

## Liste des abréviations

<b>CHNEAR</b>	Centre hospitalier national d'enfants Albert Royer
<b>HALD</b>	Hôpital Aristide le Dantec
<b>IHS</b>	Institut d'hygiène sociale
<b>PPDA</b>	P paraphénylènediamine
<b>IPPD</b>	N-isopropyl-n'-phenyl-p-phenylenediamine

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1 :</b> Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.....	13
<b>Figure 2 :</b> Répartition selon le retentissement socio-professionnel .....	18
<b>Figure 3 :</b> Répartition en fonction des signes fonctionnels.....	19
<b>Figure 4 :</b> Répartition en fonction de la topographie des lésions.....	20
<b>Figure 5 :</b> Dyshidrose se présentant sous forme de lésions bulleuses .....	22
<b>Figure 6 :</b> Patch tests (dermatologie Dantec) .....	26
<b>Figure 7 :</b> Prick tests respiratoires (dermatologie Dantec ).....	27
<b>Figure 8 :</b> Répartition en fonction des traitements reçus .....	28

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I :</b> Répartition des patients en fonction du site de recrutement .....	12
<b>Tableau II :</b> Répartition des patients de la fréquence en fonction du site de recrutement.....	12
<b>Tableau III :</b> Répartition des patients selon la profession.....	14
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patients en fonction des événements psycho-sociaux .....	15
<b>Tableau V :</b> Répartition des patients selon les produits de contact suspects.....	16
<b>Tableau VI :</b> Répartition des patients selon les aliments suspects .....	17
<b>Tableau VII :</b> Répartition des patients selon la présentation clinique.....	20
<b>Tableau VIII:</b> Répartition des patients en fonction de la nature d'anomalie unguéale.....	21
<b>Tableau IX :</b> Répartition des patients selon les allergènes de contact retrouvés lors des patch tests .....	24
<b>Tableau X :</b> Répartition des patients selon les allergènes alimentaires retrouvés lors des prick tests alimentaires.....	25
<b>Tableau XI :</b> Répartition des patients selon les allergènes respiratoires retrouvés lors des prick tests respiratoires .....	25
<b>Tableau XII :</b> lien entre le tabagisme et l'aspect clinique .....	29
<b>Tableau XIII :</b> Lien entre l'atopie et l'aspect clinique .....	29
<b>Tableau XIV :</b> Lien entre le tabagisme et l'évolution .....	30

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
MATERIEL ET METHODES .....	5
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	6
II. METHODOLOGIE.....	6
II.1. Type d'étude .....	6
II.2. Cadre d'étude .....	6
II.3. Population d'étude .....	7
II.4. Critères d'inclusion .....	7
II.5. Critères de non-inclusion .....	7
II.6. Critères diagnostiques .....	8
II.7. La technique de collecte.....	9
II.8.L'aspect éthique .....	10
II.9. La saisie et l'analyse des données.....	10
RESULTATS.....	11
III. ETUDE DESCRIPTIVE.....	12
III.1. Aspects épidémiologiques .....	12
III.1.1. Répartition selon le site de recrutement : .....	12
III.1.2. Répartition en fonction de la fréquence hospitalière .....	12
III.1.3. Age et sexe.....	13
III.1.4. Origine géographique et catégorie socio-professionnelle : .....	13
III.2. Habitudes et mode de vie.....	14
III.2.1. Pratique du sport et saison .....	14
III.2.2. Stress et tabagisme.....	14
III.2.3. Produits de contact suspectés par les patients .....	15
III.2.4. Aliments suspectés par les patients : .....	16
III.2.5. Retentissement socio-professionnel .....	17
III.3. Aspects cliniques .....	18

III.3.1. Antécédents et terrain .....	18
III.3.2. Hyperhidrose.....	18
III.3.3. Durée d'évolution .....	18
III.3.4. Signes fonctionnels.....	19
III.3.5. Présentation clinique.....	19
III.3.10. Intertrigo interorteil : .....	21
III.4. Aspects paracliniques .....	23
III.4.1. Tests allergologiques .....	23
III.4.2. Prélèvement mycologique .....	27
III.5. Aspects thérapeutiques .....	27
III.6. Aspects évolutifs.....	28
IV. ETUDE ANALYTIQUE.....	28
IV.1. Relation entre l'aspect clinique et le tabagisme .....	28
IV.2. Relation entre l'aspect clinique et l'atopie : .....	29
IV.3. Relation entre l'évolution et le tabagisme .....	29
DISCUSSION.....	31
V. Représentativité et limites.....	32
VI. Aspects épidémiologiques .....	32
VII. Habitudes et mode de vie .....	33
VIII. Aspects Cliniques .....	34
IX . Aspects paracliniques .....	36
X. Aspects thérapeutiques .....	37
XI. Aspects évolutifs .....	37
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	38
REFERENCES .....	42
ANNEXES	

# **INTRODUCTION**

La dyshidrose est une dermatose chronique et récurrente souvent invalidante, caractérisée par une éruption de vésicules enchâssées dans l'épiderme, contenant un liquide citrin et siégeant aux paumes et/ou aux plantes et parfois aux faces latérales des doigts et/ou des orteils . L'éruption est volontiers bilatérale et symétrique, un prurit ou une sensation de cuisson sont parfois présents [27] [28].

Le cadre nosologique est souvent sujet à controverse et l'étiopathogénie est vraisemblablement multifactorielle .

Certains auteurs considèrent cette affection comme une forme d'eczéma des mains , et que la dyshidrose constitue un mode réactionnel eczémateux à divers stimuli [1] .

Une prédisposition héréditaire a été évoquée par l'observation de dyshidrose chez des jumeaux monozygotes après leur séparation, ainsi que par la survenue de cas familiaux [7] .

Par ailleurs, une étude immunopathologique a révélé que les altérations des acrosyringiums étaient quasiment constantes au cours de cette affection et pouvaient aller jusqu'à la nécrose partielle de leur paroi sans cependant obstruer leur lumière [6] .

Certains facteurs étiologiques peuvent expliquer l'apparition et/ou l'aggravation de la dyshidrose , parmi eux le contact avec certains allergènes comme le nickel, les intertrigos interdigitoplantaires mycosiques , le stress émotionnel , et le tabac [20] [12] [30] [31] .

