale, par chacun et sans résultat. Le prurit avec des lésions excoriées ou non ont été le motif de la consultation. A l'examen on notait des lésions excoriées (Figs. 1 et 3a et 3b) chez les 3 patients, ou des sillons serpiginieux typiques dans 2 cas (Figs. 1 et 2). Ces lésions plus ou moins nombreuses étaient localisées au front, exactement au lieu de contact avec le sol lors de la prière chez le musulman. Les trois patients ont effectué pendant 3 jours consécutifs la prise d'albendazole, à raison 400 mg/jour par voie orale. Des soins locaux par

How to cite this article: Salissou L, Ousmane S, Doulla M, Brah S, Daou M, Ali D, Akehossi E. Larva migrans cutanée: 3 cas de localisation au front. Our Dermatol Online. 2017;8(Suppl. 1):36-29.

Submission: 28.06.2017; **Acceptance:** 21.07.2017

DOI: 10.7241/ourd.2017s.9

attouchement des lésions avec la povidone iodée ont été effectués. La guérison a été obtenue après les trois prises d'albendazole sans effets secondaires avec un suivi de 8 semaines (Figs. 4a et 4b).

DISCUSSION

La LMC est rapportée dans les pays tropicaux et également dans les pays tempérés [1-3]. La tranche d'âge de 1 à 5 ans est la plus atteinte [6]; cependant les adultes semblent plus atteints lors de voyage du fait de la présence des chats rôdant sur les plages et les hôtels [7-9], et de l'humidité facteur déterminant à la survie des larves. Le contact du front avec le sol mouillé pendant la période hivernale, était déterminant. Tous les trois cas étaient survenus pendant la période hivernale au Niger: Le premier cas en octobre 2010, le deuxième en Août 2013 et le troisième en Août 2016. Chez nos patients comme c'est le cas habituel, le

prurit était le principal motif de consultation [3,9,10]. La lésion serpiginieuse était objectivement présente dans 2 cas, mais est toujours la plus observée dans les consultations [3,7,8,10]. La localisation des lésions se fait surtout sur les zones le plus en contact avec le sol souillé et humide et concerne les membres pelviens [7,11,12]; cette localisation concerne également d'autres régions inhabituelles [13,14]. La particularité de nos cas, est aussi leur localisation au front, favorisée par le contact avec le sol souillé et humide lors de la prière chez les trois patients pratiquants musulmans.

De nombreuses molécules utilisées seules ou en association ont variablement prouvé leur efficacité dont les principales sont: l'albendazole, le thiabendazole, le mébendazole, le fluvermal, et/ou l'ivermectine [15-18]. Dans nos trois cas, la prise d'albendazole en 3 jours consécutifs, a entraîné la guérison sans effets secondaires avec un suivi de 8 semaines.

CONCLUSION

La larva migrans est classiquement favorisée par l'humidité et les animaux hôtes domestiques principalement le chat et le chien. La localisation au front est rare et peut être favorisée par la pratique de certaine religion. Le traitement à base d'albendazole est toujours efficace.



Figure 1: Lésions avec excoriation.



Figure 2: Multiples lésions serpiginieuses.



Figure 3: (a) Lésion excoriée avant traitement. (b) Lésions excoriées avant traitement.



Figure 4: (a et b) Disparition des lésions après traitement.

