

## LISTE DES ABBREVIATIONS

<b>ACCC</b>	: Alopecie cicatricielle centrale centrifuge
<b>CHU</b>	: Centre hospitalo-universitaire
<b>DA</b>	: Dermatite atopique
<b>HALD</b>	: Hôpital Aristide Le Dantec
<b>EBA</b>	: Epidermolyse bulleuse acquise
<b>EBH</b>	: Epidermolyse bulleuse héréditaire
<b>EPF</b>	: Erythème pigmenté fixe
<b>FDQ</b>	: Folliculite decalvante de Quinquaud
<b>KPP</b>	: Kératodermie palmo-plantaires
<b>HAL</b>	: Hyperplasie angio-lymphoïde
<b>ISAAC</b>	: International Study of Asthma and Allergies in Childhood
<b>LES</b>	: Lupus érythémateux systémique
<b>MK</b>	: Maladie de Kaposi
<b>NEVIL</b>	: Naevus Epidermique Verruqueux Inflammatoire et Linéaire
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PB</b>	: Pemphigoïde Bulleuse
<b>PEAG</b>	: Pustulose exanthématique aiguë généralisée
<b>PEC</b>	: Prise en charge
<b>PRG</b>	: Pityriasis Rosé de Gibert
<b>PV</b>	: Pityriasis versicolor
<b>PVD</b>	: Pays en voie de développement
<b>NF1</b>	: Neurofibromatose de type 1
<b>STB</b>	: Sclérose Tubéreuse de Bourneville
<b>XP</b>	: Xeroderma pigmentosum

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1 :</b> Répartition des Patients selon l'âge .....	10
<b>Figure 2 :</b> Répartition des patients selon leur profession.....	11
<b>Figure 3 :</b> Teigne du cuir chevelu HALD .....	16
<b>Figure 4 :</b> Mycétome HALD .....	16
<b>Figure 5 :</b> Erysipèle Bulleux HALD .....	17
<b>Figure 6 :</b> Maladie chéloïdienne HALD.....	20
<b>Figure 7 :</b> NEVIL HALD .....	20
<b>Figure 8 :</b> Carcinome épidermoïde HALD.....	21
<b>Figure 9 :</b> Lupus Discoïde HALD .....	22
<b>Figure 10 :</b> Lupus Aigu HALD .....	23
<b>Figure 11 :</b> Lupus Discoïde HALD .....	23
<b>Figure 12 :</b> P.B HALD.....	24
<b>Figure 13 :</b> Trichotillomanie HALD .....	25
<b>Figure 14 :</b> FDQ HALD .....	26
<b>Figure 15 :</b> Syndrome de Lyell HALD.....	27
<b>Figure 16 :</b> Syndrome de Klippel Trenaunay .....	29
<b>Figure 17 :</b> Syndrome Solomon HALD .....	30
<b>Figure 18 :</b> STB .....	30
<b>Figure 19 :</b> Granulome Glutéale HALD.....	32

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I:</b> Répartition des patients selon la provenance géographique .....	10
<b>Tableau II:</b> Répartition des patients selon la référence .....	11
<b>Tableau III :</b> Répartition des cas en fonction des différents groupes nosologiques .....	12
<b>Tableau IV :</b> Dix dermatoses les plus fréquentes: .....	13
<b>Tableau V :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses inflammatoires .....	14
<b>Tableau VI :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses infectieuses .....	15
<b>Tableau VII :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses mycosiques .....	15
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses bactériennes ...	17
<b>Tableau IX :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses virales.....	18
<b>Tableau X :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses parasitaires .....	18
<b>Tableau XI :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses tumorales.....	19
<b>Tableau XII :</b> Répartition des cas en fonction des maladies de système.....	22
<b>Tableau XIII :</b> Répartition des cas en fonction des dermatoses bulleuses .....	24
<b>Tableau XIV :</b> Répartition des cas d'alopecies.....	25
<b>Tableau XV :</b> Répartition des cas en fonction des toxidermies .....	27
<b>Tableau XVI :</b> Répartition des cas en fonction des genodermatoses .....	28
<b>Tableau XVII :</b> Répartition en fonction des autres dermatoses.....	31

# TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>II. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE</b> .....	4
1. Type d'étude et population d'étude.....	5
2. Période d'étude.....	5
3. Cadre d'étude .....	5
4. Critères de sélection:.....	5
5. Taille de l'échantillonnage: .....	6
6. Procédures de recrutement et collecte des données.....	6
7. Saisie et analyse des données .....	6
8. Aspects éthiques .....	7
<b>III. RESULTATS</b> .....	8
1. Caractéristiques socio-démographiques .....	9
2. Pathologies ayant motivé la consultation selon le groupe nosologique .....	12
3. Taux de mortalité chez les malades hospitalisés .....	32
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	33
1. La Fréquence: .....	34
2. Caractéristiques sociodémographiques .....	34
3. Fréquence des différentes pathologies .....	35
4. Taux de mortalité .....	40
<b>V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	41
<b>VI. REFERENCES</b> .....	44
<b>VII. ANNEXES</b> .....	52

# **I. INTRODUCTION**

Dans les pays en développement, les affections dermatologiques représentent un problème de santé important. Chez les enfants par exemple, la prévalence des affections dermatologiques est estimée entre 34 à 80 % [1,2].

Dans les centres de santé, on estime que 30% des malades consultent en raison d'un problème dermatologique [1]. Ces faits contrastent avec le manque de dermatologues, dont la plupart d'ailleurs exercent exclusivement dans les grandes capitales. L'ampleur des problèmes dermatologiques est généralement méconnue par les autorités sanitaires de nos pays qui souvent n'accordent que très peu de priorité à ces affections. Ceci a largement contribué à considérer les maladies dermatologiques comme un problème de santé négligé. A cela, il faut aussi ajouter le fait que les dermatoses courantes généralement recensées dans nos formations sanitaires sont en réalité bénignes et entraînent rarement le décès du sujet.

En Afrique, les premières données épidémiologiques sur les dermatoses ont été publiées vers la fin des années cinquante [1]. Depuis, plusieurs travaux ont été rapportés mais avec des données relativement hétérogènes. Ceci serait probablement lié aux différences des populations cibles étudiées (enfant, adultes), des lieux ainsi que des périodes d'étude. Il est ainsi remarquable de constater que malgré ces différences méthodologiques, les résultats obtenus sont globalement identiques. Ils concernent surtout l'Afrique subsaharienne notamment le Mali [1], le Ghana [3], la Tanzanie [4] le Kenya [5] et le Nigéria [6].

L'étude de quelques données cliniques provenant du Kenya [7], du Mali [8], du Cameroun [9], et de la Centrafrique [10], montrent que l'écrasante majorité des dermatoses rencontrées en milieu tropical sont dominées par des dermatoses communes comme la gale, les pyodermes, les mycoses et l'eczéma.