L'association entre la dyshidrose et l'atopie a été également suggérée, mais aucune preuve formelle n'a été apportée [1] .

Il en est de même pour l'hyperhidrose qui a été avancée dans de nombreux travaux sans qu'il ne soit réellement possible d'établir une relation de cause à effet [6].

La dyshidrose peut également survenir ou être aggravée par certains médicaments tels que les immunoglobulines polyvalentes, le mycofénoolate mofétil et le diphencyprone[14].

L'ingestion des aliments riches en nickel (hareng ...) peut causer le déclenchement de cette maladie chez les personnes allergiques à ce métal [15].

Néanmoins ,certaines dyshidroses restent idiopathiques malgré les investigations [18] .

Le diagnostic positif est facile et repose sur la clinique mais la problématique réside dans l'altération de la qualité de vie des patients et le retentissement psychologique qu'entraîne cette affection chronique [5].

Au Togo, l'étude Pitché et al portant sur les facteurs associés à la dyshidrose palmo-plantaire ou plantaire a identifié l'atopie et la présence de l'intertrigo mycosique interdigitoplantaire comme des facteurs associés de façon significative aux dyshidroses [20].

En Italie , l'étude Meneghini et al [9] a identifié une sensibilité de contact aux médicaments et à d'autres allergènes chimiques chez environ 30 % de patients atteints de dyshidrose .

Le traitement repose essentiellement sur les dermocorticoïdes forts ou très forts , et parfois sur la corticothérapie générale (orale ou intraveineuse) [39] .

La photothérapie et la ciclosporine sont des thérapeutiques utilisées dans les cas sévères et rebelles [37] .

La suppression du tabac et du stress demeure nécessaire dans la prise en charge de cette affection , tout comme l'éviction de l'allergène responsable s'il est identifié . Certaines professions à risque (métiers de la restauration ,métiers de la santé...) nécessitent parfois un reclassement professionnel .



Aucune étude portant sur les facteurs étiologiques de la dyshidrose n'a été faite au Sénégal. Ainsi nous avons jugé opportun de faire ce travail dont l'objectif était de déterminer les facteurs associés à la survenue de la dyshidrose . Dans un premier temps nous allons définir notre méthodologie de recherche, ensuite nous présenterons nos résultats que nous discuterons avant d'apporter nos conclusions et formuler des recommandations.

## **MATERIEL ET METHODES**

## **I. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

L'objectif général de notre étude était de :

- Améliorer la prise en charge de la dyshidrose .

Les objectifs spécifiques de notre étude étaient de :

- Identifier les facteurs étiologiques associés à la dyshidrose .
- Déterminer les différentes présentations cliniques de la dyshidrose .
- Décrire le profil évolutif de la dyshidrose .

## **II. METHODOLOGIE**

### **II.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale multicentrique avec un recueil prospectif des données, menée sur une période de 6 mois ( du 1 Janvier 2021 au 31 juin 2021 )

### **II.2. Cadre d'étude**

Notre étude a été effectuée dans les Services de Dermatologie de Dakar à savoir le Centre Hospitalier Aristide le Dantec (HALD), l'Institut d'Hygiène Social (IHS), et le Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer (CHNEAR).

- Le service de dermatologie de HALD : il constitue le centre de référence en dermatologie à Dakar et même au Sénégal. Les ressources humaines comportent 2 professeurs titulaires , 2 professeurs assimilés , 1 maître-assistant , 3 internes , des médecins praticiens hospitaliers et des médecins en cours de formation pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées en dermatologie-vénéréologie.

Le service compte 20 lits et reçoit en moyenne 7000 patients par an en consultation avec environ 250 hospitalisations annuelles.

- Le service de dermatologie de l'IHS : il est le premier centre de référence des maladies sexuellement transmissibles et le 2<sup>ème</sup> centre de référence en

dermatologie au Sénégal. Les ressources humaines sont constituées par des médecins dermatologues dont un professeur titulaire, un professeur assimilé , deux internes ,des médecins praticiens hospitaliers et des médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénéréologie , ainsi que par un personnel paramédical . Le service reçoit en moyenne 17000 patients par an en consultation avec environ 200 hospitalisations annuelles .

- Le service de dermatologie du Centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer (C.H.N.E.A.R) : Il s'agit d'un centre de référence national pédiatrique de niveau III. Il se situe dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Fann de Dakar. Les ressources humaines comportent un professeur titulaire, 1 maître-assistant , 1 interne ,des médecins praticiens hospitaliers et des médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénéréologie.

### **II.3. Population d'étude**

La population cible de notre étude était constituée de l'ensemble des malades consultant dans les services de dermatologie suscités durant la période de l'étude.

### **II.4. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus les patients consultant dans les services de dermatologie suscités durant la période de l'enquête et présentant une dyshidrose, quel que soit l'âge et le sexe.

### **II.5. Critères de non-inclusion**

N'étaient pas inclus les patients non consentants

## II.6. Critères diagnostiques

Le diagnostic de la dyshidrose était clinique par la constatation de vésicules enchâssées dans l'épiderme , contenant un liquide citrin , siégeant aux paumes et/ou plantes parfois aux faces latérales des doigts et /ou des orteils .

Le diagnostic de DA était basé sur la présence :

- d'un eczéma aigu vésiculo-suintant ou chronique érythémato-squameux voire lichénifié .

- de signes mineurs de DA à savoir la xérose cutanée, l'ichtyose vulgaire, l'hyperlinéarité palmaire et plantaire, la kératose pilaire, les dartres achromiantes, le signe de Dennie-Morgan, le signe de Herthoge, la pigmentation périorbitaire, la pâleur ou l'érythème facial, le dermographisme blanc, les plis antérieurs du cou.

Le terrain atopique était évoqué sur la base d'équivalents atopiques: (asthme, rhinite allergique, conjonctivite allergique) chez le sujet et confirmé par la sensibilité aux pneumallergènes attesté par les prick tests respiratoires.