REFERENCES

1. Tamminga N, Bierman Wouter FW, De Vries PJ. Cutaneous Larva Migrans acquired in Brittany France. *Emerg infect Dis*. 2009;15:1856-7.
2. Antonio K, Ralf B, Peter H. Hoeger. Cutaneous larva Migrans in northern Germany. *Eur J Pediatr*. 2007;166:1183-5.
3. Camara A, Camara AD, Baldé H, Soumah MM, Keita M, Doumbouya A, et al. Larva migrans cutanée: aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique. *Ann Dermatol Vénérol*. 2011;138s:296.
4. Lee RJ. Case of creeping eruption. *Trans clin Soc London*. 1874;8:44-5.
5. Romain B, Christian C, Tristan F. Imported cutaneous larva migrans by a 31- year-old French woman after a travel in Gabon. *BMJ Case Rep*. 2016;12;2016. pii: bcr2016216578.
6. Salissou L, Adehossi E, Brah S, Gado M, Maguia T, Kanga J.M. Larva Migrans Cutanée: Aspect épidémiologique, Clinique, et thérapeutique à propos de 73 cas au Centre National Dermatologique de Niamey (Niger). *Ann Univers ABDOU M, Tome XIII-A, PP72-76*, 2012.
7. Jelineck T, Maïwald H, Northdurft HD, Löscher T. Cutaneous Larva Migrans in travelers: synopsis of histories, symptoms and treatments of 98 patients. *Clin Infect Dis*. 1994;19:1062-6.
8. Caumes E, Carrière J, Guermonprez G, Bricaire F, Danis M, Gentilini M. Dermatitis Associated with Travel to Tropical Countries: A prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease Unit. *Clin Infect Dis*. 1995;20:542-8.
9. Bouchaud O, Houzé S, Schiemann R, Durand R, Ralaimazaba P, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: A prospective study, with assesment of therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis*. 2000;31:493-98.
10. Davies HD, Sakuls P, Keystone JS. Creeping Eruption. A review of clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease Unit. *Arch Dermatol*. 1993;129:588-91.
11. Prudhomme L, Loche F, Massip P, Marchou B. Larva migrans cutanée: Echec de l'ivermectine en dose unique. *Méd Mal Infect*. 2002;32:115-18.
12. Torres J, Orihuela A, Garcia D, Abdul-Hadi S. Treatment of cutaneous larva migrans with Albendazole. Preliminary Report. *Rev Inst Med trop Sao Paulo*. 1989;31:56-8.
13. Meotti PCD, Plates G, Nogueira LLC, Silva RA, Paolini KS, Nunes EM, et al., Cutaneous larva migrans on the scalp: unusual presentation in a typical clinical presentation. *An Bras Dermatol*. 2014;89:332-3.
14. Sugathan P, Bhagyanathan M. Cutaneous Larva Migrans: Presentation at an Unusual Site. *Indian J Dermatol*. 2016;61:574-5.
15. Tremblay A, Maclean JD, Gyorkos T, MacPherson DW. Outbreak of cutaneous larvamigrans in a group of travellers. *Trop Med Int Health*. 2000;5:330-34.
16. Padmavthy L, Rao LL. Cutaneous larva migrans: A case report. *Indian J Med Microbiol*. 2005;23:135-6.
17. Chiriac A, Birsan C, Chiriac AE, Murgu A, Solovan C. Cutaneous larva migrans: report of three cases with response to Albendazole. *Our Dermatol Online*. 2012;3:126-7.
18. Paul IS, Singh B. Cutaneous larva migrans in children: A case series from southern India. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2017;18:36-8.

Copyright by Laouali Salissou, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Rosai-Dorfman disease with tumoral skin lesions

Moussa Diallo¹, Maïmouna Touré², Boubacar Ahy Diatta¹, Assane Diop¹, Maodo Ndiaye¹, Mame Téné Diop¹, Birame Seck¹, Suzanne Niang¹

¹Department of Dermatology, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal, ²Department of Internal Medicine, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal

Corresponding author: Prof. Moussa Diallo, E-mail: moussante@hotmail.com

ABSTRACT

Rosai-Dorfman disease manifests on the skin commonly as papules, nodules or rarely as infiltrated plaques. Authors report the case of a 27 year-old-man, presenting diffuse, budding and pediculated tumoral skin lesions associated with superficial and deep lymphadenopathies and fever. The histopathological examination showed characteristic features of emperipolesis. The Rosai-Dorfman disease is remarkable in our case by its tumoral and profus presentation, as well as its pseudo-xanthomatous aspect.

Key words: Rosai-Dorfman disease; Emperipolesis; Lymphadenopathies

How to cite this article: Diallo M, Touré M, Diatta BA, Diop A, Ndiaye M, Diop MT, Seck B, Niang S. Rosai-Dorfman disease with tumoral skin lesions. Our Dermatol Online. 2017;8(suppl. 1):40-43.