Au Sénégal, depuis la création de la Chaire de Dermatologie en 1958, de nombreux travaux ont été publiés sur les affections dermatologiques tropicales et cosmopolites. Jusqu'ici, nous ne disposons pas encore de données sur la

prévalence des différentes affections dermatologiques dans notre région. Une bonne connaissance de l'épidémiologie des maladies de peau nous aiderait à proposer une offre de soins adaptée aux besoins réels des populations et à mieux conseiller les décideurs de la santé. Il nous a alors paru intéressant de mener une enquête transversale sur les demandes de soins exprimées dans le service de référence dermatologique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

**Objectif général:**

**L'objectif général de ce travail était :**

- Etudier la prévalence des différentes affections dermatologiques rencontrées dans le service de dermatologie du CHU HALD de Dakar.

**Les objectifs spécifiques étaient:**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients consultant dans ce service,
- Déterminer selon le groupe nosologique les pathologies motivant la consultation,
- Evaluer la mortalité chez les malades hospitalisés ainsi que les causes de décès.

## **II. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE**



### **1. Type d'étude et population d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui a porté sur tous les malades reçus en consultation dermatologique externe et hospitalisés durant la période d'étude.

### **2. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> avril au 30 Septembre de l'année 2017, soit une période de six mois.

### **3. Cadre d'étude**

Le service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (HALD) nous a servi de cadre pour la réalisation de ce travail. Il constitue le plus grand centre de référence en dermatologie pour tout le pays. Dans ce service, on y compte 20 lits d'hospitalisation, 9 dermatologues dont 2 Professeurs titulaires, 1 Maître de conférence agrégé, 1 Maître-assistant, 2 assistants, une dermatologue 3 internes, et 54 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées en dermatologie). Tous les ans, environ 7000 malades reçoivent des soins dermatologiques parmi lesquels 250 sont hospitalisés. Le service a pour mission : les soins, la formation et la recherche dans le domaine de la Dermatologie.

### **4. Critères de sélection:**

#### **- Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans l'étude, tous les malades consultant de façon consécutive pour la première fois dans le service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec quel que soit l'âge, le sexe, la provenance et qui acceptaient de participer à l'enquête. Tous les diagnostics étaient validés par un dermatologue ou un DES de 4<sup>ème</sup> année à partir des données cliniques.

### **- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus :

- tous les anciens malades venant en rendez-vous
- les malades refusant de participer à l'enquête ou ne pouvant répondre aux questions pour diverses raisons.
- les malades consultant pour un motif non dermatologique.

### **5. Taille de l'échantillonnage:**

Parmi tous les malades consultant quotidiennement dans le service, nous avons inclus uniquement ceux ayant été vus dans une des salles de consultation. Ce qui correspond grossièrement à un tiers des malades vus dans le service.

### **6. Procédures de recrutement et collecte des données**

Le malade était interrogé suivant un questionnaire pré établi. Ce questionnaire comportait outre les variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu de résidence, la profession, le référent médecin ou service, l'existence d'une prise en charge), les variables cliniques (durée d'évolution, le diagnostic, le groupe nosologique et l'évolution).

### **7. Saisie et analyse des données**

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Excel puis analysées avec le logiciel SPSS version 12.0.

## **8. Aspects éthiques**

Tous les malades avaient donné leur consentement. Nous avons mené une étude non interventionnelle qui consistait à interroger les participants sur certaines informations sociodémographiques sans inconvénient pour leur santé. Il n'y a eu aucun prélèvement biologique ou d'acte médical de nature invasive. Dans le questionnaire de recueil de données et pendant l'analyse des données, toutes les dispositions ont été prises pour garantir l'anonymat et le respect de la confidentialité. L'étude aura l'avantage de fournir des informations sur les besoins dermatologiques de nos populations et aidera à adapter l'offre de soins.

### **III. RESULTATS**

## **1. Caractéristiques socio-démographiques**

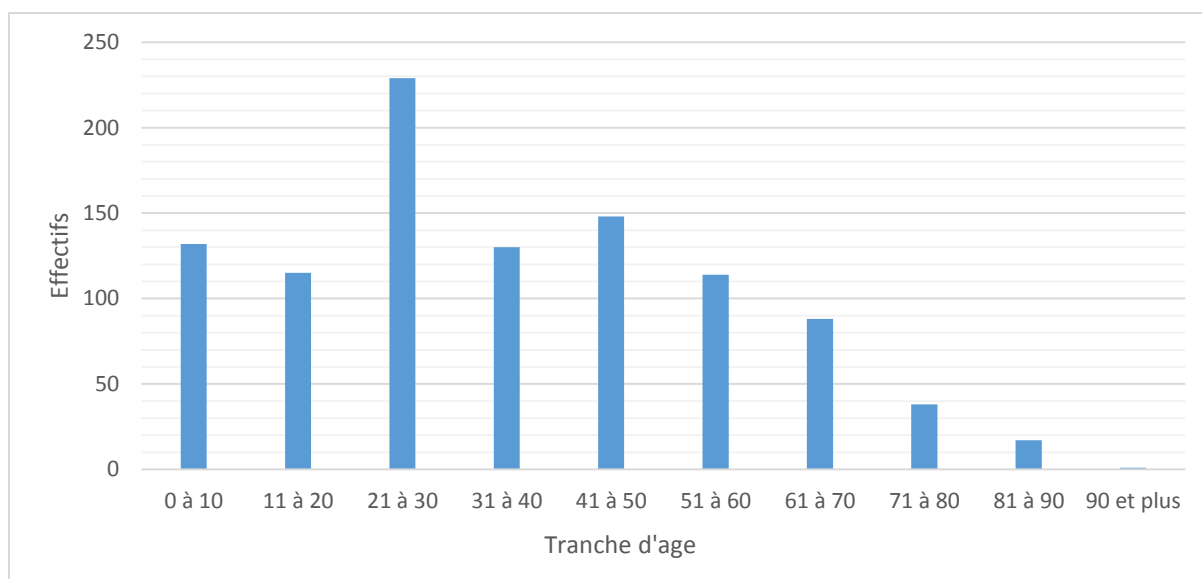
Durant la période d'étude, 3.706 patients avaient consulté dans le service de Dermatologie HALD, parmi lesquels, nous avons colligé 1.012 patients pour notre étude. Ce qui représente 27,3 % des consultants. Ces malades se répartissaient en 612 femmes et 400 hommes, soit un sex-ratio de 0,65. Sur les 1.012 patients de l'étude, 125 ont été hospitalisés soit 12,4% des malades consultant.

L'âge moyen des malades était de 36 ans avec des extrêmes de 2 jours à et 93 ans. Les malades de 0 à 20 ans représentaient 24% de l'échantillon et 50% des malades avaient entre 21 et 50 ans.

La majorité des malades consultant (884/1012 soit 87,35%) résidait dans la ville de Dakar et 28,7 % des malades (229/1012) avaient été référés soit par un dermatologue, un médecin généraliste ou à partir d'une structure sanitaire.

