

LISTE DES ABBREVIATIONS

DA	: Dermatite atopique
DC	: Dermocorticoïdes
DS	: Dermite séborrhéique infantile
EBH	: Epidermolyse bulleuse héréditaire
EICS	: Erythrodermie ichtyosiforme congénitale sèche
HALD	: Hopital Aristide LeDantec
KPP	: Kératodermies palmo-plantaires
MC	: Molluscum contagiosum
NEVIL	: Naevus Epidermique Verruqueux Inflammatoire et Linéaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
ORL	: otorhinolaryngologie
PEC	: Prise en charge
PV	: Pityriasis versicolor
PVD	: Pays en voie de développement
T.C.C	: Teigne du cuir chevelu
TDM	: Tomodensitométrie
NF1	: Neurofibromatose de type 1
XP	: Xeroderma pigmentosum
χ^2	: Chi-deux

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des enfants selon l'âge.....	9
Figure 2: Répartition des enfants selon l'origine géographique	10
Figure 3: Répartition des enfants selon le traitement antérieur	14
Figure 4: Répartition des enfants selon la topographie des lésions	16
Figure 5: Leishmaniose cutanée	20
Figure 6: Teigne du cuir chevelu	20
Figure 7: Maladie de Heck.....	20
Figure 8: Molluscum contagiosum	21
Figure 9: Dermatite atopique	22
Figure 10: Lichen plan.....	23
Figure 11: Vitiligo vulvaire	23
Figure 12: Pelade	23
Figure 13: Kératodermie palmo plantaire psoriasique.....	24
Figure 14: Neurofibrome auriculaire et taches café-au-lait d'une neurofibromatose.....	25
Figure 15: Ichtyose héréditaire	25
Figure 16: KPP héréditaire	26
Figure 17: Hémangiome de la jambe	27
Figure 18: Chéloïde du menton	27
Figure 19: Kyste dermoïde palpébral.....	27
Figure 20: NEVIL retro-auriculaire.....	28
Figure 21: Xanthomes disséminés	29
Figure 22: Granulome glutéal	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enfants selon le sexe et l'âge.....	10
Tableau II: Répartition des enfants selon le terrain personnel	11
Tableau III: Caractéristiques socio-démographiques de la mère	12
Tableau IV: Répartition des enfants selon le terrain familial	12
Tableau V: Répartition des enfants selon le recours thérapeutique.....	13
Tableau VI: Répartition des enfants selon les lésions élémentaires	15
Tableau VII: Répartition des enfants selon le groupe de dermatoses	18
Tableau VIII: Répartition des enfants selon les dermatoses infectieuses	19
Tableau IX: Répartition des enfants selon les dermatoses allergiques.....	21
Tableau X: Répartition des enfants selon les dermatoses inflammatoires	22
Tableau XI: Répartition des enfants selon les génodermatoses	24
Tableau XII: Répartition des enfants selon les tumeurs.....	26
Tableau XIII: Répartition des enfants selon les malformations.....	28
Tableau XIV: Répartition des enfants selon les pathologies associées	30
Tableau XV: Relation entre le sexe des enfants et les dermatoses les plus fréquentes	31
Tableau XVI: Relation entre l'âge des enfants et les dermatoses les plus fréquentes.....	31
Tableau XVII: Relation entre le niveau-sociodémographique enfants et dermatoses	32
Tableau XVIII: Association entre caractéristiques de la mère et infections.....	33
Tableau XIX: Répartition des traitements chimiques utilisés selon l'indication	34
Tableau XX: Répartition des traitements physiques selon l'indication.....	35

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
NOTRE ETUDE.....	4
1. Objectifs de l'étude	5
1.1. Objectif général.....	5
1.2. Objectifs spécifiques.....	5
2. Malades et méthodes.....	5
2.1. Cadre d'étude	5
2.2.Type d'étude	6
2.3. Population cible	6
2.4. Critères d'inclusion	6
2.5. Critères de non inclusion	6
2.6. Méthodes et outils de collectes de données	6
2.7. Saisie et analyse des données.....	7
2.8. Considérations éthiques	8
RESULTATS.....	9
1. Aspects épidémiologiques	9
1.1. Fréquence hospitalière	9
1.2. Répartition des enfants selon le sexe	9
1.3. Répartition des enfants selon l'âge	9
1.4. Répartition des enfants selon l'âge et le sexe	10
1.5. Répartition des enfants selon l'origine géographique.....	10
1.6. Répartition des enfants selon la scolarisation	11
1.7. Répartition des enfants selon le terrain personnel	11
1.8. Caractéristiques socio-démographiques de la mère.....	12
1.9. Répartition des enfants selon le terrain familial	12
1.10. Répartition des enfants selon le niveau socio-économique	13
2. Aspects Cliniques.....	13
2.1. Itinéraire thérapeutique	13
2.1.1. Consultation antérieure	13
2.1.2.Traitement antérieur.....	14
2.1.3. Evolution après le traitement antérieur	15
2.2. Durée d'évolution des symptômes avant le diagnostic.....	15

2.3. Signes fonctionnels et symptômes	15
2.4. Lésions élémentaires.....	15
2.5.Topographie	16
2.6. Complications associées	16
2.7. Cas similaire.....	16
2.8. Examens complémentaires.....	17
2.9.Diagnostic étiologique	18
2.9.1. Répartition globale.....	18
2.9.2. Dermatoses infectieuses.....	19
2.9.3. Dermatoses allergiques	21
2.9.4. Dermatoses inflammatoires	22
2.9.5.Génodermatoses	24
2.9.6. Dermatoses tumorales	26
2.9.7. Malformations.....	28
2.9.8. Autres diagnostics.....	28
2.9.9. Pathologies associées	30
2.10. Relation entre le sexe des enfants et les dermatoses les plus fréquentes	31
2.11. Relation entre l'âge des enfants et les dermatoses les plus fréquentes	31
2.12. Relation entre le niveau-sociodémographique des enfants et les dermatoses.....	32
2.13. Association entre les caractéristiques socio-démographiques de la mère et infections..	32
3. Prise en charge	33
3.1.Traitement	33
3.2. Demande d'avis spécialisés	35
4. Aspects évolutifs.....	36
DISCUSSION.....	38
1. Limite de l'étude	37
2. Aspects épidémiologiques de l'échantillon	37
3. Aspects cliniques de l'échantillon	38000
4. Aspects étiologiques de l'échantillon	39
5. Aspects évolutifs.....	44
CONCLUSION ET RECOMMANDATION	45
REFERENCES	49
ANNEXES	

INTRODUCTION

Les dermatoses infantiles regroupent les maladies aiguës et chroniques de la peau, du nouveau-né à l'adolescent. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge pédiatrique est compris entre 0 et 16 ans [1].

Dans leurs formes graves et chroniques, ces affections induisent des handicaps physiques et psychologiques qui peuvent affecter la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. En effet, la morbidité mondiale évaluée par l'OMS en 2013, suggérait que les maladies cutanées représentaient la deuxième cause des années vécues avec un handicap (Years Lived with Disabilities) parmi les enfants et les adolescents. Il ressortait de l'étude que les enfants en bas âge étaient les plus touchés par les dermatoses virales et la dermatite atopique (DA), alors que l'acné était plutôt l'apanage des adolescents [2].

Dans l'ensemble, certaines affections cutanées sont communes chez l'adulte et l'enfant, mais il faut souligner qu'il existe certaines particularités liées à plusieurs phénomènes qui font que les enfants sont plus vulnérables face à de nombreuses maladies. Par exemple, chez les prématurés, à cause de l'immaturité cutanée, il existe des érosions cutanées qui aggravent le risque de déshydratation trans-épidermique ainsi que le risque accru d'infections à point de départ cutané. D'autre part, les hémangiomes, les dermites de siège et certaines génodermatoses sont exclusivement rencontrés chez l'enfant [3].

Le contexte culturel (mariage consanguin, pharmacopée traditionnelle), l'âge, le sexe, le niveau socioéconomique, les variations climatiques, la promiscuité et les conditions d'hygiène sont autant de facteurs importants qui conditionnent le profil épidémio-clinique et la prévalence des dermatoses infantiles à l'échelle mondiale [1].

Aux Etats-Unis, les motifs de consultation en pédiatrie pour dermatoses variaient de 10 à 30% [4]. Une étude de cohorte effectuée de 2009 à 2010 aux Etats-Unis, indiquait que la DA était le motif de consultation le plus fréquent dans 86% des cas suivi du psoriasis dans 3,7% des cas [5]. En France, dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, les enfants représentaient 10% des consultants, parmi lesquels 39% étaient adressés par un pédiatre. La moitié des diagnostics était répartie entre les causes « inflammatoires » et « infectieuses » [6].

En Inde, les prévalences des dermatoses infantiles s'élevaient à 9,8% [7]. Les causes infectieuses représentaient la majorité, soit 32% dont la gale et le molluscum contagiosum (MC) étaient observés respectivement dans 6,97 % et 5,46 %.

En Afrique, les prévalences variaient entre 21-87% [1]. Une revue systématique de l'OMS en 2005, concernant la prévalence des dermatoses chez les enfants et les adolescents dans les pays en voie de développement (PVD), suggérait que les pyodermes, la teigne du cuir chevelu (T.C.C), la gale, les viroses cutanées (principalement le MC), la pédiculose, l'eczéma et les réactions cutanées aux piqûres d'insectes (telles que l'urticaire papuleuse) étaient les sept dermatoses les plus courantes parmi les enfants [1].

Au Mali, les enfants représentaient environ 30% des consultants en dermatologie. Parmi les motifs de consultation, les dermatoses infectieuses constituaient près de la moitié des cas, parmi lesquelles, les teignes du cuir chevelu étaient les plus rencontrées. Les dermatoses immuno-allergiques et les dermatoses inflammatoires étaient notées respectivement dans 32.5% et 11.8% des cas [8].

Au Sénégal, plusieurs études se sont intéressées, de façon ponctuelle, aux prévalences hospitalières des dermatoses chez l'enfant.

Biaz I en 2011, avait observé 10 cas de lupus chez l'enfant sur une période de 10 ans [9]. Assimi GG avaient recensé en 2014, 67% de cas de DA parmi les enfants [10]. Dans l'étude portant sur les dermatoses dans les écoles coraniques [11], 80% des enfants souffraient de dermatoses parmi lesquelles, la T.C.C (76,19%) était la plus notée. Dans la série de Pedanou en 2009, la prévalence hospitalière des motifs de consultations parmi les nourrissons, s'élevait à 1,69% avec une moyenne d'âge de 10,64 mois et une prépondérance féminine. Les dermatoses non-infectieuses étaient les étiologies les plus notées, dominées par la dermite séborrhéique (20,8%) et la DA (12,9%) [12].

Malgré la hausse de demande et face aux cas très complexes de dermatologie pédiatrique, il existe encore une pénurie de dermatologues pédiatres. Pour cette raison, de nombreux dermatologues, pédiatres et prestataires de soins primaires gèrent toujours la population pédiatrique en matière de dermatologie [1,4].

Les examens biologiques ainsi que les prélèvements cutanés sont les plus fréquemment utilisés, lorsque l'examen dermatologique ne suffit pas à lui seul de poser le diagnostic. Une prise en charge multidisciplinaire est souvent utile dans le dépistage des anomalies associées, notamment au cours des génodermatoses.

En raison de la rareté des données spécifiques à ce groupe d'âge, nous nous proposons d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des dermatoses infantiles à la clinique dermatologique de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD).

NOTRE ETUDE

1. Objectifs de l'étude

1.1. Objectif général

L'objectif général était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des dermatoses infantiles au service de dermatologie du C.H.U. Aristide Le Dantec à Dakar.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence hospitalière des enfants consultants en dermatologie.
- Décrire les aspects épidémiologiques des dermatoses infantiles.
- Déterminer les étiologies des dermatoses infantiles.
- Analyser l'association entre les dermatoses infantiles et les caractéristiques socio-démographiques des enfants.

2. Malades et méthodes

2.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le principal service de prise en charge des pathologies dermatologiques du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec (H.A.L.D) à Dakar. La clinique dermatologique est constituée de :

- Une partie médicale :
 - ❖ Au rez-de-chaussée : 1 service d'accueil des malades, un bureau du major, un bureau d'un dermatologue, une salle des internes, 2 salles de consultations et 1 de salle de soin.
 - ❖ A l'étage : 4 salles d'hospitalisation comprenant chacune 4 lits, 2 bureaux d'assistants de professeurs et 1 salle de cours.
- Une partie administrative abritant les bureaux des professeurs et du secrétariat universitaire.
- Des salles privées d'hospitalisation composées de 5 cabines.

Le personnel soignant du service est composé de 3 professeurs, 1 maître-assistant, 2 assistants chef de clinique, 2 internes, 1 médecin vacataire et 43 médecins en cours de formation dermatologique. Aux cours des 3 premiers trimestres 2017, le service a reçu en consultation, en moyenne 2.966 patients.

2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique observationnelle transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données qui s'était déroulée du 1^{er} mars au 30 août 2017.

2.3. Population cible

La population cible était constituée de l'ensemble des enfants âgés entre [0-16 ans], et ayant consulté dans le service concerné durant la période d'étude.

2.4. Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les enfants âgés entre [0-16 ans], ayant consulté dans le service concerné ou hospitalisé, entre le 01 mars et le 31 août 2017, ceux référés par d'autres services pour avis dermatologiques et ceux dont les parents ont donné le consentement pour participer à l'étude.