Les critères de Hanifin et Radjka et les critères de l'United Kingdom working party étaient appliqués chez l'enfant .

Les prick tests respiratoires et alimentaires étaient effectués au service de dermatologie de l'hôpital Dantec par un professeur titulaire en dermatologie vénérologie et spécialisée en allergologie avec l'aide d'une assistante .Leur réalisation se faisait à distance de l'épisode aigu, sur une peau saine. Les antihistaminiques et les corticoïdes étaient arrêtés une semaine avant. Le principe de la technique était de reproduire une réaction urticarienne sur la peau après pénétration d'allergènes par des piqûres. Ces dernières étaient faites par des stallerpoints des Laboratoires Stallergènes et les allergènes étaient fournis en extraits commerciaux par le même laboratoire. (Blomia, Dermatophagoides

pteronysinus, Dermatophagoide farinae, Alternaria alternata, Poils de chien, Poils de chat, Latex, Histamine (témoin positif), sérum salé (témoin négatif) ...)

Des gouttes de ces extraits étaient déposées sur la face antérieure de l'avant-bras à 4cm du pli du coude et du poignet, avec un intervalle de 2cm entre elles pour éviter que les éventuelles réactions ne se superposent. On fait une piqure au centre des gouttes avec les Stallerpoints..

La lecture des tests était effectuée après 20 minutes . Le prick-test était considéré comme positif si le diamètre de la papule obtenue était supérieur à 3mm ou lorsque le diamètre de la papule était supérieur ou égal à la moitié de celui du témoin positif . En cas de positivité du témoin négatif, la lecture du test était considérée comme ininterprétable car témoin d'un dermatographe .

Le diagnostic de l'allergie respiratoire repose sur la concordance entre l'histoire clinique et les prick-tests .

Dans l'allergie alimentaire IgE-dépendante, la positivité des prick-tests alimentaires et des IgE spécifiques permet initialement de poser le diagnostic de sensibilisation alimentaire. Le diagnostic d'allergie alimentaire est ensuite confirmé par la positivité du test de provocation oral.

Dans les formes mixtes et non IgE-dépendantes ,les prick-tests doivent être complétés par des atopy patch-test aux aliments consommés couramment. En cas de positivité, la pertinence des tests est affirmée par l'amélioration des symptômes sous régime d'éviction. La récurrence des symptômes lors d'un test de provocation oral confirmera le diagnostic d'allergie alimentaire.

## **II.7. La technique de collecte**

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire confectionné et validé.

Ce questionnaire a permis de recueillir les informations suivantes :

- ✓ Les données de l'interrogatoire : âge, sexe, profession, lieu de résidence des patients , les habitudes et mode de vie , les facteurs déclenchants de la maladie ...
- ✓ Les données de l'examen clinique , et des examens para cliniques (patch tests , prick tests alimentaires , prick tests respiratoires ....)
- ✓ La prise en charge.
- ✓ L'évolution clinique des patients .

### **II.8.L'aspect éthique**

Le consentement oral libre et éclairé du participant était requis.

La confidentialité des données était également respectée .

Les autres pathologies dermatologiques de même que les pathologies non dermatologiques étaient prises en charge .

L' autorisation des chefs de services était préalable pour l'exploitation des données des dossiers .

### **II.9. La saisie et l'analyse des données**

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office Excel .

L'analyse des données a été effectuée par le logiciel SPSS (Statistical package for Sciences Socials) version 25.

# **RESULTATS**



### **III. ETUDE DESCRIPTIVE**

#### **III.1. Aspects épidémiologiques**

##### **III.1.1. Répartition selon le site de recrutement :**

Nous avons colligé 80 malades présentant une dyshidrose .

Le tableau I illustre la répartition des patients en fonction du site de recrutement.

**Tableau I : Répartition en fonction du site de recrutement**

<b>Site de recrutement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>HALD</b>	35	43 ,75
<b>HIS</b>	30	37,5
<b>ALBERT ROYER</b>	15	18,75

##### **III.1.2. Répartition en fonction de la fréquence hospitalière**

Durant la période de notre étude , 6400 patients étaient vus en consultations dermatologiques de nos différentes structures hospitalières .

La fréquence hospitalière moyenne était de 1,25 ‰ .

Le tableau II illustre la répartition de la fréquence en fonction du site de recrutement.

**Tableau II : Répartition de la fréquence en fonction du site de recrutement**

<b>Fréquence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage ‰</b>
<b>HALD</b>	35	1
<b>HIS</b>	30	0,35
<b>ALBERT ROYER</b>	15	2,4

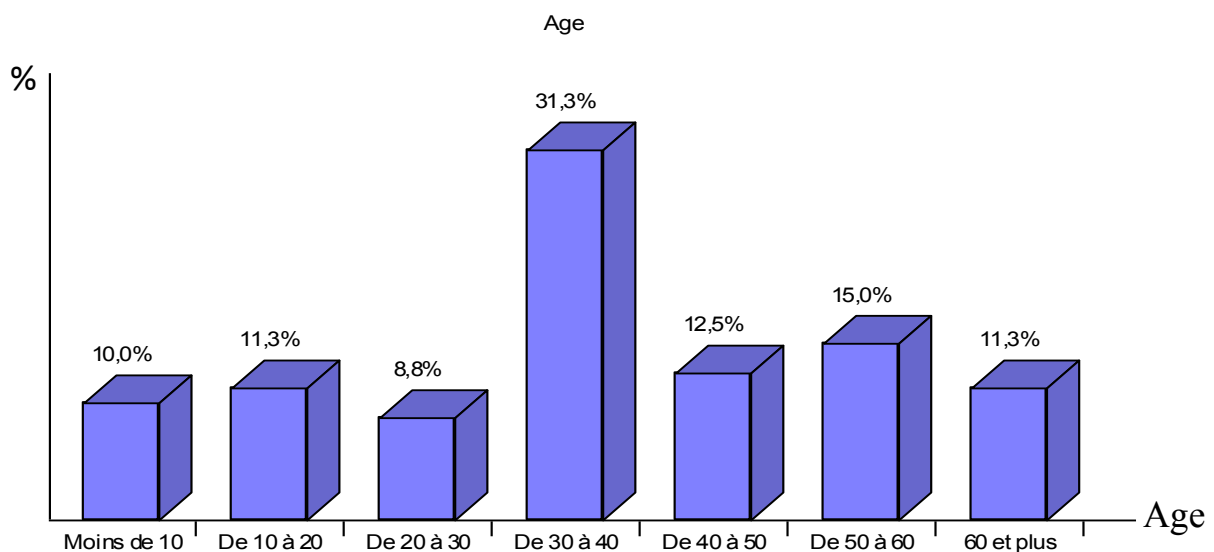
### III.1.3. Age et sexe

La moyenne d'âge de nos patients était de 35 ans avec des extrêmes de 7 et 77 ans .