Il convient de noter que seulement 10% des malades avaient une prise en charge (110/1012).

Les principales occupations professionnelles recensées chez nos malades étaient: étudiants/élèves (237/1012 soit 23,41%), ménagères (203/1012 soit 20,05%), fonctionnaires (155/1012 soit 15,31%) et commerçants (121/1012 soit 11,95%) .



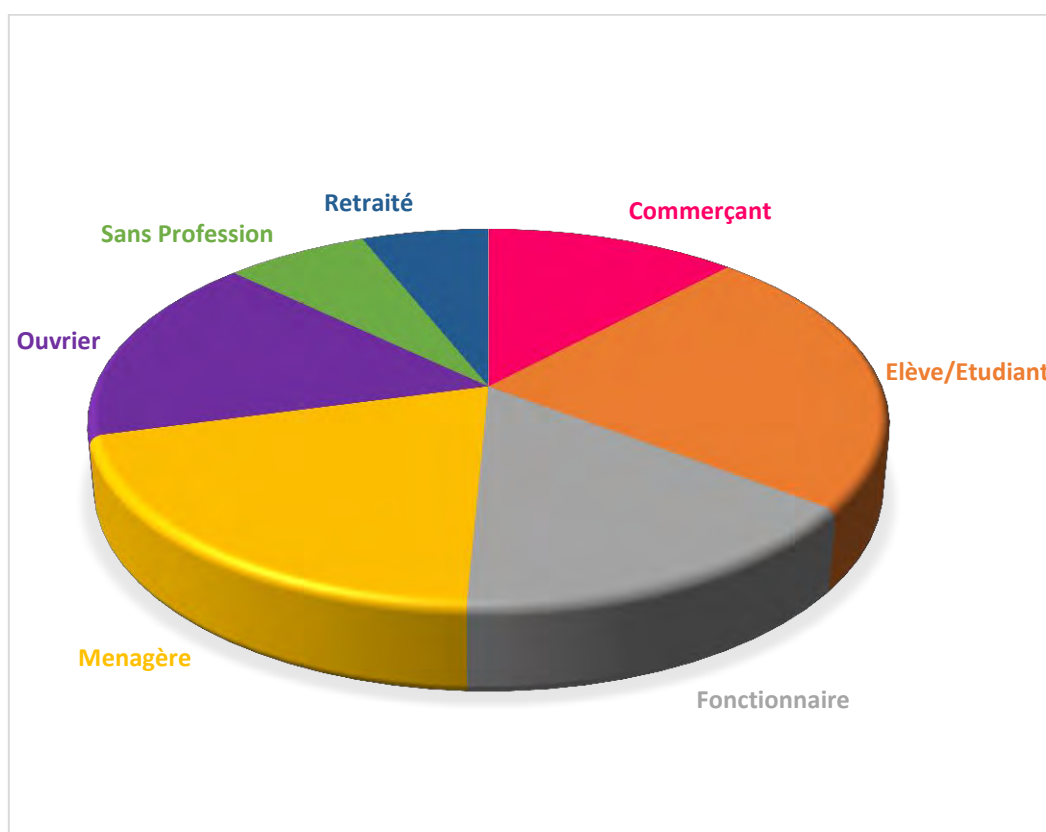
**Figure 1: Répartition des Patients selon l'âge**

**Tableau I: Répartition des patients selon la provenance géographique**

	Effectifs	Pourcentage
Dakar	844	83,4
Hors Dakar	144	14,2
Hors Sénégal	24	2,4
Total	1012	100

**Tableau II: Répartition des patients selon la référence**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Non référé</b>	722	<b>71,4</b>
<b>Médecin généraliste</b>	15	<b>1,5</b>
<b>Dermatologue</b>	196	<b>19,4</b>
<b>Autres Spécialistes</b>	15	<b>1,5</b>
<b>Centre de santé</b>	19	<b>1,9</b>
<b>Cabinet privé</b>	3	<b>0,3</b>
<b>CHU</b>	35	<b>3,5</b>
<b>Autres</b>	7	<b>0,7</b>
<b>Total</b>	1012	100,0



**Figure 2: Répartition des patients selon leur profession**

## 2. Pathologies ayant motivé la consultation selon le groupe nosologique

Les dermatoses inflammatoires étaient les plus fréquentes, avec un effectif de 438 cas soit 41,50% de l'ensemble des malades, suivies des dermatoses infectieuses et tumorales.

**Tableau III : Répartition des cas en fonction des différents groupes nosologiques**

	Effectifs (n)	fréquence (%)	Hospitalisation	C. Externe
<b>Dermatose Inflammatoire</b>	420	41,50%	23	<b>397</b>
<b>Dermatose Infectieuse</b>	272	26,87%	22	<b>250</b>
<b>Dermatose Tumorale</b>	62	6,12%	7	<b>55</b>
<b>Maladies de Système</b>	47	4,64%	21	<b>26</b>
<b>Dermatose Bulleuse</b>	22	2,17%	17	<b>5</b>
<b>Alopécie</b>	22	2,17%	0	<b>22</b>
<b>Trouble Pigmentaire</b>	20	1,97%	1	<b>19</b>
<b>Trouble de la</b>	12	1,18%	0	<b>12</b>
<b>Toxidermie</b>	11	1,08%	7	<b>4</b>
<b>Maladie de Kaposi</b>	9	0,88%	5	<b>4</b>
<b>Genodermatose</b>	8	0,79%	2	<b>6</b>
<b>Autres</b>	58	5,73%	20	<b>38</b>
<b>Diagnostic non précisé</b>	40	3,95%		
<b>Affection non dermatologi</b>	9	0,88%		
<b>Total</b>	<b>1012</b>	<b>100%</b>		



**Tableau IV : Dix dermatoses les plus fréquentes:**

<b>Diagnostics</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Eczéma</b>	188	18,57
<b>Acné</b>	77	7,60
<b>Lichen</b>	54	5,33
<b>DHBN</b>	36	3,55
<b>Teigne du cuir chevelu</b>	32	3,16
<b>Cheloïde</b>	32	3,16
<b>Gale</b>	30	2,96
<b>Dermatophytie</b>	29	2,86
<b>Prurigo</b>	26	2,56
<b>Molluscum Contagiosum</b>	22	2,17
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>24</b>

### Répartition des dermatoses par groupe nosologique

L'eczéma était de loin le plus fréquent des dermatoses inflammatoires avec une fréquence de 45,41 %. L'eczéma était également la dermatose la plus fréquente de l'ensemble des pathologies cutanées recensées dans notre étude, avec un pourcentage 18,57%.