2.5. Critères de non inclusion

Sont exclus tous les enfants d'âge supérieur à 16 ans, ceux dont le motif de consultation était autre qu'une dermatose et ceux dont les parents n'ont pas donné le consentement pour participer à l'étude.

2.6. Méthodes et outils de collectes de données

Les données ont été collectées grâce à un questionnaire élaboré à cet effet et pré-testé (Voir annexe). Les consultations étaient effectuées par un professeur, un maître-assistant, un assistant, un dermatologue ou un étudiant préparant le Diplôme d'Etudes Spécialisées en dermatologie.

Pour chaque enfant, l'âge, le sexe, la nationalité, le terrain personnel et familial étaient enregistrés. L'âge de l'enfant a été catégorisé en 4 groupes: [0-2 ans], [>2-5ans], [>5-11ans] et [>11-16 ans]. Le revenu mensuel fixe familial était catégorisé en 3 groupes : < 100.000 CFA, [> 100.000 - 400.000] CFA et > 400.000 CFA. La notion de consanguinité, les cas similaires, le niveau de scolarisation et le niveau socio-économique ont été enregistrés. L'itinéraire thérapeutique était précisé.

L'âge de la mère était catégorisé en 3 groupes : ≤ 25 ans, [26-35] et ≥ 36 ans. L'alphabétisation et l'emploi rémunéré de la mère ont été dichotomisés en 2 groupes : oui et non. Le nombre d'enfants à charge était catégorisé en 3 groupes : ≤ 2 , [3-5] et ≥ 6 . La

catégorie la moins exposée à l'évènement attendu a été choisi comme référence. Ainsi les catégories suivantes ont été considérées : les mères âgées de plus de 36 ans, les alphabètes, celles qui avaient un emploi et celles qui avaient moins de 2 enfants à charge.

Nous avons regroupé les diagnostics en huit groupes nosologiques, selon la Classification Internationale des maladies (CIM) : dermatoses infectieuses, allergiques, inflammatoires, tumorales, génodermatoses, tumorales et malformations.

Le diagnostic était basé essentiellement sur les caractéristiques cliniques (lésion élémentaire, taille, topographie, signes et symptômes associés). Un examen général était parfois nécessaire afin de rechercher les anomalies associées ou les lésions à distance.

Les examens paracliniques (examens sanguins, prélèvements mycologiques, biopsies cutanées, tests allergologiques, dosage IgE, électrocardiogramme, scanner cérébral) étaient indiqués pour confirmer le diagnostic ou évaluer l'extension de la maladie.

Le terme "pathologies associées" se referait à l'association de plus d'une pathologie au moment de la consultation. En pratique, nous avons inclus une seule fois l'enfant. Lorsque l'enfant était revu pour une autre plainte au cours de l'étude, nous l'avons considéré aussi comme pathologies associées. Le terme " autres diagnostics " désignait une dermatose qui n'appartient à aucun groupe d'étiologies précédemment définies.

Le traitement était précisé et une prise en charge multidisciplinaire (ORL, pédiatrie, cancérologie, ophtalmologie) était réalisée à chaque fois que cela s'avérait nécessaire. L'éducation thérapeutique et un conseil génétique était prodigué systématiquement. Les patients étaient revus à fréquence variable pour évaluer l'évolution du traitement.

2.7. Saisie et analyse des données

Les données collectées ont été encodées et analysées avec le logiciel Epi-info version 7.1.5.2. Pour la description de l'échantillon, la moyenne et sa déviation standard, les pourcentages (%) ainsi que la médiane ont été utilisés. Dans l'analyse des tables de contingence, le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour tester l'égalité de deux proportions d'échantillons indépendants, et lorsque les conditions de validité du Chi² n'étaient pas remplies, le test exact de Fisher était utilisé. Les Odds Ratios (OR) ont été estimés comme mesure d'association entre variables dépendantes et indépendantes et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés. Le seuil de signification inférieur ou égal à 0,05 était fixé pour toutes les analyses.

2.8. Considérations éthiques

Notre étude n'a débuté que lorsque les parents des enfants concernés ont été informés des objectifs de l'enquête et donné leur consentement éclairé.

RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

1.1. Fréquence hospitalière

Durant la période de notre étude, 1615 patients avaient consulté au service de dermatologie de H.A.L.D, dont 307(19,0 %) étaient des enfants. Parmi les 307 enfants, 2,6% (8 enfants) ont été hospitalisés.

1.2. Répartition des enfants selon le sexe

Ils se répartissaient en 134 (43,65%) garçons et 173 (56,35%) filles soit un sex-ratio (H/F) de 0,77.

1.3. Répartition des enfants selon l'âge

L'âge moyen (\pm DS) des enfants était de 6,81 (\pm 4,7) ans, avec des extrêmes allant de 40 jours à 16 ans. La tranche d'âge [>5 ans- 11 ans] était constituée de 100 enfants (32,57%) suivi de la tranche d'âge [>2 ans - 5 ans] avec 84 enfants (27,36%). (Figure 1)

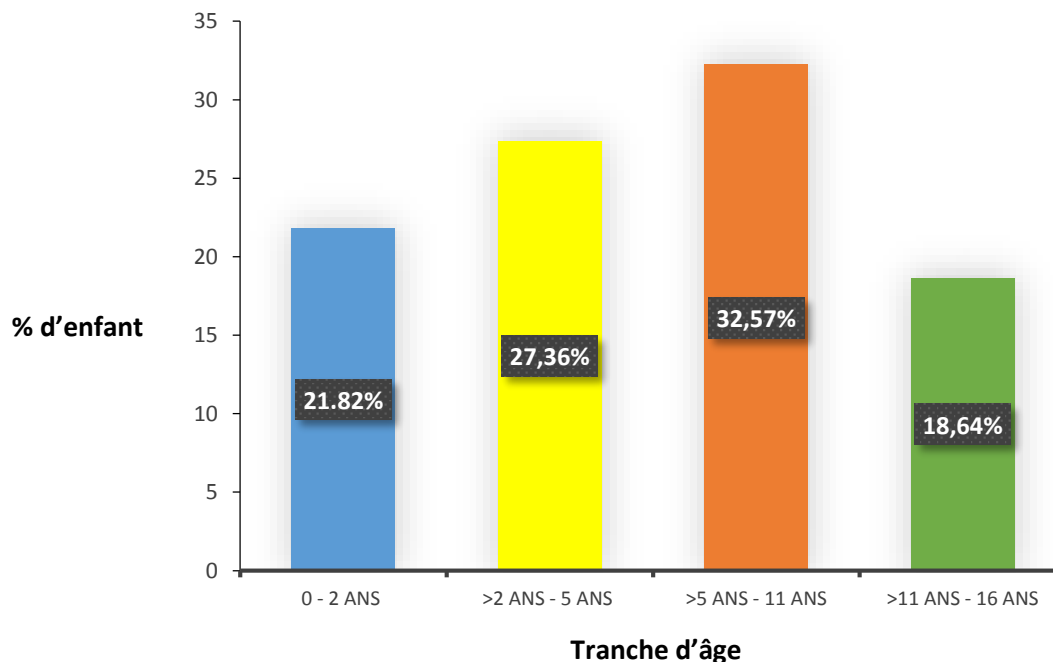


Figure 1: Répartition des enfants selon l'âge

1.4. Répartition des enfants selon l'âge et le sexe

Tableau I: Répartition des enfants selon l'âge et le sexe.

Age (années)	Garçons (%)	Filles (%)	TOTAL
0 - 2	33 (10,74)	34 (11,07)	67 (21,82)
>2 - 5	39 (12,70)	45 (14,65)	84 (27,36)
>5 - 11	41 (13,35)	59 (19,21)	100 (32,57)
>11 - 16	21 (6,8)	35 (11,4)	56 (18,24)
TOTAL	134(43,64)	173(56,35)	307(100%)

Le groupe des filles âgées entre [$>5 - 11$ ans], constituait 19,21% (59 enfants) suivi du groupe des filles âgées entre [$>2 - 5$ ans] 45 enfants (14,65%). (Tableau I).

1.5. Répartition des enfants selon l'origine géographique

La région de Dakar était constituée de 276 enfants et le reste des malades était originaire des autres régions (27 enfants). Une origine guinéenne et gambienne était rapportée dans chacune 2 cas. (Figure 2)

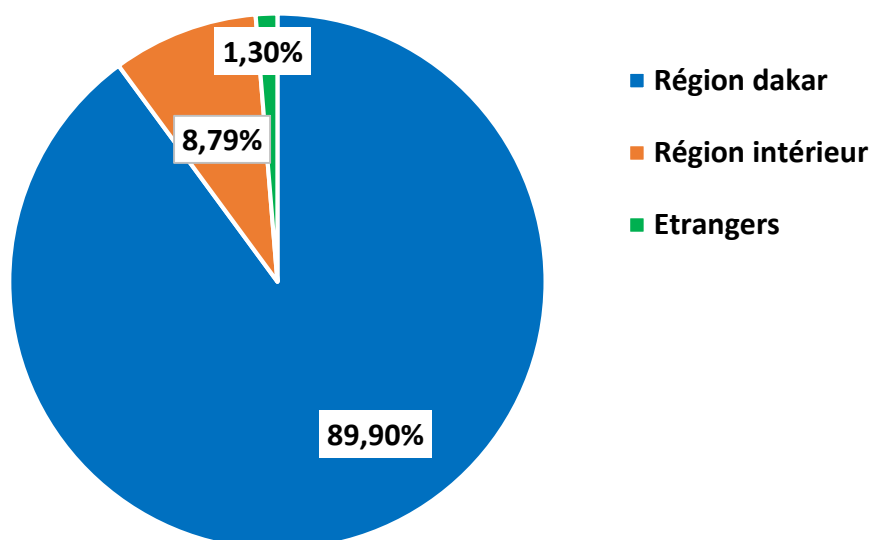


Figure 2: Répartition des enfants selon l'origine géographique

1.6. Répartition des enfants selon la scolarisation

Près de la moitié de notre série était scolarisée, soit 146 enfants (47,55 %). Le niveau d'étude était pré-scolaire dans 4 cas (1,30%), primaire dans 92 cas (29,96%) et secondaire dans 50 cas (16,28%). Quatre-vingt-un enfants (26,38%) avaient une scolarisation de type français, 29 enfants (9,44%) de type arabe et 36 enfants (11,72%) de type mixte.

1.7. Répartition des enfants selon le terrain personnel

Tableau II: Répartition des enfants selon le terrain personnel

Terrain	n (%)
Prurit oculaire + LCET	63 (20,52)
Asthme	30 (9,77)
Rhinite saisonnière	23 (7,49)
Eczéma atopique	9 (2,93)
Drépanocytose	6 (1,95)
Végétations	5 (1,62)
Allergie alimentaire	4 (1,30)
Prématurité	4 (1,30)
Otite à répétitions	1 (0,32)
Leucémie aigue	1 (0,32)
Syndrome néphrotique	1 (0,32)
Dermatomyosite	1 (0,32)
Maladie de Hirschsprung	1 (0,32)

Une atonie personnelle était notée chez 129 enfants (42,01%) parmi lesquels un prurit oculaire + limbo-conjonctivite endémique tropicale (LCET) dans 63 cas (20,52%), un asthme dans 30 cas (9,77%), une rhinite saisonnière dans 23 cas (7,49%), un eczéma atopique dans 9 cas (2,93%) et une allergie alimentaire dans 4 cas (1,30%). Une prématurité était retrouvée dans 4 cas (1,30%). Le terrain des enfants est résumé dans le tableau II.

1.8. Caractéristiques socio-démographiques de la mère

Tableau III: Caractéristiques socio-démographiques de la mère

Variable	n (%)	Moyenne (\pm DS)	Médiane
Age (années)		25,3(\pm 7,5)	25,0 (21-43)
≤25 ans	154 (50,2)		
[26-35] ans	121 (39,4)		
≥ 36 ans	32 (10,4)		
Alphabétisation			
Oui	41 (13,4)		
Non	266 (86,6)		
Emploi rémunéré			
Oui	57 (18,5)		
Non	250 (81,4)		
Nombre d'enfants à charge		3,9 (\pm 2,2)	4,0 (1-8)
≤ 2	66 (21,5)		
[3-5]	76 (24,7)		
≥6	165 (53,7)		

L'âge moyen (\pm DS) des mères était de 25,3 (\pm 7,5) ans, avec des extrêmes allant de 21 à 43 ans. Les mères âgées moins de 25 ans constituaient 50,2% de notre série. (Tableau III)

1.9. Répartition des enfants selon le terrain familial

Tableau IV: Répartition des enfants selon le terrain familial

Terrain	n (%)
Asthme	13 (4,23)
Rhinite saisonnière	11 (3,58)
Prurit oculaire	5 (1,62)
Drépanocytose	5 (1,62)
Diabète	4 (1,30)
Kératodermie palmoplantaire héréditaire	3 (0,97)
Eczéma atopique	1 (0,32)
Psoriasis	1 (0,32)
Xeroderma Pigmentosum	1 (0,32)
Lupus érythémateux systémique	1 (0,32)

Nous avons noté une atopie familiale dans 30 cas (9,77%), dont un asthme dans 13 cas (4,23%), une rhinite saisonnière dans 11 cas (3,58%), un prurit oculaire dans 5 cas (1,62%) et un eczéma atopique dans 1 cas (0,32%). Il s'agissait d'un parent de 1^{er} degré dans 15 cas et d'un parent de 2^{ème} degré dans 21 cas. Par ailleurs, il existait une notion de consanguinité au 2^{ème} degré, chez 4 enfants (1,30%). Les autres terrains familiaux sont résumés dans le tableau IV.