La tranche d'âge entre 30 et 40 ans représentait 31,3% de cas ( n=25) .

La répartition en fonction de la tranche d'âge est illustrée dans la figure 1.

Les patients se répartissaient en 50 femmes (62,5%) et 30 hommes (37,5%) , soit un sex-ratio (H/F ) de 0,6 .



**Figure 1 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge**

### III.1.4. Origine géographique et catégorie socio-professionnelle :

Dans notre étude , 78 patients étaient sénégalais habitant la ville de Dakar ou sa banlieue, 2 patients étaient originaires de la Mauritanie .

Les professions retrouvées sont illustrées dans le tableau III .

**Tableau III : Répartition selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Métiers du commerce</b>	17	22,9
<b>Etudiants</b>	16	21,6
<b>Retraités</b>	13	17,56
<b>Sans profession</b>	8	10,8
<b>Métiers de la restauration</b>	5	6,75
<b>Ouvriers</b>	5	6,75
<b>Métiers de la santé</b>	4	5,4
<b>Métiers de l'enseignement</b>	4	5,4
<b>Autre catégorie</b>	4	5,4
<b>Métiers de l'art</b>	3	4,05
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Dans notre série , 6 patients étaient de bas âge et n'étaient pas encore scolarisés .

### **III.2. Habitudes et mode de vie**

#### **III.2.1. Pratique du sport et saison**

Une activité sportive était notée chez 25 % de patients .

Le type de sport pratiqué était surtout la marche et le football .

De même , 15% de patients avaient noté une aggravation de la dyshidrose pendant l'hiver (janvier ,février ,mars ...) .

Une aggravation ou un déclenchement pendant l'été ( juillet ,aout...) avait été noté chez 11,3 % de patients .

#### **III.2.2. Stress et tabagisme**

Le stress a été observé chez 25% de patients ( n=20 ) .

Le stress professionnel représentait 35 % (n=7) de cas et le conflit conjugal 20% (n=4) .

Le tableau IV illustre les principaux événements psycho-sociaux contribuant au stress des patients.

Par ailleurs , 29 patients étaient tabagiques (36,3%) avec une moyenne de 25 paquets / an .

**Tableau IV : Répartition en fonction des événements psycho-sociaux**

<b>Evénements psycho-sociaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Stress professionnel</b>	7	35
<b>Conflit conjugal</b>	4	20
<b>Décès d'un proche</b>	4	20
<b>Conflit relationnel</b>	3	15
<b>Maladie</b>	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

### **III.2.3. Produits de contact suspectés par les patients**

Certains patients avaient apporté la survenue d'une dyshidrose après la manipulation de produits de contact .

La tableau V montre les principaux produits incriminés .

**Tableau V : Répartition selon les produits de contact suspects**

<b>Produits de contact suspects</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Produits ménagers</b>	25	56,8
<b>Gants en latex</b>	4	9
<b>Gel hydroalcoolique</b>	4	9
<b>Chaussures de sécurité</b>	3	6,81
<b>Parfum</b>	3	6,81
<b>Ciment</b>	2	4,54
<b>Maquillage</b>	1	2,27
<b>Savon</b>	1	2,27
<b>Craie</b>	1	2,27
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

#### **III.2.4. Aliments suspectés par les patients :**

Dans notre étude , Certains patients avaient rapporté la survenue d'une dyshidrose après l'ingestion de poissons, de fruits de mer et du chocolat .

Le tableau VI montre la répartition des différents aliments suspects .

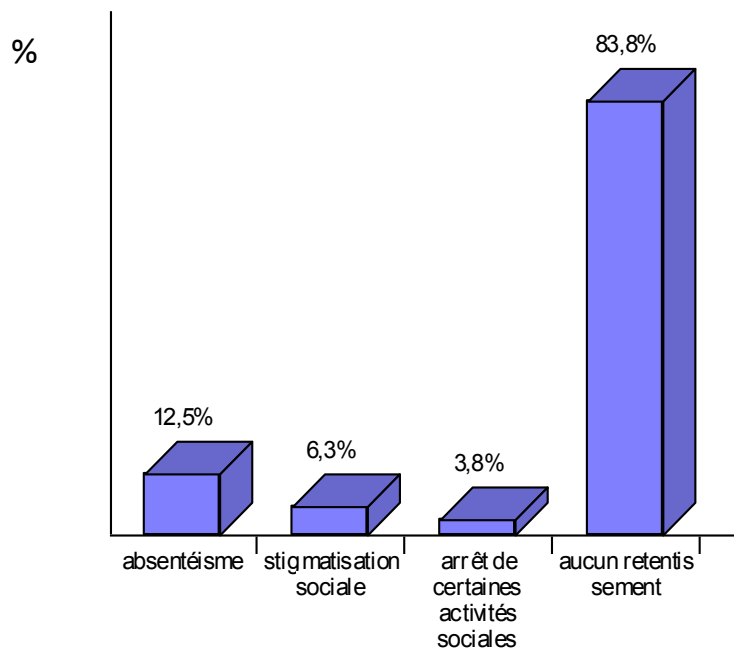
**Tableau VI : Répartition selon les aliments suspects**

<b>Aliments suspects</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Poisson</b>	21	52,5
<b>Fruits de mer</b>	6	15
<b>Chocolat</b>	4	10
<b>Lait de vache</b>	2	5
<b>Beurre</b>	2	5
<b>Moutarde</b>	1	2,5
<b>Tomates</b>	1	2,5
<b>Celeri</b>	1	2,5
<b>Mangues</b>	1	2,5
<b>Melon</b>	1	2,5
<b>Agrumes</b>	1	2,5
<b>Alcool</b>	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

### **III.2.5. Retentissement socio-professionnel**

Le retentissement socio-professionnel se manifestait par l'absentéisme (12 ,5%) , la stigmatisation sociale (6 ,3%) , et l'arrêt de certaines activités sociales (3 ,8%) comme le sport et la fréquentation des endroits publics ...