**Tableau V : Répartition des cas en fonction des dermatoses inflammatoires**

Dermatose Inflammatoire	Hospitalisation	C. Externe	Total
Eczéma	8	180	188
Acné	0	77	77
Lichen	3	51	54
Prurigo	3	23	26
Psoriasis	3	19	22
Urticaire	0	16	16
Dermatite Séborrhéique	0	9	9
Prurit	0	9	9
Erythrodermie	6	3	9
PRG	0	3	3
Erythème Noux	0	2	2
Maladie de Verneuil	0	2	2
HAL	0	1	1
Porokératose	0	1	1
Pyoderma Gangrenosum	0	1	1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>397</b>	<b>420</b>

Dans le groupe des dermatoses infectieuses, les causes mycosiques prédominaient avec un effectif de 108 cas, soit un taux de 39,40% de l'ensemble des dermatoses mycosiques, suivies des dermatoses bactériennes.

**Tableau VI : Répartition des cas en fonction des dermatoses infectieuses**

	Effectif	Pourcentage	Hospitalisation	C. Externe
<b>Mycoses</b>	108	39,70%	3	<b>105</b>
<b>Dermatoses bactériennes</b>	67	24,63%	18	<b>49</b>
<b>Dermatoses virales</b>	60	22,05%	1	<b>59</b>
<b>Dermatose parasitaire</b>	37	13,60%	0	<b>37</b>
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>250</b>

**Tableau VII : Répartition des cas en fonction des dermatoses mycosiques**

La teigne du cuir chevelu était la plus fréquente des dermatoses mycosiques

Dermatose	Hospitalisation	C. Externe	Total
Mycosique			
Teigne	0	32	32
Dermatophytie	0	29	29
Intertrigos	0	17	17
P.V	0	11	11
Onychomycose	0	8	8
Candidose	0	7	7
Mycétome	2	1	3
Phaeohyphomycose	1	0	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>105</b>	<b>108</b>



**Figure 3 : Teigne du cuir chevelu HALD**



**Figure 4 : Mycétome HALD**

Les dermatoses bactériennes occupaient la 2<sup>ème</sup> place des pathologies infectieuses, et parmi elles, l'érysipèle était le plus fréquent avec 31 cas (cf: tableau VIII).

**Tableau VIII : Répartition des cas en fonction des dermatoses bactériennes**

Dermatose Bactérienne	Hospitalisation	C. Externe	Total
DHBN	17	19	36
Pyodermite	0	27	27
Abcès	0	2	2
Erythrasma	0	1	1
Tuberculose Cutanée	1	0	1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>67</b>



**Figure 5 : Erysipèle Bulleux HALD**

Le molluscum contagiosum était le plus fréquent de toutes les dermatoses virales avec un taux de 36,66% des dermatoses virales (cf tableau IX).

**Tableau IX : Répartition des cas en fonction des dermatoses virales**

Dermatose	Hospitalisation	C. Externe	Total
Virale			
Molluscum Contagiosum	0	22	22
Verrues	0	13	13
Papillomatose buccale	0	9	9
Condylome	0	7	7
Zona	0	7	7
Varicelle	1	1	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>59</b>	<b>60</b>

La gale était la principale dermatose parasitaire.

**Tableau X : Répartition des cas en fonction des dermatoses parasitaires**

Dermatose	Hospitalisation	C. Externe	Total
Parasitaire			
Gale	0	30	30
Leishmaniose	1	4	5
Larva Migrans	0	2	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>37</b>

Parmi les dermatoses tumorales, les tumeurs bénignes étaient les plus fréquentes, et étaient essentiellement représentées par les chéloïdes (cf : tableau XI)

**Tableau XI : Répartition des cas en fonction des dermatoses tumorales**

Dermatose		Hospitalisation	C. Externe	Total
Tumorales				
T. Bénignes	Chéloïde	0	32	32
	Lipome	0	4	4
	Hamartome	0	3	3
	Syringome	0	3	3
	Kyste	0	2	2
	DPN	0	2	2
	Hémangiome	0	2	2
	Hydrocystome	0	1	1
	Sébocytomatose	0	1	1
	Nævus	0	1	1
	<b>Sous-Total</b>	0	51	51
<b>T. Malignes</b>				
	M.K	5	4	9
	C. Epidermoïde	5	1	6
	Mélanome	2	1	3
	C. Basocellulaire	0	1	1
	Lymphome Cutané	0	1	1
	Sous-Total	7	4	20
Total				71





**Figure 6 : Maladie chéoloïdienne HALD**



**Figure 7 : NEVIL HALD**





**Figure 8 : Carcinome épidermoïde HALD**

Dans le groupe des maladies de système, la maladie lupique était la plus fréquente (cf : tableau XII).

**Tableau XII : Répartition des cas en fonction des maladies de système**

Maladie de Système	Hospitalisation	C. Externe	Total
Lupus	8	11	19
Sclérodermie	4	5	9
Maladie de Behçet	2	4	6
Vascularite	3	1	4
Dermatomyosite	3	2	5
Connectivite Mixte	0	3	3
Sarcoidose	1	0	1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>47</b>



**Figure 9 : Lupus Discoïde HALD**



**Figure 10 : Lupus Aigu HALD**



**Figure 11 : Lupus Discoïde HALD**



Dans ce groupe des dermatoses bulleuses, le pemphigus était le plus représenté.

**Tableau XIII : Répartition des cas en fonction des dermatoses bulleuses**

Dermatose Bulleuses	Hospitalisation	C. Externe	Total
Pemphigus	9	1	10
Pemphigoïde Bulleuse	6	1	7
EBA	0	2	2
EBH	2	1	3
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>22</b>



**Figure 12 :P.B HALD**

**Tableau XIV : Répartition des cas d'alopecies**

Alopecie	Hospitalisation	C. Externe	Total
ACCC	0	7	7
FDQ	0	5	5
Alopecie de traction	0	7	7
Pelade	0	4	4
Trichotillomanie	0	1	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>24</b>



**Figure 13 : Trichotillomanie HALD**



**Figure 14 : FDQ HALD**

- Dans le groupe des troubles pigmentaires, nous avons noté 19 cas de vitiligos et 1 cas de mélanodermie.
- Dans le groupe des troubles de la kératinisation, 12 cas ont été notés de KPP.