1.10. Répartition des enfants selon le niveau socio-économique

Le milieu socio-économique était bas chez 185 enfants (60,26%), moyen chez 98 enfants (31,92%) et élevé chez 24 enfants (7,82%).

2. Aspects Cliniques

2.1. Itinéraire thérapeutique

2.1.1. Consultation antérieure

Tableau V: Répartition des enfants selon le recours thérapeutique

Variable	n (%)
Recours thérapeutique	
Oui	129 (42,01)
Non	178 (57,98)
Type de recours	
Tradipraticien	53 (17,26)
Pharmacien	30 (9,77)
Centre Hospitalier	27 (8,79)
Pédiatre	18 (5,86)
Dermatologue	4 (1,30)
Généraliste	3 (0,97)
ORL	2 (0,65)
Chirurgien	1 (0,32)
Dentiste	1 (0,32)
Infectiologue	1 (0,32)
Centre de santé primaire	19 (6,18)

Dans notre série, 129 enfants (42,01%) avaient eu recours à une thérapeutique avant la consultation au service. L'auto-médication à la pharmacopée traditionnelle et en pharmacie moderne était observée respectivement dans 53 cas (17,26%) et 30 cas (9,77%). Vingt-sept enfants (8,79%) avaient consulté dans un centre hospitalier et 19 enfants (6,18%) dans un centre de santé primaire. Le pédiatre était le médecin consulté antérieurement dans 5,86% (18 cas) suivi du dermatologue, du médecin généraliste et du chirurgien ORL respectivement dans 1,30% (4 cas), 0,97% (3 cas) et 0,65% (2 cas).

2.1.2. Traitement antérieur

Près de 23% (69 enfants) avaient reçu des antibiotiques et 14% (43 enfants) des antihistaminiques. Une phytothérapie avouée était notée dans 53 cas (17,26%) et la voie orale était observée dans 30 cas (9,77%). La durée moyenne de la phytothérapie était de 43,09 jours. La figure 3 illustre le traitement antérieur des enfants.

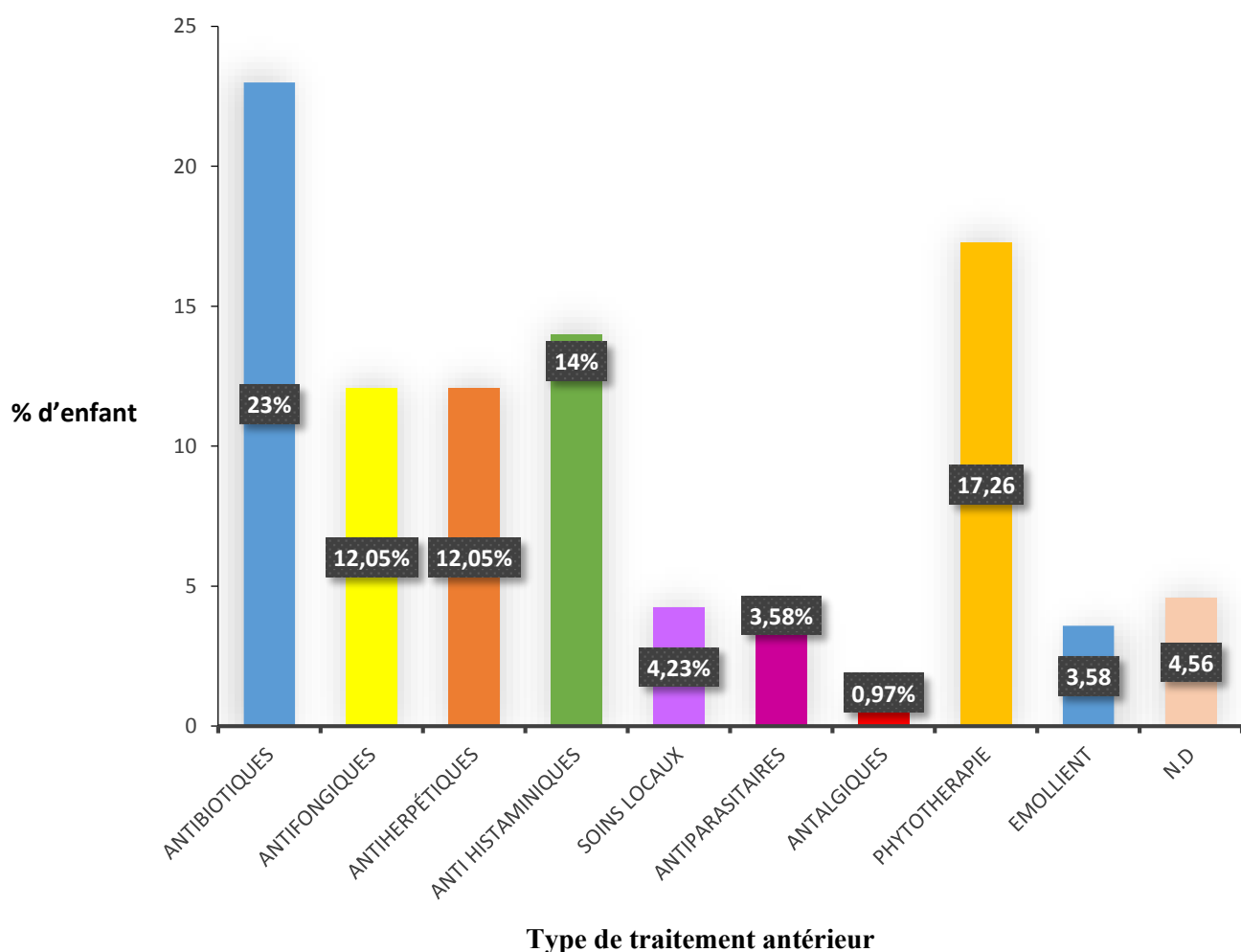


Figure 3: Répartition des enfants selon le traitement antérieur

2.1.3. Evolution après le traitement antérieur

Une récurrence après amélioration était observée chez 18 enfants (5,86%) et une aggravation chez 31 enfants (10,09%). Quarante-vingt enfants (26,05%) présentaient une évolution stationnaire au traitement antérieur.

2.2. Durée d'évolution des symptômes avant le diagnostic

Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic était de 167,24 jours, soit approximativement 5 mois (\pm Ds: 194 ; IC95% [1 jour - 10 ans]).

2.3. Signes fonctionnels et symptômes

Le prurit était observé dans 38,76% (119 enfants) et la douleur chez 14 enfants (4,23%) Huit enfants (2,60%) présentaient une fièvre, 3 enfants (0,97%) une photosensibilité et 1 enfant (0,32%) un ictère.

2.4. Lésions élémentaires

Tableau VI: Répartition des enfants selon les lésions élémentaires

Lésions élémentaires	n (%)
Erythème-squames	208 (67,75)
Papules	74 (24,1)
Vésicules	55 (17,9)
Pustules	30 (9,77)
Bulles	24 (7,8)
Nodules	20 (6,5)
Tumeur cutanée	17 (5,53)
Lichénification	13 (4,23)
Ulcérations	12 (3,90)
Trouble de la pigmentation	12 (3,90)
Comédons	8 (2,6)
Sclérose cutanée	1 (0,32)

Plus de la moitié des enfants (n=208) consultaient pour des lésions érythémato-squameuses, suivis des papules dans 24,1% (74 enfants) et des vésicules 17,9% (55 enfants). Les lésions élémentaires sont détaillées dans le tableau VI.

2.5. Topographie

Dans notre série, les lésions étaient localisées sur les membres chez 101 enfants (32,89%). Les lésions étaient profuses dans 57 cas (18,57%) et localisées sur le visage dans 55 cas (18%). La figure 4 ci-dessous illustre les différentes topographies.

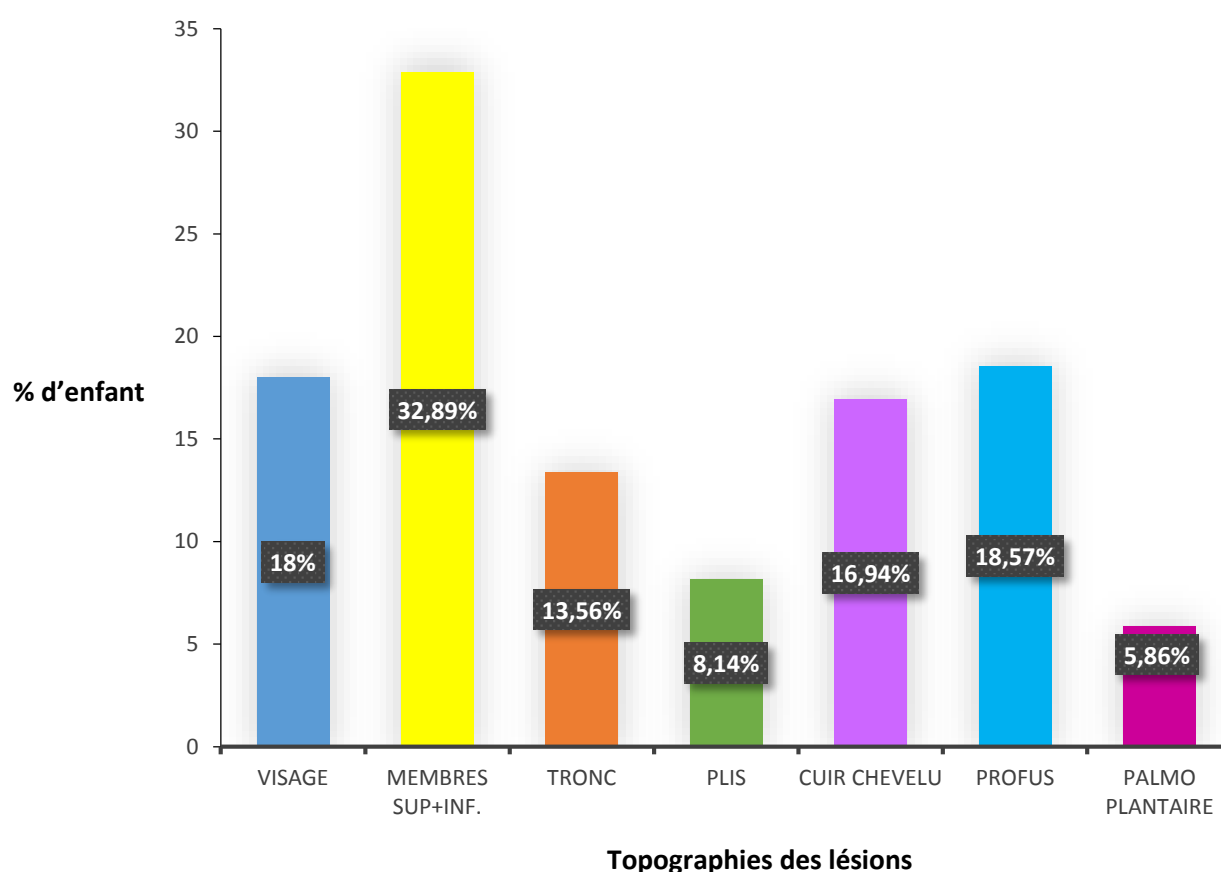


Figure 4: Répartition des enfants selon la topographie des lésions

2.6. Complications associées

Trente-cinq enfants (11,40%) avaient des complications. On notait une surinfection bactérienne et virale respectivement dans 9,77% des cas (30 enfants) et 1,62% des cas (5 enfants).

2.7. Cas similaire

A l'interrogatoire, on retrouvait des cas similaires de dermatoses dans l'entourage de l'enfant. Ils correspondaient à une gale dans 17 cas (5,53%), du molluscum contagiosum dans 9 cas (2,93%), de la teigne du cuir chevelu et de la maladie de Heck dans 8 cas (2,60%) chacun.

2.8. Examens complémentaires

Les examens complémentaires étaient demandés chez 26 enfants (8,46%).

L'hémogramme montrait un syndrome inflammatoire non spécifique dans 8 cas : il s'agissait d'une dermatite atopique (2 cas), ulcères de jambes (2 cas), xeroderma pigmentosum associé à un carcinome épidermoïde (1 cas), brûlure (1 cas), leishmaniose cutanée (1 cas), pyoderma gangrenosum (1 cas).

Une hyperéosinophilie était notée dans 2 cas de dermatite atopique. L'anémie était hypochrome microcytaire dans 1 cas d'ulcères drépanocytaires associés à une insuffisance veineuse et 1 cas de brûlure. La CRP était positive dans 5 cas : il s'agissait d'ulcères de jambes (2 cas), brûlure (1 cas), leishmaniose cutanée (1 cas), pyoderma gangrenosum (1 cas). Le bilan lipidique était normal (2 cas de psoriasis, 1 cas d'ulcère sur insuffisance veineuse) et perturbé dans 1 cas d'ulcère drépanocytaire associé à une insuffisance veineuse.

La sérologie rétrovirale était négative dans 2 cas de dermatophytie profuse et 1 cas de verrues profuses.

L'électrophorèse de l'hémoglobine était effectuée dans 2 cas ulcères sur insuffisance veineuse : tracé type AA et tracé AS.