La figure 4 illustre la répartition selon le retentissement socio-professionnel .



**Figure 2 : Répartition selon le retentissement socio-professionnel**

### **III.3. Aspects cliniques**

#### **III.3.1. Antécédents et terrain**

L'antécédent d'eczéma de contact était retrouvé chez 2 patients soit 2,5% de cas.

Une atopie personnelle et familiale étaient retrouvées respectivement dans 50,8% et 49,18%. Il s'agissait des équivalents d'atopie suivants : un asthme (n=14) , une rhinite allergique (n=11) et une conjonctivite allergique (n=6) .

#### **III.3.2. Hyperhidrose**

Une hyperhidrose a été notée chez 6,3% de patients ( n=5 ) .

#### **III.3.3. Durée d'évolution**

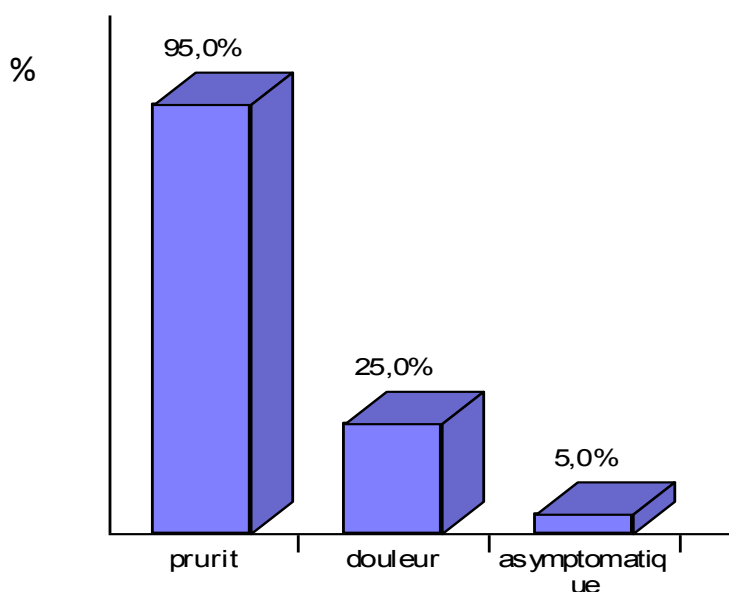
La durée moyenne d'évolution était de 10 ans avec des extrêmes allant d'un an à 20 ans .

L'évolution était chronique par poussée/rémissions dans 77,5% de cas (n= 62 ) et aigue dans 22 ,5% de cas (n=18 )

### III.3.4. Signes fonctionnels

Les signes fonctionnels retrouvés étaient le prurit et la douleur répartis selon la figure 6 .

Les patients étaient asymptomatiques dans 5% de cas .



**Figure 3 : Répartition en fonction des signes fonctionnels**

### III.3.5. Présentation clinique

La dyshidrose se présentait sous forme de vésicules chez 55 patients soit 68,75% des cas et sous forme de lésions érythémato-squameuses chez 24 patients soit 30% des cas .

Une présentation sous forme de bulles était notée chez un seul patient .

La répartition selon la présentation clinique est illustrée dans le tableau VIII .



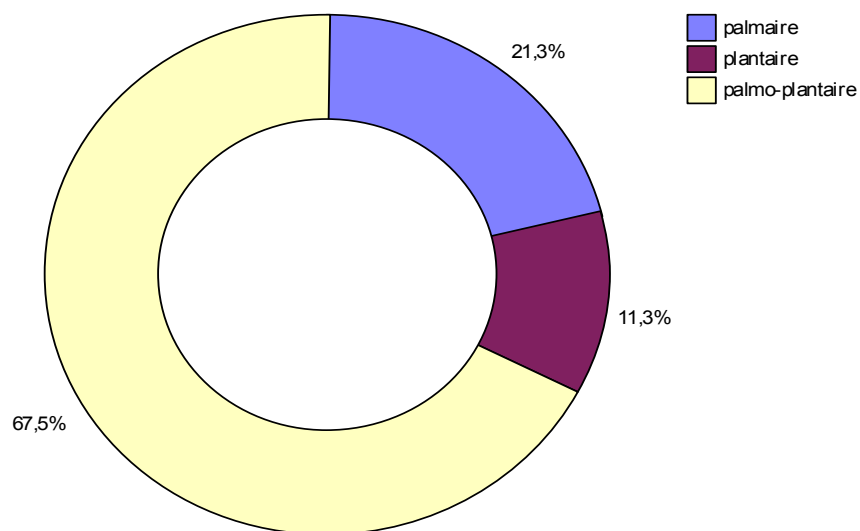
**Tableau VII : Répartition selon la présentation clinique**

Type de lésion	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Vésicule</b>	55	68,75
<b>Lésions érythémato-squameuses .</b>	24	30
<b>Bulle</b>	1	1,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

La topographie était palmaire chez 21 , 3% de patients (n=17) et plantaire chez 11 ,3% (n=9) .

L'atteinte palmo-plantaire était retrouvée dans 67 ,5% de cas (n=54) .

La figure 7 illustre la répartition en fonction de la topographie des lésions .



**Figure 4 : Répartition en fonction de la topographie des lésions**

Dans notre série , 38 ,8% (n=31) de malades avaient des lésions à distance à type de lésions érythémato-squameuses prurigineuses principalement sur le tronc et les membres supérieurs .

Par ailleurs ,les patients présentaient une anomalie au niveau des ongles dans 11 cas soit 13 ,8% de cas .

Les types d'anomalies observés sont illustrés dans le tableau IX .