**Tableau XV : Répartition des cas en fonction des toxidermies**

Toxidermie	Hospitalisation	C. Externe	Total
Sd Stevens Johnson	2	2	4
Sd. Lyell	3	0	3
EPF	0	2	2
Dress Syndrome	1	0	1
PEAG	1	0	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11</b>



**Figure 15 : Syndrome de Lyell HALD**

**Tableau XVI : Répartition des cas en fonction des genodermatoses**

Genodermatose	Hospitalisation	C. Externe	Total
Ictyose	0	2	2
S.T.B	0	1	1
Neurofibromatose	0	1	1
Syndrome de Solomon	0	1	1
Syndrome de Klippel Trenaunay	0	1	1
X.P	2	0	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>





**Figure 16 : Syndrome de Klippel Trenaunay**



**Figure 17 : Syndrome Solomon HALD**



**Figure 18 : STB**

**Tableau XVII : Répartition en fonction des autres dermatoses**

Autres Dermatoses	Hospitalisation	C.	Total
		Externe	
Ulcère chronique de jambe	20	1	21
Cicatrice hypertrophiques	0	14	14
Ochronose Exogène	0	8	8
Ongle incarné	0	5	5
Varices	0	2	2
Xérose Cutané	0	2	2
Xanthome Eruptif	0	1	1
Xanthelasma	0	1	1
Granulome glutéale	0	1	1
Mal perforant	0	1	1
Photosensibilité	0	1	1
Radiodermite	0	1	1
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>58</b>



**Figure 19 : Granulome Glutéale HALD**

### **3. Taux de mortalité chez les malades hospitalisés**

Au total sur les 125 malades hospitalisés, nous avons noté 6 décès, soit 4,8%.

## **IV. DISCUSSION**

## **1. La Fréquence:**

L'objectif général de ce travail était d'étudier l'épidémiologie des dermatoses ayant motivé une consultation dans le service de Dermatologie de H.A.L.D. Sur une période de six mois, 1012 malades ont été colligés pour l'étude. Les malades étaient plus souvent des sujets jeunes âgés de 36 ans en moyenne, de sexe féminin avec un sex-ratio de 0,6 et résidaient pour la majorité d'entre eux dans la ville de Dakar. Les principaux motifs de consultation étaient les dermatoses inflammatoires et infectieuses. Le recrutement se faisait dans un seul box de consultation sur 3 boxes, avec une exclusion des anciens malades, expliquant notre faible échantillon. Malgré ce faible échantillon, nos résultats sont représentatifs des pathologies rencontrées dans notre service.

Les études similaires effectuées en Afrique sub-Saharienne retrouvées étaient celle de :

- ✚ Sarr et al. : analyse de 12390 patients durant 1 an en 2015 à l'I.H.S de Dakar [11].
- ✚ Zoung-Kanyi et al. : analyse de 714 dossiers à l'Hôpital Général de Yaoundé pendant 1 an d'Octobre 2001 à Septembre 2002 [9].
- ✚ Olayinka A. Olasode et al. : étude de 252 patients sur une période de 9 mois à Calabar, au Nigeria [12].
- ✚ Kobangué L et al. étude de 2313 patients à Bangui, République Centrafricaine pendant 2 ans du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2011[10].
- ✚ A. Bouhamidi et al. : étude de 1377 malades en Guinée-Bissau du 21/05/2014 au 18/08/2015 [13].

## **2. Caractéristiques sociodémographiques**

L'âge moyen de nos patients était de 35,82 ans avec un sex ratio de 0,6 des extrêmes allant de 2 jours à 93 ans. Cette moyenne d'âge était supérieure à celle rapportée par Sarr à Dakar qui était de 28,18 ans [11] et de Kobangué [10] qui



était aussi de 28 ans à Bangui. Cependant à Kinshasa, Muteba Baseke avait noté une moyenne d'âge de 41,2 ans [14]. Nous constatons que malgré ces quelques petites différences, la population d'étude était dominée par des sujets jeunes dans tous les pays Africains s'expliquant par la jeunesse de la population du continent.

La prédominance féminine relevée dans notre étude a déjà été rapportée aussi par plusieurs autres auteurs [1,7]. Par contre, trois études mentionnaient plutôt une prédominance masculine, c'était le cas de l'étude centrafricaine (52,4% de sexe masculin), celle de Kinshasa, et de Guinée Bissau [10,13,14].

La majorité de nos patients soit 89,2% n'avait pas de PEC. Les deux classes socio-professionnelles les plus représentées étaient celles des élèves/étudiants 23,4%, suivies des ménagères 20,1% expliquant d'une part la forte majorité des malades n'ayant pas de PEC, et d'autre part le fait qu'il s'agit d'un hôpital social accessible à la classe moyenne. Aussi la plupart de ceux qui bénéficient d'une PEC régulière se trouve généralement dans le secteur privé, qui d'ailleurs préfèrent consulter dans les cabinets privés que dans les CHU. Kobangué. L, ainsi que dans les études de Sarr et Touré, les étudiants et élèves étaient la classe socioprofessionnelle la plus représentée [10, 11, 15].

### **3. Fréquence des différentes pathologies**

Concernant les groupes nosologiques des dermatoses, il n'y a pas de consensus dans la répartition des pathologies. Les pathologies rencontrées sont classées en groupe nosologique différent d'une étude à une autre.

Les groupes nosologiques les plus recensés chez nos malades étaient les dermatoses inflammatoires et infectieuses. Il était de même dans l'étude centrafricaine [10].

L'eczéma était la dermatose inflammatoire la plus fréquente et était aussi la plus fréquente sur l'ensemble des pathologies. Nos résultats vont dans le sens des études antérieures menées au Kenya et au Mali [7,8]. Au Mali, sur les 10889

consultants, l'eczéma occupait la première place des motifs de consultation (20,4%) [8]. Dans une étude kenyane, les dermatoses eczématiformes représentaient 21,7% des demandes de soins [7]. Cette fréquence élevée de l'eczéma en milieu tropical peut s'expliquer par l'utilisation abusive et anarchique de divers produits chimiques, cosmétiques et la pollution environnementale. Dans notre étude, nous n'avons pas pris en compte les variables concernant le terrain et les antécédents mais cependant, parmi les différentes formes cliniques d'eczéma, l'eczéma atopique était le plus représentatif avec un taux de 65% sur l'ensemble des eczémas [16].

Toutes les données de la littérature ont montré que la prévalence de la DA varie selon l'origine géographique, l'ethnie et le niveau d'urbanisation. La fréquence de la DA a doublé, voire triplé en 30 ans [17,18].

De nombreuses études épidémiologiques ont été menées sur la fréquence de l'eczéma atopique dans de nombreuses populations, incluant des populations à peau brune, vivant en Afrique, aux USA, ou en Europe.

Au Sénégal Assimi et al. [19] ont trouvé une fréquence de 3,23%, au Gabon elle était de 4 % [20], au Bénin [21]. La D.A était la forme étiologique d'eczéma la plus fréquente. Selon une étude menée en Éthiopie [22], la prévalence de la DA était de 1,2 %. Elle toucherait 10 à 25 % des enfants (jusqu'à 10 % des adultes) dans les pays d'Europe du nord contre 5 à 10% des enfants dans les années 1960 [22,23]. Au Danemark, l'incidence cumulative de la DA à l'âge de sept ans était de 19,6 % [24,25]. Au Japon, à Hong Kong, en Turquie, sa prévalence chez les enfants d'âge scolaire était respectivement de 15,4 %; 5,6 % ; 4,9 % [26, 27, 28]. Les résultats sont variables, mais la conclusion générale est que la fréquence de la D.A est aussi élevée dans toutes les populations, quelle que soit le pays considéré et la couleur de la peau. Plusieurs études européennes ont montré que la DA, comme l'asthme et la rhino-conjonctivite allergique augmentaient dans la population générale depuis la deuxième moitié du XXe siècle, alors que les grandes maladies infectieuses régressaient sous l'influence



des vaccinations de masse, de l'avènement des traitements antibiotiques et de multiples autres facteurs en rapport avec la civilisation urbaine [29]. La théorie hygiéniste proposée par Strachan et amplifiée par Bach formule un modèle intégrant les effets de l'environnement sur une prédisposition héréditaire pour expliquer cette tendance épidémique [30]. Les recours aux soins sont plus fréquents dans certains groupes, mais c'est probablement autant dû à des considérations sociales qu'ethniques [31].