Des prick tests ont été réalisés dans 5 cas : il s'agissait de dermatite atopique (4 cas) et angioedème anti-histaminique (1 cas). Les prick tests étaient positifs dans 4 cas: sensibilité aux acariens + moisissures (2 cas), acariens + moisissures + poil de chat (1 cas), crevettes (1 cas). Les Ige totales et spécifiques étaient positives dans 2 cas : crevettes (1 cas), œuf + noix (1 cas).

Les biopsies cutanées étaient prélevées chez 5 enfants : il s'agissait d'un xanthome, deux carcinomes épidermoïde, d'un lichen et d'une sclérodermie localisée. Toutes les biopsies prélevées confirmaient le diagnostic.

Le prélèvement bactériologique a isolé la *Pseudomonas Aeruginosa* (1 cas) et le *Staphylococcus aureus* (1 cas).

Le prélèvement parasitologique à la recherche de corps de leishmanies était positif dans 1 cas.

Le prélèvement mycologique du cuir chevelu était négatif dans 3 cas : il s'agissait de teigne de cuir chevelu (2 cas) et kératodermie palmo plantaire (1 cas). Chez 3 enfants qui présentaient des teignes de cuir chevelu, le prélèvement était positif à *Trichophyton Soudanense* (2 cas) et *Microsporum langeronii* (1 cas).

La radiographie du rachis était normale (1 cas de neurofibromatose). L'échographie d'une masse pré-tragienne était non contributive (1 cas). Deux ECG ont été demandés au cours d'hémangiome, et étaient normaux.

L'échodoppler cardiaque était normal (1 cas de xanthome). L'échodoppler veineux réalisé dans 2 cas d'ulcères drépanocytaires, avait montré une incontinence des veines saphènes (1 cas) et des veines poplitées (1 cas). L'échodoppler artério-veineux du bras a montré la présence d'une malformation artério-veineuse (1 cas).

Le scanner cérébral avait montré un neurofibrome auriculaire droit avec atteinte du nerf facial et de son ganglion géniculé (1 cas de neurofibromatose).

La tomodensitométrie cérébral (TDM) réalisée dans 1 cas de xeroderma pigmentosum associé à un carcinome épidermoïde, avait montré un processus expansif bourgeonnant sans lésion osseuse associée ni d'anomalie de densité intra parenchymateuse.

2.9. Diagnostic étiologique

2.9.1. Répartition globale

Tableau VII: Répartition des enfants selon le groupe de dermatoses

Dermatoses	n (%)
Infectieuses	141 (45,2)
Allergiques	83 (27,0)
Inflammatoires	30 (9,7)
Tumorales	16 (5,2)
Génodermatoses	12 (3,9)
Malformations	4 (1,3)
Pathologies associées	15 (4,8)
Autres diagnostics	6 (1,9)
TOTAL	307 (100)

Le groupe des dermatoses infantiles le plus représenté était les dermatoses infectieuses rencontré chez 141 enfants (45,2 %), suivi du groupe des dermatoses allergiques noté chez 83 enfants (27,0 %), inflammatoires chez 30 enfants (9,7%), et les tumeurs chez 16 enfants (5,2 %). La répartition globale des dermatoses infantiles est détaillée dans le tableau VII ci-dessus.

2.9.2. Dermatoses infectieuses

Tableau VIII: Répartition des enfants selon les dermatoses infectieuses

Dermatoses infectieuses	n (%)
Fongique	66 (21,4)
Teigne cuir chevelu	42 (13,6)
Dermatophytie	13 (4,23)
Dermite séborrhéique	9 (2,93)
Pityriasis versicolor	2 (0,65)
Virale	48 (15,3)
M. contagiosum	25 (8,14)
Maladie de Heck	15 (4,89)
Varicelle	3 (0,97)
Verrue	3 (0,97)
Herpès génital	1 (0,32)
Condylomes	1 (0,32)
Parasitaire	19 (6,1)
Gale	17 (5,54)
Larva migrans	1 (0,32)
Leishmaniose cutanée	1 (0,32)
Bactérienne	8 (2,6)
Impétigo	7 (2,28)
Folliculite	1 (0,32)
TOTAL	141 (45,9)

Les dermatoses fongiques (66 cas, 21,4%) et virales (48 cas, 15,3%) constituaient environ le tiers des étiologies. Parmi les dermatoses infectieuses, la teigne du cuir chevelu intéressait 42 enfants (13,6%). Les autres motifs de consultations étaient par ordre décroissant: le molluscum contagiosum (25 cas, 8,14%), la gale (17 cas, 5,54%) et la maladie de Heck (15 cas, 4,89%). Les résultats sont détaillés dans le tableau VIII et les figures (5, 6, 7 et 8).



Figure 5: Leishmaniose cutanée (Collection H.A.L.D)



Figure 6: Teigne du cuir chevelu (Collection H.A.L.D)

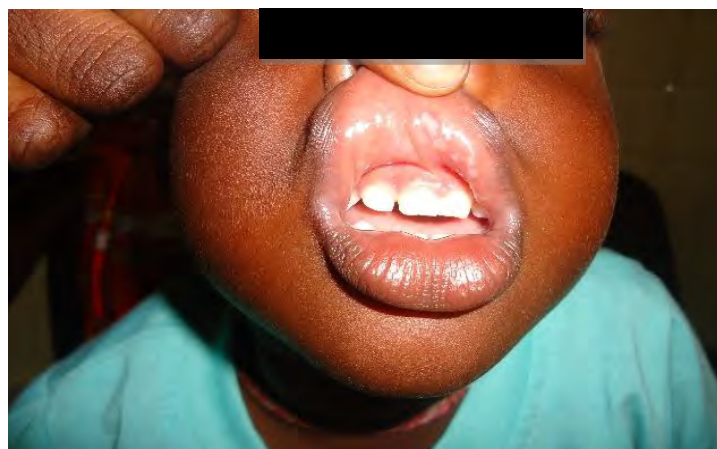


Figure 7: Maladie de Heck (Collection H.A.L.D)



Figure 8: Molluscum contagiosum (Collection H.A.L.D)

2.9.3. Dermatoses allergiques

Tableau IX: Répartition des enfants selon les dermatoses allergiques

Dermatose allergique	n (%)
Dermatite atopique	68 (22,15)
Eczéma	14 (4,56)
Angioedème anti-histaminique	1 (0,32)
TOTAL	83 (27,0)

La dermatite atopique était notée dans 22,15% (68 enfants). Les autres étiologies sont détaillées dans le tableau IX.

2.9.4. Dermatoses inflammatoires

Tableau X: Répartition des enfants selon les dermatoses inflammatoires

Dermatose inflammatoire	n (%)
Acné	8 (2,60)
Vitiligo	6 (1,95)
Prurigo	4 (1,30)
Psoriasis	4 (1,30)
Lichen plan	3 (0,97)
Pelade	2 (0,65)
Sclérodermie	1 (0,32)
Hypomélanose maculeuse progressive	1 (0,32)
Pyoderma gangrenosum	1 (0,32)
TOTAL	30 (9,77)

Les dermatoses inflammatoires étaient dominées par l'acné (2,60%) et le vitiligo (1,95%). Les autres étiologies sont détaillées dans le tableau X et les figures (9, 10, 11,12 et 13).



Figure 9: Dermatite atopique (Collection H.A.L.D)



Figure 10: Lichen plan (Collection H.A.L.D)

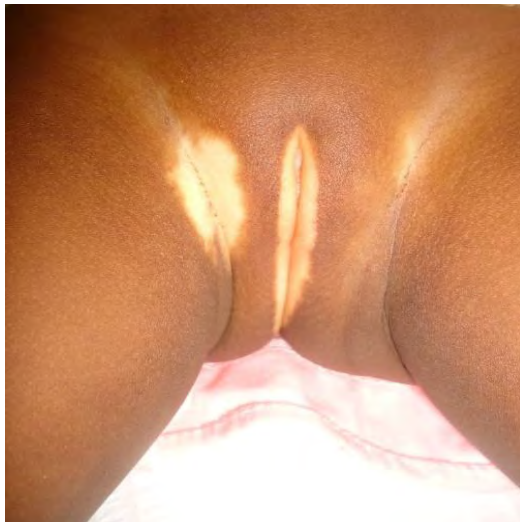


Figure 11: Vitiligo vulvaire (Collection H.A.L.D)



Figure 12: Pelade (Collection H.A.L.D)



Figure 13: Kératodermie palmo plantaire psoriasique (Collection H.A.L.D)

2.9.5. Génodermatoses

Tableau XI: Répartition des enfants selon les génodermatoses

Génodermatose	n (%)
Kératodermie palmo-plantaire héréditaire	3 (0,97)
Épidermolyse bulleuse héréditaire	3 (0,97)
Ichtyose héréditaire	3 (0,97)
Xeroderma pigmentosum	2 (0,65)
Neurofibromatose	1 (0,32)
TOTAL	12 (3,9)

Les kératodermies palmoplantaires (KPP) héréditaires, l'épidermolyse bulleuse héréditaire (EBH) et l'ichtyose héréditaire étaient retrouvées, chez 3 enfants (0,97%) chacune. Les autres étiologies sont détaillées dans le tableau XI et les figures (14, 15 et 16).



Figure 14-A



Figure 14-B

Figure 54: Neurofibrome auriculaire et taches café-au-lait au cours d'une neurofibromatose I (Collection H.A.L.D)



Figure 15: Ichtyose héréditaire (Collection H.A.L.D)



Figure 16: KPP héréditaire (Collection H.A.L.D)

2.9.6. Dermatoses tumorales

Les tumeurs bénignes étaient les plus observées chez les enfants, parmi lesquelles les chéloïdes et l'hémangiome étaient les plus fréquents. Les résultats sont détaillés dans le tableau XII et les figures (15, 16 et 17).

Tableau XII: Répartition des enfants selon les tumeurs

Tumeurs	n (%)
Chéloïdes	9 (2,93)
Hémangiome	4 (1,30)
Kystes	2 (0,65)
Carcinome épidermoïde	1 (0,32)
TOTAL	16 (5,2)



Figure 17: Hémangiome de la jambe (Collection H.A.L.D)



Figure 18: Chéloïde du menton (Collection H.A.L.D)



Figure 19: Kyste dermoïde palpébral (Collection H.A.L.D)

2.9.7. Malformations

Tableau XIII: Répartition des enfants selon les malformations

Malformations	n (%)
Doigts surnuméraires	2 (0,65)
Malformation artério-veineuse	1 (0,32)
NEVIL	1 (0,32)
TOTAL	4 (1,3)

Les doigts surnuméraires étaient les malformations les plus observées dans 1,3% (2 enfants).

Les autres étiologies sont détaillées dans le tableau XIII et la figure (20).

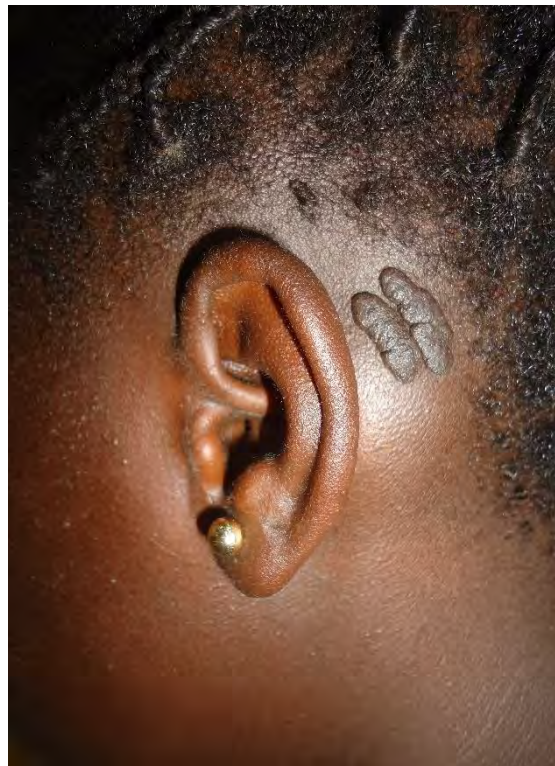


Figure 20: NEVIL retro-auriculaire (Collection H.A.L.D)

2.9.8. Autres diagnostics

Diverses étiologies étaient retrouvées dans 1,95% (6 enfants) : Ulcère drépanocytaire sur terrain d'insuffisance veineuse (1 cas), ulcère de jambe sur terrain d'insuffisance veineuse (1 cas), granulome glutéal (1 cas), livédo (1 cas), brûlure (1 cas) et xanthomes disséminés (1 cas). Ci-dessous, les figures (21 et 22).



Figure 21: Xanthomes disséminés (Collection H.A.L.D)



Figure 22: Granulome glutéal (Collection H.A.L.D)

2.9.9. Pathologies associées

Tableau XIV: Répartition des enfants selon les pathologies associées

Pathologies associées	n (%)
Teigne du cuir chevelu + DA + folliculite	2 (0,65)
Teigne du cuir chevelu + folliculite	1 (0,32)
Teigne du cuir chevelu + molluscum contagiosum	1 (0,32)
Teigne du cuir chevelu + eczéma + folliculite	1 (0,32)
Teigne du cuir chevelu + furoncles	1 (0,32)
Folliculite + eczéma	1 (0,32)
Folliculite + molluscum contagiosum	1 (0,32)
Folliculite + gale	1 (0,32)
Folliculite + DA	1 (0,32)
Dermite séborrhéique + angiome	1 (0,32)
KPP + onyxis	1 (0,32)
XP + carcinome épidermoïde	1 (0,32)
Cor interdigital + eczéma	1 (0,32)
Acné + alopecie de traction + eczéma	1 (0,32)
TOTAL	15 (4,8%)

Les pathologies étaient associées chez 15 (4,8%) enfants. La teigne du cuir chevelu était associée surtout à une DA + folliculite (2 cas). Les autres pathologies associées sont décrites dans le tableau XIV.