Submission: 11.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI:10.7241/ourd.2017s.10

Maladie de Rosai-Dorfman a presentation cutanee tumorale

Moussa Diallo¹, Maïmouna Touré², Boubacar Ahy Diatta¹, Assane Diop¹, Maodo Ndiaye¹, Mame Téné Diop¹, Birame Seck¹, Suzanne Niang¹

¹Department of Dermatology, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal, ²Department of Internal Medecine, Aristide Ledantec University Hospital of Dakar, Senegal

Corresponding author: Prof. Moussa Diallo, E-mail: moussante@hotmail.com

RÉSUMÉ

Les lésions cutanées de la maladie de Rosai-Dorfman sont le plus souvent à type de papules, nodules ou plus rarement de plaques infiltrées. Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 27 ans, présentant des lésions tumorales cutanées bourgeonnantes, pédiculées, diffuses, associées à des polyadénopathies superficielles et profondes fébriles, avec des images caractéristiques d'empéripolèse à l'histologie. La maladie de Rosai-Dorfman est remarquable dans notre observation par sa présentation cutanée tumorale et profuse, ainsi que l'aspect pseudo-xanthomateux.

Mots clés: Maladie de Rosai-Dorfman; Empéripolèse; Lymphadénopathies

INTRODUCTION

La maladie de Rosai-Dorfman (MRD) ou histiocytose sinusale avec lymphadénopathie est une histiocytose non langerhansienne rare, acquise, d'étiologie encore inconnue [1]. Elle est habituellement caractérisée par des polyadénopathies diffuses, surtout cervicales associées à une fièvre [2]. Les localisations extra-ganglionnaires sont possible et la peau est l'organe le plus souvent atteint. Les lésions cutanées sont le plus souvent à type de papules, nodules ou plus rarement de plaques infiltrées [3]. Nous rapportons l'observation d'une localisation cutanée d'une MRD particulière par le caractère tumoral et profus des lésions.

OBSERVATIONS

Un homme âgé de 27 ans, originaire de la Guinée Conakry, sans antécédent notable, a été admis pour des lésions papulo-nodulaires et tumorales cutanées diffuses, associées à des polyadénopathies cervicales et une fièvre.

Le début de sa maladie remonte à 4 ans, marqué d'abord par une fièvre à prédominance vespère-nocturne associée à des frissons sans sueur, suivies 2 mois plus tard de l'apparition de lésions papulo-nodulaires, asymptomatiques, augmentant progressivement en taille et en nombre. Parallèlement, il a présenté des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales.

Ce tableau clinique, associé à une intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) positive, avait motivé un traitement antituberculeux à Conakry mais sans succès. L'examen histopathologique ganglionnaire effectué toujours en Guinée avait suggéré un possible lymphome, motivant une chimiothérapie à base de CHOP (cyclophosphamide, hydroxyadriamycine, oncovin, prednisone) pendant 4 mois avec une amélioration transitoire, suivie d'une augmentation de volume des lésions.

A l'admission, l'examen clinique mettait en évidence 4 masses tumorales de 4 à 6 cm de diamètre, bourgeonnantes, pédiculées au niveau des régions sous

How to cite this article: Diallo M, Touré M, Diatta BA, Diop A, Ndiaye M, Diop MT, Seck B, Niang S. Maladie de Rosai-Dorfman a presentation cutanee tumorale. *Our Dermatol Online*. 2017;8(suppl. 1):40-43.

Submission: 11.09.2017; **Acceptance:** 28.10.2017

DOI:10.7241/ourd.2017s.10

maxillaire gauche et parotidienne droite (Figs. 1a). En plus, il existait des lésions papulo-nodulaires jaunâtres, télangiectasiques, de taille variable de 0,5 à 2cm, de consistance molle, disséminées sur le visage, le tronc, le dos, les zones pilaires (cuir chevelure, narines et pubis). L'examen mettait aussi en évidence des polymacroadénopathies fixées, indolores, fermes, au niveau des aires cervicales, axillaires et inguinales (Figs. 1b). Le reste de l'examen clinique en particulier ophtalmologique, neurologique et ORL était normal.

Les examens biologiques montraient une anémie hypochrome microcytaire inflammatoire à 8,3 g/dl, une thrombocytose à 474.000/mm³ et un syndrome inflammatoire non spécifique (CRP à 48 mg/l, hyper α_2 globulinémie à 9,77g/L) Il existait une gammopathie polyclonale à 34,97g/l à l'électrophorèse des protéines sériques.