**Tableau VIII: Répartition en fonction de la nature d'anomalie unguéale**

<b>Nature d'anomalie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Hyperkératose sous unguéale</b>	4	36,36
<b>Onycholyse</b>	5	45,45
<b>Dyschromie</b>	2	18,18
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

### **III.3.10. Intertrigo interorteil :**

Un intertrigo interorteil d'allure mycosique était observé chez 6 patients ( 7 ,5% ) .



**Figure 5 : Dyshidrose se présentant sous forme de lésions bulleuses  
( Dermatologie IHS )**

### **III.4. Aspects paracliniques**

#### **III.4.1. Tests allergologiques**

Les tests allergologiques étaient effectués chez 27 patients (33,8%) . Il s'agissait de :

- 24 patch-tests .
- 8 prick-tests alimentaires .
- 8 prick-tests respiratoires .

Les patch tests étaient positifs dans 50% des cas (n=12) .

Les allergènes retrouvés sont illustrés sur le tableau X .

**Tableau IX : Répartition selon les allergènes de contact retrouvés lors des patch tests**

<b>Allergènes de contact</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Cobalt</b>	4	14,28
<b>Baume de pérou</b>	4	14,28
<b>PPDA</b>	2	7,14
<b>Nickel</b>	2	7,14
<b>Fragrance mix 1</b>	2	7,14
<b>Caine mix 3</b>	1	3,5
<b>Thiuram mix</b>	1	3,5
<b>Quaternum 15</b>	1	3,5
<b>Sesquiterpène lactone mix</b>	1	3,5
<b>Lanolin alcohol</b>	1	3,5
<b>Fragrance mix 2</b>	1	3,5
<b>IPPD</b>	1	3,5
<b>Methylisothiazolinone</b>	1	3,5
<b>Methyldibromo glutaronitril</b>	1	3,5
<b>Textile dye</b>	1	3,5
<b>Colophonium</b>	2	7,14
<b>Cycloheene carboxaldehyde</b>	1	3,5
<b>Propolis</b>	1	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Les prick tests alimentaires étaient positifs dans 2 cas .

Les allergènes alimentaires retrouvés sont illustrés dans le tableau XI .

**Tableau X : Répartition selon les allergènes alimentaires retrouvés lors des prick tests alimentaires**

<b>Allergènes alimentaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Cacahuètes</b>	2	40
<b>Sardine</b>	1	20
<b>Céréales</b>	1	20
<b>Noisettes</b>	1	20
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Les prick tests respiratoires étaient positifs dans 2 cas .

les dermatophagoides farinae représentaient 33,3% des allergènes .

Les allergènes respiratoires retrouvés sont répertoriés dans le tableau XII .

**Tableau XI : Répartition selon les allergènes respiratoires retrouvés lors des prick tests respiratoires**

<b>Allergènes respiratoires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Dermatophagoides farinae</b>	2	33 ,3
<b>Cafard</b>	1	16 ,6
<b>Plumes de poule</b>	1	16 ,6
<b>Poussière maison</b>	1	16 ,6
<b>Dermatophagoides pteroyssinus</b>	1	16,6
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>



**Figure 6 : Patch tests (dermatologie Dantec)**



**Figure 7 : Prick tests respiratoires (dermatologie Dantec )**

#### **III.4.2. Prélèvement mycologique**

Le prélèvement mycologique effectué chez 6 patients était positif dans un seul cas révélant une infection par le *Candida albicans* .

#### **III.5. Aspects thérapeutiques**

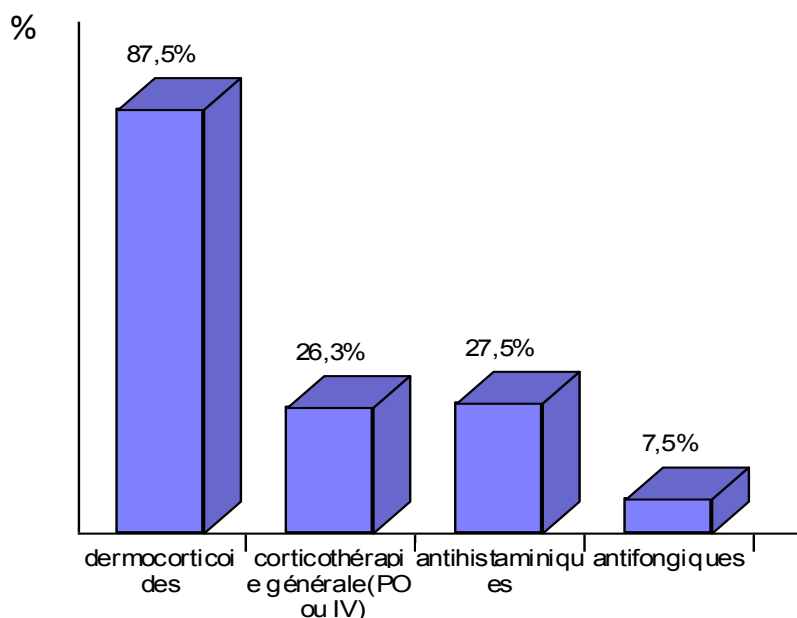
Dans notre étude , 87,5% de patients (n=70 ) ont reçu des dermocorticoïdes et en occlusion chez le tiers des cas .

Une corticothérapie générale de courte durée ( voie orale ou intraveineuse ) était prescrite dans 26,3% de cas .



Les antihistaminiques et les antifongiques étaient prescrits respectivement chez 27,5% et 7,5% de patients .

La répartition selon le traitement reçu est illustrée dans la figure 11 .



**Figure 8 : Répartition en fonction des traitements reçus**

### III.6. Aspects évolutifs

L'évolution après 3 mois de traitement était bonne dans la majorité des cas (77,5% , n=62) , stationnaire dans 18 ,8% de cas (n=15) et défavorable dans 3,8% (n=3) .

## IV. ETUDE ANALYTIQUE

### IV.1. Relation entre l'aspect clinique et le tabagisme

Nous avons trouvé un lien significatif entre le tabagisme et la survenue d'une lésion érythémato-squameuse surmontée d'une vésicule ( $p = 0,018$ ) .