2.10. Relation entre le sexe des enfants et les dermatoses les plus fréquentes

Tableau XV: Relation entre le sexe des enfants et les dermatoses les plus fréquentes

Dermatose	Garçons	Filles	χ^2	P-value
	n (%)	n (%)		
Dermatite atopique (n=68)	22 (32,35)	46 (67,65)	4,53	0,03
Teigne (n=42)	16 (38,1)	26 (61,9)	0,61	0,43
Molluscum contagiosum (n=25)	15 (40)	10 (60)	2,95	0,08
Gale (n=17)	7 (41,18)	10 (58,82)	0,04	0,83
Maladie de Heck (n=15)	8 (53,33)	7 (46,67)	0,60	0,43
Dermatophytie (n=13)	9 (69,23)	4 (30,77)	3,6	0,05

La prévalence de la DA était élevée chez le sexe féminin ($p=0,03$), et celle de la dermatophytie chez le sexe masculin ($p=0,05$). Ailleurs, la prévalence était élevée chez les garçons pour le MC et la maladie de Heck, et chez les filles pour la gale et la TCC, mais cette relation n'était pas statistiquement significative. (Tableau XV)

2.11. Relation entre l'âge des enfants et les dermatoses les plus fréquentes

Tableau XVI: Relation entre l'âge des enfants et les dermatoses les plus fréquentes

Dermatose	[0-2 ans]	[>2-5 ans]	[>5-11 ans]	[>11-16 ans]	χ^2	P-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Dermatite atopique (n=68)	17 (25)	21 (30,8)	26 (38,2)	4 (5,8)	8,97	0,02
Teigne (n=42)	2 (5)	18 (42,8)	17 (40,5)	5 (11,9)	12,76	< 0,01
Molluscum contagiosum (n=25)	5 (20)	11 (44)	9 (36)	0 (0)	7,86	0,049
Gale (n=17)	10 (58,8)	3 (17,6)	3 (17,6)	1 (5,8)	15,85	< 0,001
Maladie de Heck (n=15)	1 (6,6)	7 (46,6)	6 (40)	1 (6,6)	5,23	0,15
Dermatophytie (n=13)	3 (23,1)	1 (7,7)	2 (15,4)	7 (53,8)	12,59	< 0,01

La dermatite atopique était observée chez les [$>5-11$ ans] ($p=0,02$). La TCC et le MC étaient en majorité observés chez les enfants en âge pré-scolaire et la gale prédominait chez les nourrissons ($p<0,001$). La dermatophytie prédominait chez les adolescents ($p<0,01$). (Tableau XVI)

2.12. Relation entre le niveau-sociodémographique des enfants et les dermatoses

Tableau XVII: Relation entre le niveau-sociodémographique des enfants et les dermatoses

Dermatose	Bas	Moyen	Elevé	χ^2	P-value
	n (%)	n (%)	n (%)		
Dermatite atopique (n=68)	16 (23,5)	43 (63,2)	9 (13,2)	49,67	$<0,001$
Teigne (n=42)	32 (76,1)	8 (19,5)	2 (4,7)	5,16	0,12
Molluscum contagiosum (n=25)	19 (76)	4 (16)	2 (8)	3,28	0,19
Gale (n=17)	11 (64,7)	4 (23,5)	2 (11,7)	0,81	0,66
Maladie de Heck (n=15)	11 (73,3)	2 (13,3)	2 (13,3)	2,62	0,25
Dermatophytie (n=13)	8(61,5)	4 (30,6)	1 (7,6)	0,01	0,99

Il existait une différence entre la prévalence des dermatoses infectieuses et le niveau socio-économique mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Ainsi, la prévalence des dermatoses infectieuses était élevée chez les enfants issus d'un niveau socio-économique bas. Ailleurs, la prévalence de la DA était élevée parmi les enfants issus d'un niveau socio-économique moyen ($p<0,001$). (Tableau XVII).

2.13. Association entre les caractéristiques socio-démographiques de la mère et infections.

Le tableau XVIII présente l'association entre les caractéristiques socio-démographiques de la mère et infections.

Tableau XVIII: Association entre caractéristiques de la mère et infections.

Variable	n	% dermatoses infectieuses	OR	P-value
Age (années)				$\leq 0,0001$
≤ 25	154	59,5%	21,6 (5,0-94,0)	
[26-35]	121	39,6%	9,8 (2,2-43,2)	
≥ 36	32	6,6%	1	
Alphabétisation				0,008
Oui	41	26,8%	1	
Non	266	54,8%	2,6 (1,3-5,4)	
Emploi rémunéré				0,02
Oui	57	59,6%	1	
Non	250	42,8%	1,9 (1,3-3,5)	
Nbre d'enfants à charge				0,62
≤ 2	66	51,5%	1	
[3-5]	76	47,4%	1,2 (0,6-2,3)	
≥ 6	165	43,0%	1,4 (0,8- 2,5)	

Les Odds Ratio (OR) étaient très élevés pour les catégories des enfants issus de mères d'âge inférieur à 25 ans ($p \leq 0,0001$) qui n'avaient aucun niveau d'instruction ($p = 0,008$) et aucun emploi rémunéré ($p = 0,02$), et chez celles qui avaient ≥ 6 enfants à charge ($p = 0,62$).

3. Prise en charge

3.1. Traitement

Les différents traitements chimiques et physiques sont détaillés dans les tableaux XIX et XX.

Tableau XIX: Répartition des traitements chimiques utilisés selon l'indication

Traitement	n (%)	Indications
Corticothérapie		
<i>Locale</i>		
- Bétaméthasone (crème)	135	Eczéma, lichen, vitiligo, psoriasis, prurigo, KPP, dermite
- Désonide (crème)	(43,0)	séborrhéique, pelade, chéloïdes
- Prednicarbate (crème)	34 (11,1)	Eczéma, lichen, vitiligo
<i>Systémique</i>	40 (12,9)	
- Bétaméthasone (cp) (suspension)	10 (3,2)	Eczéma, lichen, pelade, sclérodermie localisée
- Prednisone (cp)	5 (1,6)	Pelade, sclérodermie localisée
Antibiothérapie		
<i>Locale</i>		
- Acide fusidique (crème)	19 (6,2)	Eczéma surinfecté, gale surinfecté, folliculite, impétigo
- Erythromycine (lotion)	2 (0,9)	Acné
<i>Systémique</i>		
- Amox-acide clavulanique (cp)	15 (4,8)	Eczéma surinfecté, gale surinfecté, folliculite, impétigo
- Erythromycine (sachet)	12 (3,9)	Folliculite, impétigo
- Rovamycine (cp)	7 (2,2)	Folliculite, impétigo
- Doxycycline (cp)	5 (1,6)	Acné
Josacine (sirop)	3 (0,9)	Eczéma surinfecté, gale surinfecté, folliculite, impétigo
Antifongique		
<i>Locale</i>		
- Ciclopiroxolamine (crème) (solution)	13 (4,2)	Dermite séborrhéique, pityriasis versicolor, T.C.C,
- Econazole (crème)	3 (0,9)	Dermatophytie
- Kétoconazole (crème)	3 (0,9)	Dermatophytie
<i>Systémique</i>		
- Griséofulvine (cp)	23 (7,5)	T.C.C, dermatophytie profuse
- Terbinafine (cp)	19 (6,2)	T.C.C, dermatophytie profuse
Antiparasitaire		
<i>Locale</i>		
Benzoate de benzyle (lotion)	17 (5,5)	Gale
<i>Systémique</i>		
- Ivermectine (cp)	4 (1,3)	Gale, larva migrans
Rétinoïdes		
<i>Locale</i> Trétinoïne (crème)	5 (1,6)	Acné
<i>Systémique</i> Isotrétinoïne (cp)	2 (0,6)	Acné
Antiherpétique		
- Aciclovir	8 (2,6)	Herpès génital, Surinfection herpétique
Vaseline salicylée (10%,20%) (crème)	13 (4,2)	KPP, eczéma, lichen, psoriasis
Peroxyde de Benzoyle+ adapalène (crème)	3 (0,9)	Acné
Propanolol (cp)	2 (0,6)	Hémangiome
Infiltration intralésionnelle		
- Triamcinolone 40 mg (suspension)	9 (2,9)	Chéloïdes
Antimoniote de mégglumine (suspension)	1 (0,32)	Leishmaniose cutanée

Tableau XX: Répartition des traitements physiques selon l'indication.

Traitement	n (%)	Indications
Curetage	25 (8,1)	Molluscum contagiosum
Exérèse	3 (0,9)	Carcinome épidermoïde sur XP, kyste dermoïde, chéloïde
Neige carbonique	22 (7,1)	Maladie de Heck, verrues, condylomes
Bande de contention	2 (0,6)	Ulcère de jambe

Les dermocorticoïdes étaient la thérapeutique de première intention. Elle était utilisée seule ou associée à une antibiothérapie orale. Les dermocorticoïdes de palier II étaient utilisés pendant une durée moyenne de 3 semaines. L'association amoxicilline-acide clavulanique était prescrite dans 4,8% des cas à dose variable selon le poids. Les autres antibiotiques oraux étaient les macrolides (érythromycine, rovamycine, josacine). Les antibiotiques locaux étaient l'acide fusidique et l'érythromycine. La griséofulvine et la terbinafine par voie orale et la ciclopiroxolamine en solution ou en crème, étaient prescrits respectivement dans 7,5%, 6,2% et 4,2% des cas. Les mesures hygiéno-diététiques ainsi que le conseil génétique étaient prodigués systématiquement selon les cas.

3.2. Demande d'avis spécialisés

Les principales consultations interdisciplinaires demandées étaient les suivantes :

- Pédiatrie chez 5 enfants (1,62 %) : Evaluation statut nutritionnel et douleurs abdominales
- Cardiologie pédiatrique chez 2 enfants (0,65 %) : Bilan pré-prépanolol
- Ophtalmologie chez 3 enfants (0,97 %) : Kyste dermoïde, Xanthomes, Molluscum contagiosum palpébral
- O.R.L chez 2 enfants (0,65 %) : Angine
- Cancérologie chez 2 enfants (0,65 %) : Carcinome épidermoïde
- Chirurgie plastique chez 1 enfant (0,32 %) : Chéloïde diffuse et brides cicatricielles
- Chirurgie vasculaire chez 1 enfant (0,32 %) : Malformation artério-veineuse

4. Aspects évolutifs

L'évolution était :

- Favorable chez 225 enfants (73,28%)
- Stationnaire chez 7 enfants (2,8%) : 3 chéloïdes, 2 T.C.C., 2 ichtyose
- Perdus de vue : 29 enfants (9,4%)
- Récidives : 3 cas de gale (0,97%)
- Décès : 0 enfant
- En cours de traitement : 43 enfants (14,0%)

DISCUSSION

Nous rapportons une étude prospective portant sur les dermatoses infantiles, recueillie sur une période de 06 mois, du 01 mars au 31 août 2017, dans le service de dermatologie du C.H.U Aristide Le Dantec de Dakar, au Sénégal.

1. Limite de l'étude

L'étude est menée dans le principal service de prise en charge de dermatologie à Dakar au Sénégal. Le résultat obtenu ne pourra s'appliquer pour l'ensemble du Sénégal. Du fait de la transversalité du recueil des données, notre étude comporte des biais de non-réponses des patients, de mémorisation, de prévarication mais aussi des biais liés aux perdus de vue chez qui on pouvait chercher des caractéristiques afin de les comparer aux participants. L'inaccessibilité géographique et la difficulté financière à réaliser les examens complémentaires étaient aussi les principales limites du fait du bas niveau socio-économique prédominant dans notre échantillon. Enfin, dans la littérature, il n'existait pas d'homogénéité entre les tranches d'âge des enfants, limitant ainsi la comparaison des données.

2. Aspects épidémiologiques de l'échantillon

❖ Prévalence hospitalière

Dans notre échantillon, la fréquence hospitalière des dermatoses infantiles s'élevait à 19% soit environ 1 patient sur 5 était un enfant. Des fréquences plus élevées ont été rapportées. Aux Etats-Unis, la prévalence des dermatoses infantiles dans différentes études, était estimé jusqu'à 30% [4]. En France [6], au Japon [13] et au Népal [14], la prévalence des dermatoses de la population pédiatrique, était respectivement de 28%, 11,9% et 22,5%. En Afrique, les prévalences variaient entre 21-87% [1]. Au Mali, une étude menée par Fofana Y. et al. évaluait la prévalence des dermatoses de la population pédiatrique à 31,51 % en 2016 [8].

❖ Age

Dans notre étude, les consultations dermatologiques intéressaient une population pédiatrique d'âge moyen de 6,8 ans (± 4.7) et cet âge était supérieur à celui rapporté par Katibi O.S et al. [15] soit 4,7 ans (± 4.1), alors que Fofana Y. et al. [8] et Marrone et al. [16] avaient noté un âge moyen plus élevé, soit respectivement 8,0 ans $\pm (5,7)$ et 9.2 ans (± 5.9). Dans la

littérature, il n'existait pas d'homogénéité entre les tranches d'âge des enfants, ce qui limitait la comparaison des données. Les nourrissons (47,8%) constituaient la majorité de l'échantillon dans la série de Dumortier [6] alors que les adolescents étaient les plus nombreux en Turquie (47,6%) [17] et au Népal (61.3%) [14]. Pareillement à l'étude de Sacchidanand et al. [7] et de Al Maaita et al. [18] le groupe des enfants d'âge compris entre [>5 -11 ans], constituait la majorité de notre série.