Après l'eczéma la 2ème pathologie parmi les dermatoses inflammatoire était l'acné. L'acné est fréquente dans nos régions. Dans notre série sa fréquence était de 7,60% et similaire à celles malienne et camerounaise [15, 9]. Elle était de 4,66%, dans l'étude de Abbaspour [33]. Les facteurs favorisant sont la population jeune, la prédominance féminine, la dépigmentation. La dépigmentation volontaire, ou artificielle, est une pratique courante en Afrique, notamment au Sénégal [34, 35, 36].

Le lichen occupait la 3ème place des dermatoses inflammatoires nous avons colligé 54 cas, soit une fréquence 5,33%. Une étude similaire réalisée au Sénégal avait montré une fréquence 0,6%, le faible taux dans cette étude était lié à la méthodologie utilisée [37]. Certains auteurs ont parlé d'une augmentation de la fréquence du L.P qui est passé de 2 % en 1999 à 5% en 2007. Dans d'autres travaux réalisés il y a 30 elle était en baisse. Strobel, Herouin et Diawara notaient plutôt sa rareté [38, 39, 40].

Le 2ème groupe nosologique était représenté par les dermatoses infectieuses avec en tête les mycoses dominées surtout par les teignes du cuir chevelu, les dermatophyties de la peau glabre et les intertrigos. Nos résultats sont comparables à ceux du Mali où les mycoses occupaient la 2ème place après l'eczéma avec 13,6% [8]. Dans les études malienne et sénégalaise les dermatoses mycosiques étaient les plus fréquentes des dermatoses infectieuses [11,8]. Ceci pourrait être expliqué par les facteurs climatiques en Afrique qui associent chaleur et humidité, ainsi que certaines pratiques religieuses. Ces faits

indiquent que le profil des dermatoses reste globalement le même dans la plupart de nos pays d'Afrique à cause du caractère commun de l'environnement social, culturel et économique dont l'impact sur l'hygiène.

Nous avons noté 36 cas d'érysipèle et de DHBN. La recrudescence récente de cette affection depuis une vingtaine d'année a été soulignée par plusieurs auteurs [41]. Son incidence estimée est de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants/an [42]. Les facteurs de survenue de cette affection dans nos pays sont la dépigmentation artificielle, l'obésité et le lymphoedème.

La dermatose parasitaire la plus importante était la gale avec 81,08% de l'ensemble des dermatoses parasitaires. Il en est de même dans toutes les autres études [11, 12, 13, 14]. Malgré l'absence de système de surveillance fiable, le nombre de nouveaux cas par an dans le monde serait globalement estimé à environ 300 millions [43, 44]. Elle touche un très grand nombre de personnes de toutes les classes sociales et de toutes tranches d'âges. Dans les pays industrialisés, celle-ci se manifesterait à l'occasion d'épisodes épidémiques touchant plus particulièrement des institutions (collectivités, établissements de soins, maisons de retraite...) [45]. Par contre elle est endémique en Afrique du fait de la mauvaise hygiène, la promiscuité, et la dépigmentation.

Les tumeurs cutanées occupaient la 3ème place des groupes nosologiques après les dermatoses inflammatoires et infectieuses. Ces tumeurs étaient dominées par les tumeurs bénignes, dont la plus fréquence était les chéloïdes. Les chéloïdes sont en effet, l'apanage de la peau noire [46]. Ceci rend compte de l'importance de la demande de soins liée à cette affection dont la prise en charge représente un véritable challenge pour les dermatologues exerçant en milieu tropical.

Les troubles pigmentaires étaient dominées essentiellement par le vitiligo, avec une fréquence de 1,8 % soit 19 cas. Niang et coll. [47] avaient colligé 50 cas sur une période de 5 mois soit une fréquence de 1,2 %. Sa prévalence est de 0,5% à 2,0% de la population [48].

Les maladies de systèmes étaient majoritairement représentées par la maladie lupique constituant 42,55% de l'ensemble des maladies de système, suivie de la sclérodermie et de la dermatomyosite. La prévalence est plus élevée chez les sujets noirs. Elle reste la maladie de système la plus fréquente dans toutes les autres études sub-Sahariennes [11, 15, 10].

Nous avons colligé 9 cas de MK, soit 0,88% malgré sa faible fréquence dans notre étude, la M.K est fréquente en Afrique. L'incidence de la MK a augmenté considérablement dans ces pays du Centre et de l'Est, s'étendant au Rwanda, à la Zambie, la Tanzanie voire en Afrique du Sud dans les années 1980 avec l'apparition de la pandémie du VIH [49]. Ainsi en Ouganda, la MK est 20 fois plus fréquente actuellement qu'avant les années 1980. Eccra et col. [50] dans l'étude ivoirienne ont noté une fréquence hospitalière de 6,4%. Diané et al. dans l'étude guinéenne [51] avaient noté une fréquence inférieure à celle de l'étude ivoirienne. Au fil des années et avec l'amélioration de l'accessibilité aux ARV intervenue en 2006, on note une diminution de la fréquence de la MK en hospitalisation dans certains pays Africains.

Nous avons recensé 22 cas de toxidermie, soit une fréquence de 2,17 %. Diatta. et al. avaient colligé 200 cas en 14 an dans le service [52]. A Bangui Kobangué avait trouvé un taux de 3,5 % [10]. Une étude tunisienne [53] avait noté une prévalence de 1,08 % parmi les patients consultant en dermatologie lors d'une étude prospective menée sur une période de 12 mois dans le service de dermatologie de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax. La fréquence des toxidermies n'est pas négligeable dans nos pays du fait de l'automédication, la phytothérapie, circulation de médicaments contrefaits, polymédication, le VIH, accès facile aux médicaments.

Les ulcères (21 cas dans notre étude) étaient le 2ème motif d'hospitalisation après l'érysipèle, nous avons colligés 21 cas. L'étude de Stéphanie [54] dans le même service avait recensée 79 cas d'ulcère soit une fréquence de 9,9%. Les

ulcères de jambes demeurent actuellement un motif fréquent d'hospitalisation. L'origine veineuse est la plus fréquente, le sexe masculin est le plus atteint. Seulement 3 cas de syringome ont été enregistrés dans notre étude. L'étude Nigériane a trouvé un cas au Calabar. Nous n'avons pas retrouvé de cas dans les autres études Africaines et sa prévalence n'est pas connue en Afrique. En effet, malgré sa fréquence, cette affection ne présente pas un motif fréquent de consultation dans nos populations.