**Tableau XII : lien entre le tabagisme et l'aspect clinique**

Aspect clinique	Tabagisme		P
	Oui	Non	
<b>Vésicule</b>	16	39	0,613
<b>Bulle</b>	1	0	0,374
<b>Lésion érythémato-squameuse surmontée de vésicule</b>	12	12	0,018

**IV.2. Relation entre l'aspect clinique et l'atopie :**

Nous n'avons trouvé aucun lien statistiquement significatif entre l'atopie et les différents aspects cliniques ; vésicule ( $p= 0,085$ ), bulle ( $p=0,864$ ), lésion érythémato-squameuse surmontée de vésicule ( $0,294$ ) .

**Tableau XIII : Lien entre l'atopie et l'aspect clinique**

Aspect Clinique	Atopie		P
	Oui	Non	
<b>Vésicule</b>	40	15	0,085
<b>Bulle</b>	0	1	0,864
<b>Lésion érythémato-squameuse surmontée de vésicule</b>	21	3	0,294

**IV.3. Relation entre l'évolution et le tabagisme**

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le tabagisme et l'évolution stationnaire ( $p=0,048$ ).

**Tableau XIV : Lien entre le tabagisme et l'évolution**

<b>Evolution</b>	<b>Tabagisme</b>		<b>P</b>
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
<b>Bonne</b>	26	36	0,492
<b>Défavorable</b>	1	2	0,921
<b>Stationnaire</b>	2	13	0,048

## **DISCUSSION**

## **V. Représentativité et limites**

Nous rapportons une étude portant sur les facteurs étiologiques de la dyshidrose , avec un recueil prospectif des données sur une période de 6 mois, allant du 1 Janvier 2021 au 30 Juin 2021 .

Pour réaliser notre étude, nous avons recruté 80 patients qui présentaient une dyshidrose, vus aux services de dermatologie de L'Hôpital Aristide Le Dantec, de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale et aux consultations externes dermatologiques de l'Hôpital Albert Royer .

### **- Apport de ce travail :**

Il s'agit à notre connaissance de la première étude au Sénégal qui s'intéresse aux facteurs étiologiques de la dyshidrose ,permettant d'identifier les aspects épidémiologiques , cliniques , thérapeutiques et évolutifs de cette affection .

### **- Limites de l'étude :**

La non-réalisation des examens complémentaires pour tous les patients constituait la seule limite à la réalisation de notre étude.

## **VI. Aspects épidémiologiques**

Dans notre étude , la fréquence hospitalière moyenne était faible puisque la dyshidrose représentait 1,25 ‰ de l'ensemble des malades suivis pendant la période de l'étude . En effet , la diminution de la fréquentation hospitalière des malades en raison de la pandémie covid-19 pourrait expliquer ce taux faible .

La moyenne d'âge ( 35 ans ) était similaire à celles retrouvées en Tunisie par Amouri et al (31 ans) [19] et au Togo par Pitché et al (32,8 ans ) [20] . Une moyenne d'âge plus élevée ( 50 ans ) était rapportée par l'étude marocaine Bahtaoui et al [21] .

Le pic de fréquence [30 ans –40 ans] retrouvé dans notre étude serait lié aux activités professionnelles chez les patients de cette tranche d'âge . Le même pic de fréquence était rapporté par Guillet et al [30 ans –40 ans] [22] .

Une prédominance féminine était notée chez nos patients (62,5%) . Ce qui rejoint l'étude de Bahtaoui et al [21]. Cependant , on notait une répartition équivalente entre les 2 sexes par Amouri et al [19].

## **VII. Habitudes et mode de vie**

Certains auteurs pensent que la dyshidrose serait due à une sécrétion excessive de sueur . Ainsi une activité sportive favorisant l'hypersudation était rapportée chez le quart de nos malades . L'étude Bahtaoui et al rapportait un taux moins élevé (5,4 %) que celui de notre étude [22].

Concernant le stress , il était constaté chez le quart de nos patients rejoignant ainsi les résultats de la série Guillet et al (24%) . En effet , les personnes stressées présentent davantage de risque d'être atteintes de dyshidrose dès lors qu'elles produisent une quantité importante de sueur .

Le tabagisme était également retrouvé dans 36,3% de cas . Un taux inférieur était rapporté par Bahtaoui et al ( 12 ,5% ) [21] . En Allemagne , la dyshidrose était fortement associée au tabac dans l'étude faite par Schwanitz et al [11] . Le mécanisme impliqué n'était pas encore élucidé.

Chez nos patients, un déclenchement ou une aggravation de la dyshidrose pendant la saison d'été ( juillet ,aout...) était noté dans 11,3 % favorisé probablement par l'hypersudation . Néanmoins, 15% de malades notaient au contraire une aggravation pendant la saison d'hiver (janvier ,février ,mars ...) . Cela pourrait être expliqué par le climat tropical du Sénégal qui se caractérise par la chaleur durant toute l'année . Dans une étude indienne [25] , la saison estivale était un facteur déclencheur important chez les patients avec un taux allant jusqu' à 47,8% .

Dans notre série ,les produits ménagers étaient incriminés de déclencher la dyshidrose dans 31,3% de cas , les gants en latex dans 5% et le gel hydroalcoolique dans 5% . Ce dernier était de plus en plus utilisé par la population depuis la pandémie de covid-19 .

Une étude indienne vient conforter nos résultats en rapportant une intolérance aux détergents dans 21,7% de cas [25] . D'où l'intérêt de conseiller aux patients l'utilisation des gants pendant les activités ménagères et d'opter pour les produits de ménage hypoallergéniques .

De même , les aliments étaient mis en cause chez nos malades surtout le poisson (26,3%) , les fruits de mer (7,5% ) et le chocolat (5%) . De nombreuses études rapportaient les mêmes résultats notamment pour l'ail , la laitue et les épices [6][8].

### **VIII. Aspects Cliniques**

L'atopie ( familiale et/ou personnelle) était notée chez 76,25% de nos malades et ce taux était plus élevé que ceux des séries Lodi et al ( 50% ) [10] et Guillet et al (46,7%) [22].