❖ Sex ratio

Nous avons observé une prédominance féminine avec un sex-ratio (M/F) de 0,77 ; Cette prédominance féminine était moins marquée que celle observée au Nigéria (M/F : 1,15) [19]. Il existait une prédominance masculine en France (1,1) [3], au Mali (1,2) [8], au Népal (1,1) [14] en Inde (1,2) [7] et en Grèce (0,9) [20]. Toutefois, dans la littérature, les deux sexes sont représentés en proportions équivalentes [21].

3. Aspects cliniques de l'échantillon

L'itinéraire thérapeutique des patients retardait la prise en charge (PEC) initiale dans notre service. La longue durée d'évolution des symptômes de 5 mois [1 jour-10 ans], était dûe au recours initial à la pharmacopée traditionnelle mais aussi à la PEC initiale effectuée par les pédiatres et d'autres spécialistes. La méconnaissance du diagnostic concernait surtout les papillomes infectieux buccaux qui avaient nécessité des exérèses chez les dentistes et les chirurgiens ORL.

Nous n'avons pas pu comparer cette durée d'évolution des symptômes avec la littérature, puisqu'aucune étude n'a reporté une telle donnée. Cependant, la durée d'évolution était rapide au cours des dermatoses infectieuses (varicelle, larva migrans et surinfections bactériennes au cours de la D.A ou de la gale), tandis qu'elle était plus longue au cours des chéloïdes, de l'acné et des génodermatoses.

Dans notre série, le prurit parmi les enfants s'élevait à 76%. Ce résultat corrobore les conclusions de Fofana Y. et al. [8], qui rapportaient un prurit chez 89.75% des enfants. Selon Rajka, *"le prurit est un symptôme dominant et cardinal de l'eczéma atopique"* [22]. Etant donné que l'eczéma atopique est la maladie cutanée la plus fréquente dans l'enfance, sa prévalence dans notre série pouvait expliquer la prépondérance du prurit.

Environ un tiers des enfants présentaient une dermatose localisée aux membres et au visage du fait de la prédominance de la dermatite atopique et du MC à cet âge. La topographie diffuse était surtout expliquée par la gale.

4. Aspects étiologiques de l'échantillon

❖ Dermatoses infectieuses

Dans notre série, le groupe des dermatoses infectieuses était le plus observé (45%). Cette prévalence est assez similaire à celle rapportée par Balai et al. [23].

Les causes fongiques représentaient la majorité des cas (19.4%) et la TCC était l'étiologie infectieuse la plus fréquente dans notre étude (13,2%). Elle correspondait à 77% des causes fongiques en Ethiopie [16], 2,25% en Inde [24] et était la deuxième pathologie capillaire la plus fréquente chez l'enfant, dans 17% des cas en Inde [25] ; Par contre, la prévalence aux USA était plus basse soit de 3,6% [26].

Contrairement en Jordanie [18], nous avons retrouvé des différences statistiquement significatives entre l'âge des enfants, notamment au cours des dermatoses infectieuses (sauf pour les papillomes buccaux) ($p \leq 0.05$). C'est la dermatophytose la plus fréquemment diagnostiquée de l'enfance et est plus observée chez les pré-pubères. Boni Elewski, expert international sur les mycoses cutanées, affirmait que, devant toute atteinte du cuir chevelu de l'enfant, “ *Le champignon est coupable jusqu'à preuve d'innocence*” (communication personnelle de Boni Elewski, mai 1999). Effectivement, la fréquence de la T.C.C. était élevée parmi le groupe des enfants âgés de [$>2-5$ ans] et [$>5-11$ ans]; Nageswaramma et al. [25], Sethuraman et al. [27] et Balci et al. [28] ont constaté des résultats similaires aux nôtres. Cela pourrait être dû au fait qu'à ces âges, la contamination est plus fréquente à l'école. Aussi, en grandissant, l'adolescent devient plus autonome et se préoccupe plus de son hygiène personnelle, d'où la rareté des T.C.C chez les adolescents dans notre série.

Selon Gibbs [29], un statut socioéconomique faible était le seul facteur important associé aux maladies transmissibles. En effet, nous avons retrouvé une différence statistiquement significative ($p \leq 0,05$) quant à la prévalence des dermatoses infectieuses selon les différentes classes socio-économiques (sauf pour les papillomes infectieux buccaux). La prévalence des dermatoses infectieuses était plus élevée chez les enfants issus des classes inférieures. Cette différence corrobore les résultats de beaucoup d'autres études dont celle menée en 2012 par Sharma S. [30] et al en Inde et Mostafa F.F en Égypte [31].

Un autre facteur favorisant la survenue de la T.C.C., est le climat humide [25], comme rencontré au Sénégal.

L'association avec une immunodépression sous-jacente (leucémie aigüe, syndrome néphrotique et enfants asthmatiques sous corticothérapie) était aussi rencontrée dans notre étude et favorisait la survenue de la T.C.C.

Aussi, la prévalence de la T.C.C. observée chez les filles ($p=0,4$), était expliquée par les habitudes cosmétiques à savoir le lavage non-fréquent des cheveux et les tresses serrées [25]. Comme dans notre série, les infections bactériennes étaient également retrouvées en large proportion dans d'autres études [8]. Toutefois, les folliculites étaient souvent associées à d'autres infections cutanées comme la T.C.C., la gale ou le molluscum contagiosum ; La plupart de ces enfants étaient atopiques. Par ailleurs, le faible taux d'impétigo retrouvé dans notre service était expliqué du fait que la PEC se faisait probablement dans les centres de santé primaires ou en pédiatrie.

La prévalence élevée de la dermatophytie parmi les adolescents ($p < 0,01$) de sexe masculin ($p=0,05$), observé dans notre échantillon était rapporté également par Hassan I et al. [35]. Les auteurs n'avaient donné aucune hypothèse à cette conclusion.

En concordance avec les données de la littérature, il n'y avait aucune différence statistiquement significative concernant l'incidence du MC entre les garçons et les filles ($p=0,08$) [32]. Un cas de MC péribuccal était aussi retrouvé au niveau de l'aréole mammaire. Cette topographie atypique était expliquée par la contamination du nourrisson à la maman lors de la succion et l'errance diagnostique aggravait le tableau initial ; Par ailleurs, la sérologie rétrovirale négative effectuée chez la mère, réconfortait notre hypothèse.

Dans l'étude d'Adouan [33], la maladie de Heck était notée chez 7 patients âgés entre 3 ans et 59 ans. Cependant, la proportion parmi les enfants n'était pas précisée. Il s'agit d'une dermatose parfois difficile à différencier des condylomes acuminés largement plus fréquents et mieux connus des praticiens. L'examen clinique complet du patient à la recherche de lésions génitales à distance était effectué, en raison d'éventuels abus sexuels bien que la transmission non sexuelle prédomine dans cette population [34]. Nous avons observé un cas de condylome génital chez un nourrisson, survenu au cours de la circoncision selon la mère.

En outre, on a noté que les caractéristiques sociodémographiques de la mère étaient associées significativement ($p < 0,05$) aux dermatoses infectieuses (sauf pour le nombre d'enfant à charge). En effet, il existait plus de risque de développer une dermatose infectieuse, chez les enfants issus de mères d'âge inférieur à 25 ans ($p \leq 0,0001$) qui n'avaient aucun niveau

d'instruction ($p=0,008$) et aucun emploi rémunéré ($p=0,02$), et chez celles qui avaient ≥ 6 enfants à charge ($p=0,62$). Nos résultats corroborent les études de Kumar et al. [36].

❖ Dermatoses allergiques et inflammatoires

La dermatite atopique était la dermatose inflammatoire la plus commune dans notre étude (21%). Elle touchait jusqu'à 83% d'enfants aux États-Unis [26], 2,6% en Jordanie [18] et 4% au Gabon [37]. Au Bénin, la dermatite atopique était la forme étiologique d'eczéma la plus fréquente avec 264 cas (61,1 %). Dans notre série, elle touchait volontiers les filles issues d'un niveau socio-économique moyen ($p \leq 0,05$). La pollution croissante, l'industrialisation ainsi que l'émergence d'une classe sociale moyennement aisée expliquaient la forte prévalence de la dermatite atopique dans les PVD [38]. Toutefois, cette prévalence est encore plus faible par rapport aux pays développés où la DA est plus fréquente que les infections cutanées [26]. Dans l'étude de Niang et al [10], dans 22% des cas, le début de la DA survenait avant 20 ans. Rajka [22] rapportait que 60% des patients avaient une DA ayant débuté avant 5 ans. Contrairement aux données de la littérature, la prévalence de la DA observée dans notre série, chez les enfants âgés entre [$<5-11$ ans] ($p \leq 0,05$), était expliquée du fait de la prépondérance de ce groupe d'âge. La prépondérance de la DA parmi les filles, était aussi rapportée dans l'étude d'Assimi G.G [10].

Le psoriasis et le vitiligo sont des maladies chroniques de la peau qui peuvent affecter la qualité de vie de l'enfant de façon précoce. Il s'agit d'affections rares chez l'enfant. La prévalence du psoriasis chez les enfants était de 0,1-0,8 % en Allemagne [39]. Une étude antérieure réalisée au service de dermatologie de H.A.L.D. sur 8 ans, indiquait une prévalence hospitalière du psoriasis chez l'enfant de 0,67‰ (39 cas) [40].

Dans notre étude et comme les observations de Hogewoning et al. [37] la prévalence des autres dermatoses inflammatoires et immunologiques était également basse.

La moyenne d'âge de survenue de l'acné était de 13,75 ans ($\pm 2,5$) et correspondait à l'âge de survenue de la puberté. Chez une fille de 14 ans, l'acné survenait sur un terrain de dépigmentation artificielle.

Dans notre série, l'âge moyen du vitiligo était de 3 ans ($\pm 3,0$) et était similaire aux données de la littérature [41]. Chez les 3 patients atteints de vitiligo, tous étaient de sexe féminin et nous n'avons pas retrouvé d'antécédents familiaux de maladies auto-immunes. Etant donné que la forme segmentaire était la seule forme observée, celle-ci n'avait pas nécessité des explorations complémentaires (NFS, glycémie à jeûn et fonction thyroïdienne).

❖ **Génodermatoses**

L'analyse de la littérature a montré que l'ichtyose héréditaire, la NF1 et EBH étaient les génodermatoses les plus fréquentes [42]. Contrairement à ces données, les KPP héréditaires, EBH et l'ichtyose héréditaire prédominaient dans notre étude.

Au Sénégal, la rareté des KPP parmi les enfants a été rapportée en 2015 avec une prévalence hospitalière de 1,8% parmi lesquels aucun cas de KPP héréditaires n'a été noté [43]. Malgré l'absence d'étude génétique dans nos contextes, le diagnostic de KPP héréditaire était toutefois retenu sur les antécédents familiaux et l'évolution depuis l'enfance. Du fait du faible rendement de l'histopathologie, aucune biopsie cutanée n'a été prélevée.

L'ichtyose héréditaire est une génodermatose rare dont l'incidence est estimée à 13,4 cas/millions d'habitants [44]. A Dakar, une étude sur 10 ans estimait sa fréquence hospitalière de l'ordre de 0,12% (38 cas). De façon similaire, l'âge moyen de 7 ans et la prédominance féminine [44] étaient également observés dans notre série. Les formes cliniques observées étaient l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale sèche (1 cas) et l'ichtyose lamellaire (2 cas).

Le XP est une photogénodermatose rare chez les phototypes VI et il est caractérisé par une sensibilité extrême aux rayons UV du soleil, responsables des dyschromies cutanées ainsi qu'une incidence élevée de dégénérescence carcinomateuse [45]. Un autre facteur responsable de l'incidence élevée du XP, est le mariage consanguin, qui était retrouvé dans notre étude [45]. Nos patients ont présenté différents stades de gravité de la maladie, malgré l'environnement commun, dû au fort ensoleillement. En effet, tous nos patients présentaient une photophobie et un retard intellectuel, mais seulement un cas de dégénérescence carcinomateuse a été observé. Dans notre étude, le mauvais pronostic était lié à la précocité de la dégénérescence ainsi que le retard diagnostique et notre observation concordait avec les conclusions d'une étude antérieure [46]. Toutefois, très peu d'études ont rapporté des cas de génodermatoses et il s'agissait de population à fort taux de consanguinité [47,48].

❖ **Dermatoses tumorales**

Nous avons retrouvé une prédominance des tumeurs bénignes, en particulier les causes vasculaires à savoir les chéloïdes et les hémangiomes. Ces derniers sont plus fréquents chez l'enfant, avec une prévalence de 3% à 5% chez les nourrissons [49]. Dans notre série, ils constituaient 1,24% et tous les enfants étaient des prématurés de sexe féminin, en accord avec la littérature [50]; Deux enfants étaient traités par propranolol, en raison d'un hémangiome volumineux (diamètre ≥ 13 cm), avec un risque majoré d'ulcérations (bord latéral de la

jambe et du bras). L'échographie couplée au doppler avait permis de trancher devant une masse asymptomatique pulsatile du bras gauche évoluant depuis l'enfance et le diagnostic était en faveur d'une malformation artério-veineuse.