#### **4. Taux de mortalité**

Nous avons enregistré 6 décès sur les 125 hospitalisés. Les autres études africaines n'ont pas étudié ce paramètre. Le décès était survenu chez des patients hospitalisés pour un ulcère de jambe (2 cas), un syndrome de Lyell (1 cas), un pyoderma gangrenosum, une pemphigoïde bulleuse.

## **V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## Conclusion :

Dans les pays en développement, les affections dermatologiques représentent un problème de santé important. Peu d'études sur l'épidémiologie des dermatoses ont été réalisées en Afrique sub-Saharienne.

L'objectif de notre étude était de:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients consultants dans ce service.
- Déterminer la prévalence des affections dermatologiques
- Evaluer la mortalité chez les malades hospitalisés ainsi que les causes de décès.

Sur une période de six mois, 1012 malades ont été sélectionnés pour l'étude, dont 621 étaient des femmes avec un sex-ratio 0,6. La tranche d'âge de 21-30 était la plus dominante et la majorité venait de Dakar. Les dermatoses inflammatoires étaient les plus fréquentes, dominées par l'eczéma, suivi des dermatoses infectieuses en l'occurrence les dermatoses mycosiques. Les dermatoses tumorales occupaient la 3ème place selon les groupes nosologiques, représentées essentiellement par les tumeurs bénignes. Les deux principaux motifs d'hospitalisation étaient les DHB et les ulcères de jambes. L'acné, le lichen, le prurigo, la dermatophytie et la teigne du cuir chevelu faisaient parmi des 10 dermatoses les plus fréquentes. Nous avons recensé 6 décès sur nos 125 malades hospitalisés.

En milieu tropical, nos travaux démontrent que les dermatoses cosmopolites sont fréquentes alors que les dermatoses tropicales sont en recul.

**Recommandations:**

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes

- De réaliser des études épidémiologiques multicentriques sur les dermatoses en Afrique noire.
- Faire une meilleure sensibilisation sur la fréquence et gravité des affections dermatologiques.

## **VI. REFERENCES**



1. **Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P.** Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1995;89(5):467-70.
2. **Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA, Hofny ER.** Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate UpperEgypt. *Int J Dermatol.* 2003; 42(11):887-92.
3. **Belcher DW, Afoakwa SN, Osei-Tutu E, Wurapa FK, Osei L.** Endemic pyoderma in Ghana: a survey in rural villages. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1977;71(3):204-9.
4. **Gibbs S.** Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int J Dermatol.* 1996;35(9):633-9.
5. **Schmeller W, Dzikus A.** Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. *Br J Dermatol.* 2001;144(1):118-24.
6. **Ogunbiyi AO, Owoaje E, Ndahi A.** Prevalence of skin disorders in school children in Ibadan, Nigeria. *Pediatr Dermatol.* 2005;22(1):6-10.
7. **Verhagen AR, Koten JW, Chaddah VK, Patel RI.** Skin diseases in Kenya: a clinical and histopathological study of 3.168 patients. *Arch Dermatol.* 1968;98(6):577-86.
8. **Mahé A, Cissé IA, Faye O, N'Diaye HT, Niamba P.** Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol.* 1998;37(9):673-6.
9. **Zoung-Kanyi Bissek AC, Kouotou E, Defo D, Njamnshi KA, et al.** Épidémiologie des Dermatoses à l'Hôpital Général de Yaoundé. *Health Sci. Dis* 2009;10(4).

10. **Kobangué L, Lénguénbaga F, Dibéré Kamba G, Guéréndo P, Togué A, Abeyé J.** Etude transversale des affections dermatologiques au service de dermatologie et de vénéréologie de Bangui, république centrafricaine. Rev. CAMES SANTE. 2014;107(1):30-4.
11. **Kobangué L, Guéréndo P, Abéyé J, Namdito P, Mballa MD, Gresenguet G.** Scabies: epidemiological, clinical and therapeutic features in Bangui. Bull Soc Pathol Exot. 2014;107(1):10-4.
12. **Sarr Méry Anne Balé.** Profil épidémio-clinique des affections cutanées à l'institut d'hygiène social de Dakar: étude portant sur 12390 patients sur une période d'une année (2013). Thèse Méd, Dakar, UCAD, 2015, 200.
13. **Henshaw EB, Olasode OA.** Skin diseases in Nigeria: the Calabar experience. Int J Dermatol. 2015;54(3):319-26.
14. **Bouhamidi A, Elamrooui M, Cherkaoui rhazouani O, Boui M.** Profil épidémiologique des affections dermatologiques en Guinée Bissau. ADF 2016;CO42.
15. **Muteba Baseke C.** Profil épidémiologique des affections Dermatologiques en milieu hospitalier Centre hospitalier Akram, Kinshasa, R.D. Congo. ADF 2013;CL 1.
16. **Toure S.** Les dermatoses courantes de l'adulte au CHU Gabriel Touré de BAMAKO. Thèse Méd, Bamako, 2010.
17. **Catteau B.** Dermatite atopique : épidémiologie et données cliniques actuelles. Rev Fr Allergol Immunol Clin. 2002;42:373-7.

18. **Harris JM, Cullinan P, Williams P.** Environmental associations with eczema in early life. *Br J Dermatol.*2001;144:795-802.
  
19. **Assimi GG.** La dermatite atopique de l'adulte à Dakar: une étude prospective de 80 cas. Thèse de Méd, Dakar,UCAD, 2014.
  
20. **Hogewoning A, Amoah A, Bavinck JNB, Boakye D, Yazdanbakhsh M, Adegnika A, et al.** Skin diseases among schoolchildren in Ghana, Gabon, and Rwanda. *International journal of dermatology.*2013;52:589-600.
  
21. **Adégbidi H, Degboé B, Saka B, Elégbédé A, Atadokpèdé F, Koudoukpo C, et al.** Profil des dermatoses immunoallergiques chez les enfants dans le service de dermatologie du CNHU-C (Bénin). *Médecine et Santé Tropicales.*2014; 24:446-448.
  
22. **Yemaneberhan H, Flohr C, Lewis SA, Bekele Z, Parry E, Williams HC, et al.** Prevalence and associated factors of atopic dermatitis symptoms in rural and urban Ethiopia. *Clin Exp Allergy.*2004;34:779-85.
  
23. **The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) steering committee.** Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. *Lancet.*1998; 351:1225-332.
  
24. **Harris JM, Cullinan P, Williams P, et al.** Environmental associations with eczema in early life. *Br J Dermatol .*2001;144:795-802.
  