L'échographie abdominale objectivait des polyadénopathies de siège hilair hépatique, splénique et lombo-aortique. Une cyto-ponction ganglionnaire montrait de nombreux macrophages, des polynucléaires neutrophiles, des lymphocytes et des plasmocytes.

L'examen histopathologique d'un nodule cutané montrait un dense infiltrat dermique, composé de grands histiocytes à cytoplasme large et clair, disposés en nappe, montrant des images d'empériplèse et associés à de rares cellules géantes de Touton, des plasmocytes, des lymphocytes et quelques neutrophiles (Fig. 2). Les colorations par le Ziehl et le PAS étaient négatives.

Le patient était mis sous Prédnisone à raison de 1,5 mg/kg avec une fonte spectaculaire des adénopathies et une régression des lésions cutanées au bout de 3 semaines. Le patient est suivi, sans récurrence encore depuis 2 mois.



Figure 1: Lésions tumorales bourgeonnantes, pédiculées, jaunâtres, associées à des polyadénopathies cervicales et sus claviculaires.

DISCUSSION

La maladie de Rosai-Dorfman est une histiocytose non langerhansienne, inflammatoire, rare [4-6]. Elle est observée préférentiellement chez l'adulte jeune d'âge moyen de 20,6 ans avec une légère prédominance masculine (3 hommes pour 2 femmes) [5]. La prédominance chez les noirs africains évoquée par certains auteurs reste cependant contestée [7]. Toutefois, la rareté des cas rapportés en Afrique noire pourrait aussi être en rapport avec une méconnaissance de cette affection rare par les praticiens dans cette région. A ce jour, les plus grandes séries concernent surtout des patients occidentaux ou d'origine asiatique [6]. Dans sa forme classique, la MRD se manifeste typiquement par un tableau de polyadénopathies non inflammatoires fébriles [1,2]. Dans 43% des cas, une localisation extra-ganglionnaire cutanée, ORL, osseuses, orbitaires ou neurologique peut être observée [7,8]. L'atteinte cutanée, observée dans 16% des cas, est la plus fréquente des localisations extra-ganglionnaires [7]. Elle peut parfois être révélatrice et plus rarement être isolée. La présentation clinique cutanée est polymorphe et peu spécifique, rendant souvent le diagnostic difficile. Typiquement, il s'agit de papules et de nodules de quelques millimètres ou centimètres, en nombre variable ou rarement de plaques infiltrées, siégeant préférentiellement dans la région cervico-céphalique et la partie haute du tronc [3,5-7]. Des lésions pustuleuses acnéiformes ont aussi été rarement rapportées [9]. Dans notre observation, la présentation de la MRD était remarquable par le caractère tumoral et profus des lésions cutanées, ainsi que leur couleur franchement jaunâtre, pseudo-xanthomateuse. Cette présentation particulière avait certainement aussi contribué au retard diagnostique fréquent au cours de cette affection rare

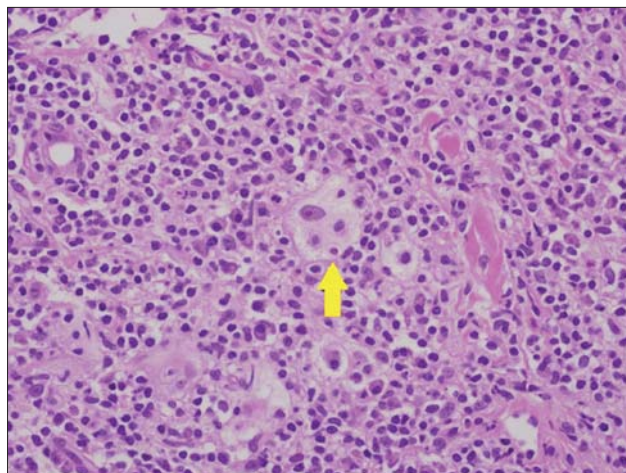


Figure 2: Infiltrat d'histiocytes à cytoplasme clair, montrant des images d'empériplèse et associés à des lymphocytes et plasmocytes.