Les facteurs de survenue des chéloïdes étaient surtout d'origine traumatique ou post-brûlure dans notre série. Il s'agit de tumeurs fibreuses en particulier rapportées dans les études en Afrique [51]. Lorsque ces cicatrices chéloïdiennes étaient étendues, elles présentaient un défi thérapeutique et entraînaient un préjudice esthétique et fonctionnel important. En effet, un cas de chéloïde post-brûlure a présenté des brides associées à des rétractions tendineuses et était référé en chirurgie plastique pour PEC. Compte tenu de son accessibilité et malgré les hypopigmentations fréquentes, les dermocorticoïdes demeuraient la thérapeutique de première intention; Concernant les chéloïdes du lobe auriculaire, l'exérèse chirurgicale suivie de l'injection mensuelle de triamcinolone intralésionnelle (40 mg) était réalisées.

Les kystes dermoïdes sont les tumeurs épithéliales fréquemment décrites dans la littérature parmi les enfants. Armon et al. avaient identifié des kystes dans 58,88% des cas et la plupart étaient localisés au bord latéral de la paupière, comme dans notre étude [27].

❖ Malformations

Dans l'étude de Vakirlis [20], la prévalence des malformations (2,9%) étaient aussi basses comme dans notre série (1,3%). Toutefois, les naevus mélanocytaires (5,8%) étaient le principal motif de consultation contrairement à notre étude, où nous avons retrouvé les doigts surnuméraires qui prédominaient (0,65%).

❖ Autres diagnostics

L'ulcère chronique de jambe est rarement rapporté chez l'enfant. Il s'agit d'une pathologie longue et morbide, en vue des contraintes financières importantes engagées pour la PEC. Dans notre série, l'ulcère chronique de jambe était rencontré chez un garçon et une fille, dont la moyenne d'âge était de 15 ans. L'examen physique retrouvait des ulcères de forme ovale et de taille variable, situés au tiers inférieur des jambes. Les étiologies telles que les infections et les hémoglobinopathies sont habituellement décrites [53]. Dans un cas, l'ulcère compliquait une drépanocytose. Cette étiologie était également rapportée dans l'étude de Ndiaye M., où l'ulcère compliquait 3,4 % des drépanocytoses [53]. L'insuffisance veineuse notée dans tous les 2 cas, pourrait être expliquée par une microcirculation cutanée parfaitement établie tardivement que vers l'âge de 10 ans, ce qui favoriserait le développement d'ulcères de jambes en cas de pathologie sous-jacente [54]. Aussi, d'autres

auteurs avancent, l'éventuelle présence de malformations veineuses ou d'un terrain variqueux familial [55].

Les formes nodulaires d'érythème fessier sont regroupées dans un même spectre clinique et correspondent au granulome glutéal infantile, à la dermite de Sevestre et Jacquet et à la dermatose péri-anale papulonodulaire [56]. Dans notre étude, le granulome glutéal compliquait une maladie de Hirschsprung, et survenait après application de dermocorticoïdes au niveau du siège. L'incontinence fécale qui suivait la cure chirurgicale, était responsable des lésions papulo-érosives. La macération observée était liée à l'action conjointe de l'hyperhydratation prolongée et du frottement des couches ainsi que l'agressivité des enzymes pancréatiques présentes dans les selles [57]. En 2016, Kabre [58] avaient aussi reporté 1 cas (0,5%) de granulome glutéal associé à une maladie de Hirschsprung. Le recours aux topiques à base de zinc permettait la restauration de la barrière cutanée et visait donc à réduire l'irritation ainsi que la prévention des infections secondaires. L'hygiène locale comprenait le change fréquent des couches ainsi que le nettoyage à l'eau tiède et au savon neutre après chaque selle.

Les xanthomes traduisent des taux de triglycérides sériques fortement élevés, liés à une hyperlipidémie familiale ou secondaire à d'étiologies diverses dont le diabète sucré, l'hypothyroïdie ou à la cholestase [59]. La forme disséminée chez notre patient prêtait à confusion avec une neurofibromatose ou à une amylose cutanée et la localisation au visage avec une sclérose tubéreuse de Bourneville. Le diagnostic était retenu devant les antécédents familiaux d'hypercholestérolémie, l'aspect clinique des lésions ainsi que les symptômes de polyurie, polydipsie, dysphonie et baisse de l'acuité visuelle. La biopsie confirmait le diagnostic. Le bilan lipidique et la glycémie à jeun étaient normaux. L'échodoppler cardiaque et l'ECG étaient normaux. L'examen ophtalmologique révélait la présence xanthomes et de dépôts lipidique sous conjonctivaux. Du fait de l'inaccessibilité financière et géographique, le patient était perdu de vue.

5. Aspects évolutifs

L'évolution sous traitement était favorable dans 73,28 % des cas. Les perdus de vue étaient liées surtout à l'inaccessibilité financière et géographique au cours des affections chroniques (D.A, génodermatoses et KPP). Aucun décès n'était noté, ceci confirmait de la bénignité des dermatoses infantiles en milieu hospitalier.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Les dermatoses infantiles sont fréquentes et constituent un important problème de santé publique qui affecte les enfants aussi bien dans les PVD que dans les pays industrialisés. Les multiples difficultés techniques et financières dans notre contexte concouraient au retard de la PEC et étaient responsables des complications.

Notre étude était prospective sur une période de 6 mois, allant du 01 mars au 31 août 2017 au service de dermatologie de HALD. Notre objectif général était d'évaluer le profil épidémioclinique des enfants. La prévalence hospitalière des dermatoses infantiles s'élevait à 19% (n=307). L'âge moyen (\pm DS) des enfants était de 6,8 (\pm 4,7) ans, avec des extrêmes allant de 40 jours à 16 ans et le sex ratio était de 0.77 en faveur des filles. Le groupe des filles âgées entre [>5 - 11 ans], constituait la majorité de notre série soit 19,21% (59 enfants). La majorité de notre échantillon, soit 276 enfants (89,9 %) était originaire de la région de Dakar et près de la moitié des enfants (n=146) étaient scolarisés.

Le terrain personnel le plus fréquent était le prurit oculaire associé au LCET dans 63 cas (20,5%); Il existait une notion de consanguinité au 2^{ème} degré, chez 4 enfants (1,3%). Le niveau socio-économique bas était le plus fréquent (60,26%).

Le recours thérapeutique (42,01%) se faisait auprès du tradipraticien (17,1%), du pédiatre (5,8%) et du dermatologue (1,3 %). Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic était de 169,61 jours, soit approximativement 5 mois (\pm Ds: 192 ; IC95% [1 jour - 10 ans]). On a constaté que 38,76% (119 enfants) présentaient un prurit et les lésions érythémato-squameuses (67,7%) étaient les plus fréquemment retrouvées. Les membres étaient la topographie dominante dans 32,89% des cas. On notait une surinfection bactérienne et virale respectivement dans 9,7% des cas (30 enfants) et 16,0% des cas (5 enfants).

Le groupe des dermatoses infantiles le plus représenté était les dermatoses infectieuses rencontré chez 141 enfants (45,2 %), en particulier la teigne du cuir chevelu (12,45%), suivi du molluscum contagiosum (8,30 %) et de la maladie de Heck (5,81%).

Le groupe des dermatoses allergique et inflammatoire représentait respectivement 27,0 % et 9,7% parmi lequel la dermatite atopique était la dermatose allergique prédominante (21,99%). Les consultations pour une tumeur cutanée, une génodermatose et des malformations concernaient respectivement 5,2% (16 enfants), 3,9% (12 enfants) et 1,3% (4 enfants).

Enfin, les pathologies étaient associées dans 4,8% (15 enfants) et 1,95% (6 enfants) consultaient pour d'autres dermatoses.

En outre, concernant la prévalence hospitalière des dermatoses, nous avons constaté une différence entre les facteurs socio-démographiques et économiques des enfants :

- La dermatite atopique prévalait chez les filles ($p=0,03$), âgées entre [$>5-11$ ans] ($p=0,02$) et issues d'un niveau socio-économique moyen ($p<0,001$). La prévalence de la dermatophytie était élevée chez les adolescents ($p<0,01$) de sexe masculin ($p=0,05$).
- La T.C.C prédominait chez les filles ($p=0,4$) en âge pré-scolaire [$>2-5$ ans] et chez les prépubaires âgées entre [$>5-11$ ans] ($p<0,01$). Le molluscum contagiosum était en majorité observé chez les enfants en âge pré-scolaire et la gale prédominait chez les nourrissons ($p\leq 0,05$).
- Concernant le niveau socio-économique, les valeurs élevées de la prévalence hospitalière des dermatoses infectieuses étaient notées chez les enfants issus d'un niveau socio-économique bas mais cette différence n'était pas statistiquement significative. En effet, la prévalence augmentait lorsque le niveau socioéconomique diminuait.
- Il existait une association statistiquement significative ($p<0,05$) entre la prévalence des dermatoses infectieuses et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (sauf pour le nombre d'enfant à charge ($p=0,62$)). Les enfants issus de mères d'âge inférieur à 25 ans ($p\leq 0,0001$), qui n'avaient aucun niveau d'instruction ($p=0,008$) et aucun emploi rémunéré ($p=0,02$), avaient un risque accru de présenter une dermatose infectieuse.

Ainsi, nos observations actuelles semblaient refléter les dermatoses communes dans les PVD chez les enfants et les adolescents telles que citées par l'OMS, et en guise de recommandations, nous suggérons :

Aux mères :

- Consulter le plus tôt possible et éviter la pharmacopée traditionnelle et les traitements intempestifs.
- Renforcer l'hygiène correcte personnelle et de l'enfant.
- Respecter les mesures d'évictions des allergènes identifiés afin de réduire le nombre de poussées au cours de la DA.

Aux tradipraticiens :

- Conseiller et sensibiliser les tradipraticiens d'orienter l'enfant et la mère vers le dermatologue le plus tôt possible.

Aux médecins:

- Renforcer des cours de dermatologie pédiatrique pour les pédiatres et les prestataires de soins primaires, incluant le diagnostic et la PEC des pathologies communes ainsi que l'orientation des cas graves ou rares.
- Sensibiliser la population à travers des programmes éducatifs, locaux et nationaux, y compris des facteurs favorisant les dermatoses infectieuses telles que les mauvaises conditions d'hygiène personnelles et environnementales.
- Renforcer l'éducation thérapeutique des patients aux cours de la DA et proposer des tests allergologiques aux patients en cas de récurrences ou d'inefficacité de traitement.

Aux chercheurs:

- Effectuer des études épidémiologiques multicentriques prospectives et rechercher les facteurs sous-jacents qui influencent les dermatoses infantiles.
- Evaluer le retentissement des dermatoses infantiles, grâce à l'outil "Années vécues avec un handicap (Years Lived with Disabilities)" à travers des études qualitatives.

REFERENCES

- 1. W.H.O. Department of Child and Adolescent Health and Development.**
Epidemiology and Management of Common Skin Diseases in Children in Developing Countries; WHO/CAH 2005. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69229/1/WHO_FCH_CAH_05.12_eng.pdf.
Consulté en Mai 2017.
- 2. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration.**
Global and National Burden of Diseases and Injuries among Children and Adolescents between 1990 and 2013 Findings from the Global Burden of Disease 2013 Study.
J Am M Assoc Dermatol Pediatr 2016;170:267-287.
- 3. Kane K, Lio P, Stratigos A, Johnson R.**
Color Atlas and Synopsis of Pediatric Dermatology.
McGraw-Hill Education Medical Second Edition 2009 pp.19-26.
- 4. Prindaville B, Antaya R.J, Siegfried E.C.**
Pediatric Dermatology: Past, Present, and Future.
Pediat Dermatol 2015; 32:11-12.
- 5. Mc Mahon P, Goddard D, Frieden I.J.**
Pediatric dermatology inpatient consultations: A retrospective study of 427 cases.
J Am Acad Dermatol 2013; 68:6-51.
- 6. Dumortier B.**
Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un CHU : intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues.
Thèse de Médecine France. 2012.

7. Sacchidanand S, Sahana MS, Asha GS, Shilpa K.

Pattern of Pediatric Dermatoses at a Referral Centre.

Indian J Pediatr 2014; 81:375-80.

8. Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L et al.

Profil épidémio-clinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui contre la maladie à Bamako (Mali).

Pan Afr Med J 2016;25:238.

9. Biaz I.

La maladie lupique de l'enfant. A propos de 10 cas à HALD.

Thèse de Médecine Dakar 2011 Numéro 42.

10. Assimi GG.

La dermatite atopique de l'adulte à Dakar: une étude prospective de 80 cas.

Thèse de Médecine Dakar 2014 Numéro 16.

11. Niang SO, Kane A, Diatta B.A, Ndiaye M, Diallo M, Diop A, et al.

Les dermatoses dans les écoles coraniques à Dakar.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132:91-7.

12. Pedanou A.

Les dermatoses du nourrisson à Dakar: étude du 1 octobre 2008 au 30 avril 2009.

Mémoire de dermatologie Dakar 2009 Numéro 21.

13. Furue M, Yamazaki S, Jimbow K, Tsuchida T, Amagai M, Tanaka T, et al.

Prevalence of dermatological disorders in Japan: A nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study: Prevalence of dermatological disorders in Japan.