25. **Olesen AB, Ellingsen AR, Olesen H, Juul S, Thestrup-Pedersen K.** Atopic dermatitis and birth factors: historical follow-up by record linkage. *BMJ.*1997;314:1003-8.

- 26. Olesen AB, Bang K, Juul S, Thestrup-Pedersen K.** Stable incidence of atopic dermatitis among children in Denmark during the 1990s. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:244-7.
- 27. Saeki H, Iizuka H, Mori Y, Akasaka T, Takagi H, Kitajima Y, et al.** Community validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in Japanese elementary schoolchildren. *J Dermatol Sci.* 2007;47:227-31.
- 28. Wong GW, Leung TF, Ma Y, Liu EK, Yung E, Lai CK.** Symptoms of asthma and atopic disorders in preschool children: prevalence and risk factors. *Clin Exp Allergy.* 2007;37:174-9.
- 29. Ergin S, Ozsahin A, Erdogan BS, Aktan S, Zencir M.** Epidemiology of atopic dermatitis in primary schoolchildren in Turkey. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:399-401.
- 30. Bieber T.** Atopic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol.* 2010;22:125–37.
- 31. Boguniewicz M.** Topical treatment of atopic dermatitis. *ImmunolAllergy Clin North Am.* 2004;24:631-44.
- 32. Harris JM, Cullinan P, Williams P.** Environmental associations with eczema in early life. *Br J Dermatol.* 2001;144:795-802.
- 33. Valiollah A.** Données épidémiologiques des affections cutanées à Mbour. Mémoire de Méd, Dakar, UCAD, 2016, 207.
- 34. Mahé A, Kéita S, Bobin P.** Complications dermatologiques de l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants à Bamako(Mali). *Ann Dermatol Venereol.* 1994;121:142-6.

35. **Ly F.** Persistant acne in women: implication for the patient and for therapy. *Ann Dermatol Venereol.* 2006;7:281-90.
36. **Poli F, Faye O, Ly F, Le Thuaut A.** Acne in adult female patients: comparative study in France and sub Saharan Africa. *Ann Dermatol Venereol.* 2014;141(5):336-45.
37. **El Omari A.** Lichen plan à Dakar Étude prospective de 6 mois à propos de 78 cas. Mémoire de Méd, Dakar, UCAD, 2016, 159.
38. **Strobel, N'Diaye.** Lichen Plan au Sénégal. *Dakar Médical.* 1979;24:159-66.
39. **Herouin P, Larbière R, Aufray J.C, Gaillard CI et Orio J.** Etude de 118 lichens africains en Côte d'Ivoire. *Rev Med Côte d'Ivoire.* 1970;16:73-82.
40. **Diawara S.** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du Lichen Plan à l'institut marchoux Bamako-Mali. Thèse de Méd, Bamako, 1999.
41. **Érysipèle et fasciite nécrosante** : prise en charge – texte long. Conférence de consensus. *Med; Mal infect* 2000;30(S4):252s–72s.
42. **Petit A.** Érysipèle : données récentes et questions d'actualité. *Ann Dermatol Venereol.* 1996;123:585–93.
43. **Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2017.** Eau, assainissement et santé : Les maladies liées à l'eau. Consulté le 27/11/2017 [[www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/scabies/fr/](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies/fr/)].
44. **Orkin M.** Scabies: what's new ? *Curr Probl Dermatol.* 1995;22:105-11.

- 45. Chosidow O.** Scabies and pediculosis. *Lancet*. 2000;355:819-26.
- 46. Morand JJ, Lightburn E.** Peau noire. *Encycl Med Chir* (Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS,Paris), Dermatologie, 98-850-A-10, 2001, 29p.
- 47. Niang SO, Ndiaye M, Ly F, Diallo M, Bouksani S, Diop A, Diatta BA, et al.**  
The vitiligo in senegal. *ISRN Dermatol*. 2012:932163.
- 48. Ezzedine K, Silverberg N.** A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Vitiligo in Children. *Pediatrics*. 2016;138(1).
- 49. Cook-Mozaffari P, Newton R, Beral V, Burkitt DP.** The geographical distribution of Kaposi's sarcoma and of lymphomas in Africa before the AIDS epidemic. *Br J Cancer*. 1998;78:1521-8.
- 50. EJ. Ecra, SH. Kourouma, YI. Kouassi, A. Sangaré, I. Gbery**  
La maladie de Kaposi en hospitalisation : reflet de l'accessibilité aux antirétroviraux en pays tropical ? Cas du service de dermatologie du CHU de Treichville (Abidjan-RCI). *Ann Dermatol Venereol*. 2013;140(12) :S580.
- 51. Diané BF, Soumah MM, Tounkara TM, Keita M, Baldé H, Camara AD et coll.** Profil épidémio-clinique de la maladie de Kaposi épidémique en Guinée à travers une série hospitalière de 112 cas au service de dermatologie-MST du CHU Donka de Conakry. *Ann Dermatol Venereol*. 2013 ; 140 :S36-37.

- 52. Diatta BA, Niang SO, Keita F, Ly F, Mbengue N, Diallo M et al.** Les Toxidermies à Dakar : Étude de 200cas sur une période de 14 ans. ADF Abidjan. 2016, 143(4):S32.
- 53. Chaabane H, Masmoudi A, Amouri M, Ghorbel S, Boudaya S, Hammami S et al.** Cutaneous adverse drug reaction: prospective study of 118 cases. Tunis Méd. 2013;91(8-9):514-20.
- 54. Ngoua SN.** Aspects épidémiologiques des ulcères veineux de jambes au service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar : à propos de 40 cas. Mémoire Méd, UCAD, 2015,1157.
- 55. Niang SO, Dieng MT, Kane A, Cissé M, Diallo M, Ndiaye B.** Ulcère de jambe à Dakar :75 cas. Ann Dermatol Venereol 2007;134:867-70.
- 56. CiarloniL et al.**  
Syringomes : étude anatomoclinique de 244 cas. Ann Dermatol Venereol. 2016;143:521-528.
- 57. Lehmann A.R, McGibbon D, Stefanini M.**  
Xeroderma pigmentosum. Orph J R Dis. 2011; 6:70-74
- 58. Taïeb A, Seneschal J, Mazereeuw-Hautier J.**  
Special Considerations in Children with Vitiligo. Dermatol Clin. 2017; 35:229-33.

## VII. ANNEXES



**Fiche d'enquête**  
**Epidémiologie des Dermatoses**

**Numéro du malade :**

**Externe** ☐

**Hospitalisé** ☐

**I. Etat Civil**

Nom

Prénom

Age

Sexe

Résidence

Profession

**II. ATCD et Terrain**

**III. Dermatose**

1. Motif de consultation

2. Evolution de la maladie

3. Diagnostic

- Forme Clinique
- Forme Topographique

4. Groupe Nosologique

5. Décédé:    OUI    ☐    NON    ☐