et peu connue des praticiens. Des délais diagnostiques de 19 ans ont d'ailleurs été rapporté même dans les pays développés [10]. En effet, le diagnostic est généralement porté tardivement, souvent après plusieurs biopsies ou relecture des lames histologiques. L'orientation diagnostique par les cliniciens permet la recherche des signes histologiques caractéristiques d'empéripolèse et l'expression par la PS100. Les images d'empéripolèse sont d'ailleurs moins évidentes au niveau cutané [10]. La présentation tumorale chez notre malade avait également fait évoqué le diagnostic erroné de lymphome cutané qui constituait effectivement un diagnostic différentiel cliniquement. L'évolution de la MRD, en général bénigne, peut cependant être exceptionnellement fatale en cas de localisation compressive d'organes vitaux [11]. Le traitement de cette affection rare et polymorphe est mal codifié. On a proposé une abstention en l'absence de gêne fonctionnelle et un traitement systémique (chimiothérapie, corticothérapie, chirurgie, radiothérapie) en cas d'atteinte viscérale symptomatique avec des résultats variables [12,13]. La résistance au protocole CHOP chez notre malade a été déjà rapportée [14].

CONCLUSION

Nous avons rapporté l'observation d'une maladie de Rosai-Dorfman remarquable par sa présentation cutanée tumorale et profuse, ainsi que la couleur franchement jaunâtre, pseudo-xanthomateuse et par sa résistante au protocole CHOP.

RÉFÉRENCES

1. Foucar E, Rosai J, Dorfman R. Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy (Rosai Dorfman disease): review of the entity. *Sem Diag Pathol.* 1990;7:19-73.
2. Rosai J, Dorfman RF. Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy. A newly recognized benign clinicopathological entity. *Arch Pathol,* 1969;87:63-70.
3. Vanhaecke C, Vignon-Pennamen MD. Maladie de Rosai-Dorfman. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2012;139 761-4.
4. Cortet P, Chalopin JM, Besancenot JF, Knopf JF, Michiels R, Lorenzini JL, et al. Maladie de Rosai: forme grave chez un adulte avec présence d'un anticorps antifacteur VIII. *Ann Med Int.* 1980;131:357-60.
5. Brenn T, Calonje E, Granter SR, Leonard N, Grayson W, Fletcher CD, et al. Cutaneous Rosai-Dorfman disease is a distinct clinical entity. *Am J Dermatopathol.* 2002;24:385-91.
6. Lu CI, Kuo TT, Wong W, Hong HS. Clinical and histopathologic spectrum of cutaneous Rosai-Dorfman disease in Taiwan. *J Am Acad Dermatol,* 2004;51:931-9.
7. Galicier L, Fieschi C, Meignin E, Clauvel JP, Oksenhendler E. Histiocytose sinusale de Rosai-Dorfman. *Presse Med.* 2007;36:1669-75.
8. Ngo H, Blanche S, Perrin A, Manach Y. Localisations O.R.L de la maladie de Rosai-Dorfman: a propos de 4 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1987;104:551-6.
9. Ang P, Tan SH, Ong BH. Cutaneous Rosai-Dorfman disease presenting as pustular and acneiform lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:335-7.
10. LaplaudF AL, Leroy D, Comoz F, Morice A, Paciencia M, Allabert C, et al. Maladie de Rosai-Dorfman cutanée pure évoluant depuis 19 ans. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2007;134:843-6.
11. Laboudi A, Haouazine N, Benabdallah L, Arzouk N, Cherradi N, Rhou H, et al. Maladie de Rosai-Dorfman révélée par une insuffisance rénale: à propos d'un cas. *Nephrol.* 2001;22:53-6.
12. Pulsoni A, Anghel G, Falcucci P, Matera R, Pescarmona E, Ribersani M, et al. Treatment of sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy (Rosai-Dorfman disease): report of a case and literature review. *Am J Hematol.* 2002;69:67-71.
13. Natkunam Y. In: Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy (Rosai-Dorfman disease): An update. *ASH Education Program,* 2004. p. 287-291.
14. Belembaogo E, Sanou S, Girinski JR, Nguemby Mbina C. Maladie de Rosai Dorfman. *Médecine d'Afrique Noire.* 1999;46:123-4.

Copyright by Moussa Diallo, et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.



O u r D e r m a t o l o g y O n l i n e

w w w . o d e r m a t o l . c o m

Suppl. 1 .2017 (23.November.2017)