J Dermatol 2011; 38:310-20.

14. Poudyal Y, Ranjit A, Pathak S, Chaudhary N.

Pattern of Pediatric Dermatoses in a Tertiary Care Hospital of Western Nepal.
Dermatol Res Pract 2016; 20:1-5.

15. Katibi O.S.

The prevalence of paediatric skin conditions at dermatology clinic in KwaZulu-Natal Province over a 3-month period
SAJCH 2016;10:2-5

16. Marrone R, Vignally P, Rosso A, Didero D, Pizzini E, Dassoni F, et al.

Epidemiology of Skin Disorders in Ethiopian Children and Adolescents: Analysis of Records Dermatological Centre, Ethiopia: Skin Disorders in Ethiopian Children.
Pediat Dermatol 2012; 29:442-7.

17. Tamer E, Ilhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N.

Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey.
J Dermatol 2008;35:413-8.

18. Almaaita T.J, Abdallat S.A

Prevalence of skin diseases in Jordanian children.
Rawal Medical Journal 2012; 37:4-2

19. Kalu EI, Wagbatsoma V, Ogbaini-Emovon E, Nwadike VU, Ojide CK.

Age and sex prevalence of infectious dermatoses among primary school children in a rural South-Eastern Nigerian community.
Pan Afr Med J 2015; 20:182-9

20. Vakirlis E, Theodosiou G, Apalla Z, Arabatzis M, Lazaridou E, Sotiriou E, et al.

A retrospective epidemiological study of skin diseases among pediatric population attending a tertiary dermatology referral center in Northern Greece.
Clin Cosm Invest Dermatol 2017; 10:99-104.

21. Oninla O, Oninla S.O, Onayemi O, Olasode O.A

Pattern of paediatric dermatoses at dermatology clinics in Ile-Ife and Ilesha, Nigeria.
Paediat Int Child Health 2015; 18:3-4

22. Rajka G.

Essential Aspects of Atopic Dermatitis.
Berlin, New York: Springer; 1989.

23. Balai M, Kumar Khare K.A, Gupta L.K, Mittal A, Kuldeep C.M

Pattern of Pediatric Dermatoses in a Tertiary Care Centre of South West Rajasthan.
Indian J Dermatol 2012; 57: 275-278.

24. Villa L, Krishna G.

Epidemiology and prevalence of dermatological diseases among school children of Medak district, Telangana: a clinical survey.
Int J Med Sci and Pub H 2016; 5:147-3.

25. Nageswaramma S, Sarojini, Vani T, Madhuri S. A.

Clinico-epidemiological study of pediatric hair disorders.
Indian J Pediatr Dermatol 2017; 18:100-5

26. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, El-Azhary RA, Hand JL, Davis DM et al.

Pediatric Hospital Dermatology: Experience with Inpatient and Consult Services at the Mayo Clinic.
Pediat Dermatol 2013; 30:433-7.

27. Sethuraman G, Bhari N.

Common Skin Problems in Children.
Indian J Pediatr DOI 10.1007/s12098-013-1271-9

28. Balci E, Gulgun M, Babacan O, Karaoglu A, Kesik V, Yesilkaya S, et al.

Prevalence and risk factors of tinea capitis and tinea pedis in school children in Turkey.
J Pak Med Assoc 2014;64:514-8.

29. Gibbs S.

Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania.

Int J Dermatol 1996; 35:633-9.

30. Sharma S, Bassi R, Sodhi MK.

Epidemiology of dermatoses in children and adolescents in Punjab, India. *J Pakistan*

Assoc Dermatol 2012; 22:224-9.

31. Mostafa FF, Hassan AAH, Soliman MI, Nassar A, Deabes RH.

Prevalence of skin diseases among infants and children in Al Sharqia Governorate, Egypt.

Egyptian Dermatol Online J 2012; 8:1-14.

32. Van der Wouden JC, Van der Sande R, Van Suijlekom-Smit LW, Berger M,

Cochrane Review: Interventions for cutaneous molluscum contagiosum.

A Cochrane Review Journal 2011; 6:1550-99.

33. Adouan N.

Les pathologies de la muqueuse buccale en dermatologie (Etude prospective :106 cas)

Mémoire de dermatologie Dakar 2014 Numéro 254.

34. Le Fourn E, Lecerf P, Beby-Defaux A, Dubois D, Kerdraon R.

Hyperplasie épithéliale focale.

Ann Dermatol Venereol 2009 ; 136 : 938-940.

35. Hassan I, Ahmad K, Yaseen A.

Pattern of pediatric dermatoses in Kashmir valley: a study from a tertiary care center.

Indian J Dermatol Venereol Leprol 2014;80:448-51.

36. Kumar AS, Devi BN, Jahnavi K, Varma P. A

Study on Prevalence of Skin Infections among School Children in Hyderabad

Int J C Med R 2016; 3:1862-1864.

37. Hogewoning A, Amoah A, Bavinck JNB, Boakye D, Yazdanbakhsh M, Adegnika A et al.

Skin diseases among schoolchildren in Ghana, Gabon, and Rwanda.

Int j dermatol 2013;52:589-600.

38. Adegbidi 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).

Med Santé Trop 2014;24:446-448.

39. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D, Wasem J, Neumann A.

Childhood Psoriasis-An Analysis of German Health Insurance Data.

Pediat Dermatol 2014; 31:8-13.

40. Sidqi I

Le psoriasis de l'enfant.

Thèse de Médecine Dakar 2012 Numéro 85.

41. Ogunbiyi AO, Omigbodun Y, Owoaje E.

Prevalence of skin disorders in school children in southwest Nigeria.

Int J Adolesc Med Health 2009; 21:235-241.

42. Dassoni F, Morrone A, Padovese V.

The spectrum of genodermatoses and congenital cutaneous conditions in northern Ethiopia.

Int j Dermatol 2015; 54:307-314.

43. Irakarama A.

Etiologies des kératodermies palmo-plantaires de l'enfant à Dakar.

Mémoire de dermatologie Dakar 2015 Numéro 103.

44. Diatta B.A, Niang S.O, Kane A, Ndiaye M, Diallo M, Diop A, et al.

Ichtyose héréditaire à Dakar : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs sur une période de 10 ans.

Ann Dermatol Venereol 2016;143:52-53.

45. Saurat J-H, Lachapelle J-M, Lipsker D.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Elsevier Masson 6^{ème} édition 2017 pp 438-439.

46. Kaloga M, Dioussé P, Diatta BA, Bammo M, Kourouma S, Diabate A, et al.

Squamous Cell Carcinoma in African Children with Xeroderma Pigmentosum: Three Case Reports.

Case Rep Dermatol 2016; 8:311-8..

47. Lamchahab FE, Beqqal K, Guerrouj B

Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc.

Pan Afr Med J 2010;7:17-20.

48. Ferreira FR, Nascimento LFC, Cirvidiu DC.

Prevalence of pediatric dermatoses in a university hospital in south eastern Brazil.

Anais brasil dermatol 2011; 86:477-482.

49. Sethuraman G, Yenamandra VK, Gupta V.

Management of Infantile Hemangiomas: Current Trends.

J Cut Aesth Surgery 2014; 7:75-85.

50. Srinivas SM, Hiremagalore R, Venkataramaiah LD, Premalatha R.

Pediatric Dermatology Inpatient Consultations: A Retrospective Study.

Indian J Pediatr 2015; 82:541-4.

51. Kiprono C.

Skin diseases in pediatric patients attending a tertiary dermatology hospital in Northern Tanzania: a cross-sectional study
Bio Med Centr Dermatol 2015;3:15-16.

52. Ireland AM, Harvey NT, Berry BD, Wood BA.

Paediatric cutaneous adnexal tumours: a study of 559 cases.
Pathology 2017; 49:50-4.

53. Ndiaye M, Niang SO, Diop A, Diallo M, Diaz K, Ly F, et al.

Ulcères de jambe au cours de la drépanocytose : étude rétrospective de 40 cas.
Ann Dermatol Venereol 2016;143:103-7.

54. . Senouci K, Hassam B, Bouanane M, Lazrak B, Bennoun F.

Ulcères de jambe et hémoglobinopathie : à propos de 3 cas.
Med Magh 1992; 33:10-2.

55. Cornu-Thenard A, Boivin P, Baud JM. De Vincenzi I, Carpentier PH

Importance of the Familial Factor in Varicose Disease: Clinical Study of 134 Families.
J Dermatol Surg Oncol 1994; 20:318-326.

56. Carrie C.

Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis
Pediatr Dermatol 2014 ; 31:19-24.

57. Bouayed K, Zaïdani A, Aït Mhamed L, Dehbi F, Khadir K, Benchikhi H.

Une complication postopératoire rare de la maladie de Hirschsprung : la dermatose péri-anale papulonodulaire
Arch Pediatr 2007; 14:853-954.

58. Kabre M.

Les dermites de siège du nourrisson : Etude de 205 cas à Dakar.

Mémoire de dermatologie Dakar 2016 Numéro 172.

59. Arbona E, Balme B.

Xanthomes.

Ann Dermatol Venereol 2010; 137 :420-422.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Date de recrutement :

Numéro :

I - ETAT CIVIL

Prénom :

Nationalité :

Nom :

Origine géographique :

Sexe : M ☐ F ☐

Adresse :

Age :

Téléphone :

II -TERRAIN DE L'ENFANT

Prématurité : Oui ☐ Non ☐ Consanguinité ☐ (préciser :.....)

Terrain : Asthme ☐ Rhinite saisonnière ☐ Angine à répétitions ☐ Prurit oculaire ☐

LCET ☐ Allergie alimentaire ☐

Autres ☐ (préciser :.....)

II -TERRAIN DE LA MERE ET DE LA FAMILLE

Age de la mère (années) : ☐ ≤ 25 ☐ 26-35 ☐ ≥ 36

Alphabétisation : ☐ Oui ☐ Non

Emploi rémunéré de la mère : ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'enfant à charge : ☐ ≤2 ☐ 3-5 ☐ > 6

Terrains familiaux:

III – HABITUDES ET MODE DE VIE

Scolarisation : Oui ☐ (Type de scolarisation : Français ☐ Arabe ☐ Mixte ☐) Non ☐

Niveau de scolarisation : Pré-scolaire ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐

Revenus mensuels fixes : 100.000 ☐ >100.000-400.000 ☐ >400.000 ☐

Niveau socio-économique : Bas ☐ Moyen ☐ Elevé ☐

Dépigmentation artificielle : ☐ Oui ☐ Non

IV – ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

Consultation antérieure : Médecin ☐ (Spécialité :.....)

Infirmier ☐ Pharmacien ☐ Tradipraticien ☐

Traitement antérieur : Oui ☐ (préciser :.....) Non ☐

Phytothérapie : Oui ☐ Non ☐ Voie: Orale ☐ Locale ☐ Durée :

Evolution après traitement : Amélioration ☐ Aggravation ☐ Stationnaire ☐

V- EXAMEN CLINIQUE

Motif de consultation :

1^{er} épisode : Oui ☐ Non ☐ (Nbre d'épisodes antérieurs :.....)

Durée d'évolution : Evolution par poussées ☐

Examen dermatologique :

Peau glabre : Erythème ☐ Squames ☐ Papules ☐ Nodules ☐ Vésicules-bulles ☐

Erosions ☐ Nécroses ☐ Ulcères ☐ Trouble pigmentation ☐ Tumeur ☐

Erythrodermie ☐

Autres ☐ (préciser :.....)

Muqueuses :

Phanères : Cuir chevelu (préciser:.....) Ongles (préciser :.....)

Topographie : Visage ☐ Membre supérieur ☐ Membre inférieur ☐ Tronc ☐ Dos ☐ Paume ☐

Plante des pieds ☐ Profus ☐

Signes fonctionnels associés : Douleur ☐ Prurit ☐

Surinfection : Bactérienne ☐ Herpétique ☐

Symptômes associés: Fièvre ☐ Vomissement ☐ Photosensibilité ☐

Autres ☐ (préciser :.....)

VI-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Gb :.....PNN:..... Lymph : Mon : Eosino : GR :

Hb:.....VGM:.....CCMH :.....TCMH:..... HCT :..... Plaquettes:.....

VS :..... CRP :.....Glycémie à jeun : Créatinémie :.....

ASAT :..... ALAT :.....SRV :..... AgHbs :

Cholestérol total: HDL: LDL:..... Triglycérides:.....

Tests allergologiques:.....

IgE totales:..... IgE spécifiques :

Prélèvement mycologique:.....

Biopsie cutanée:.....

Autres (préciser :.....)

VII. DIAGNOSTIC

Diagnostic étiologique :

Diagnostic associé :

VIII –PRISE EN CHARGE

❖ Préventif

Education thérapeutique ☐ Conseils d'hygiène cutanée ☐ Conseil génétique ☐

❖ Curatif

Dermocorticoïdes : I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Corticothérapie orale ☐ (.....) Emollient ☐

Antibiothérapie : Orale ☐ (.....) Locale ☐ (.....) AntiH1 ☐ (.....)

Antifongique : orale ☐ (.....) Locale ☐ (.....) Curetage ☐ Ablation ☐

Infiltration ☐ Neige carbonique ☐ Soins locaux ☐

Autres (préciser) :

❖ Demande d'avis spécialisé

Type de demande :

Indications :

IX – EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

Favorable ☐ Stable ☐ Echec ☐ Perdu de vue ☐ Décès ☐