En France ,La dyshidrose représentait 3,7% des formes cliniques de la dermatite atopique dans l'étude menée par Jacobzone et al [23]. Néanmoins , aucun risque de dyshidrose n'était associé à l'atopie dans la série Bryld et al [1].

En ce qui concerne l' antécédent d'eczéma de contact , il était observé chez 2,5% de nos patients .Ce qui représente presque la moitié du taux rapporté par Bahtaoui et al (5,4%) [21] . Des taux plus élevés étaient observés dans la série de Guillet et al (72%) [22] et de Bryld et al (71,10%)[1]. En outre , l'eczéma de contact était statistiquement associé à la dyshidrose dans l'étude togolaise de Pitché et al [20].

La durée moyenne d'évolution était de 10 ans .Les séries Bahtaoui et al [21] et Pitché et al [20] avaient respectivement rapporté des taux inférieurs de 6,22 ans et de 3ans .Cela pourrait être dû au retard de consultation par nos patients .

Si la plupart des patients dans notre étude présentait un prurit (95%) concordant ainsi avec l'étude Bahtaoui et al (100%)[21] , certaines lésions peuvent proliférer profondément sous la couche épidermique et provoquer de la douleur (25% dans notre étude ) . De même , cette dernière pourrait être engendrée par la surinfection des lésions .

Sur le plan lésionnel , les lésions vésiculeuses étaient prédominantes (68,75%) suivies par les lésions érythémato-squameuses ( 30% ) . Nous n'avons trouvé aucun lien statistiquement significatif entre l'atopie et les différentes présentations cliniques . Par contre , nous avons trouvé un lien significatif entre le tabagisme et la survenue d'une lésion érythémato-squameuse surmontée d'une vésicule ( $p = 0,018$ ).

La topographie était palmaire dans 21 , 3% de cas .Ce résultat était inférieur à celui retrouvé par Mineoka et al au Japon (47,9%) [24] et par Guillet et al (70%)[22].

Elle était plantaire chez 11 ,3% de nos patients .Une fréquence quasi similaire était rapportée par Guillet et al (10%) [22] et moins élevée par Mineoka et al (6,25%)[24] .

Quand à l'atteinte palmo-plantaire , elle était la plus fréquente chez nos patients ( 67 ,5%). Cependant , cette topographie était moins fréquemment observée par Mineoka et al (45,80%) [24] et Guillet et al (20%) [22].

Une atteinte unguéale était observée chez 13 ,8% de nos malades . Ce taux est inférieur à celui rapporté par la série Bahtaoui et al au Maroc ( 65,5% ) [21] . En effet , les infections mycosiques pourraient favoriser la survenue d'une dyshidrose . La réalisation d'un prélèvement mycologique doit être systématique chez tous les patients présentant une dyshidrose .



Un intertrigo interorteil d'allure mycosique était observé dans 7,5% de cas .Ce taux était nettement moins élevé que celui rapporté par les séries Guillet et al (15,8%) [22] , Bahtaoui et al (44,5%)[21] , Pitché et al (52%) [20] et la série tunisienne Amouri et al (35,5%) [55] . Le mécanisme impliqué est une réaction fongique dite réaction « IDE » consistant en la survenue d'un eczéma dyshidrosique des mains sans filaments identifiés localement .

### **IX . Aspects paracliniques**

Les patch tests étaient positifs dans 50% de cas , ce qui rejoint la série Lodi et al [10] qui avait retrouvé un taux de 48% . Un taux de positivité légèrement moins élevé était décrit par la série Meneghini Angelini et al (30%) [9] et plus élevé par la série indienne Varadraj et al (70%) [25] . Ces résultats pourraient conforter la théorie selon laquelle certains auteurs considèrent cette affection comme une forme d'eczéma des mains .

Les allergènes retrouvés étaient surtout le cobalt , le baume de pérou et le nickel .

Le nickel est l'allergène le plus fréquemment décrit dans la littérature comme pourvoyeur de dyshidrose notamment dans les séries de Guillet et al [22] , de Lodi et al [10] , de Varadraj et al [25] , de Yokozeki et al [3] et de Mineoka et al[24].

Le cobalt représentait le 2<sup>ème</sup> allergène le plus retrouvé après le nickel dans l'étude de Mineoka et al [24] et le 3<sup>ème</sup> allergène après le nickel et le chromate dans la série de Yokozeki et al [3].

Le chromate était également identifié dans certaines séries comme celle de Varadraj et al [25] mais on notait l'absence de cet allergène dans notre série .

Les prick tests alimentaires étaient positifs dans 2 cas principalement aux cacahuètes et aux sardines .

Quand aux prick tests respiratoires , ils étaient également positifs dans 2 cas surtout aux dermatophagoides farinae , aux cafards et aux plumes de poule.

## **X. Aspects thérapeutiques**

Les thérapeutiques utilisées chez nos malades étaient essentiellement les dermocorticoides (87,5%) et la corticothérapie générale (26,3%) .L'éviction allergénique était également incluse dans la prise en charge des malades en se basant sur l'éducation thérapeutique .

Les dermocorticoïdes constituent la pierre angulaire du traitement de cette affection [39]. D'autres traitements locaux avaient fait l'objet de nombreuses études comme les inhibiteurs de la calcineurine topiques dont l'effet était généralement limité ainsi que la photothérapie qui était identifiée comme thérapeutique efficace par Wollina et al [40][41].

Selon certaines séries , un traitement court par la prednisolone à la dose de 30mg /jour pendant les premiers jours de l'éruption permettait un contrôle rapide de la dyshidrose [29] .

Dans une autre étude , le méthotrexate était efficace à des doses de 12.5 à 20 mg par semaine[34] . De même , l'azathioprine s'est avérée utile à des doses de 50 mg à 150 mg par jour dans une étude faite sur 6 patients atteints de dyshidrose [35] .

Par ailleurs , dans une grande étude contrôlée de 1032 patients sur l'eczéma chronique des mains l'alitrétinoïne était efficace chez 33 % des patients présentant une forme dyshidrosique de cet eczéma [36].

## **XI. Aspects évolutifs**

L'évolution était bonne dans la majorité des cas (77,5% ) , stationnaire dans 18 ,8% de cas , et défavorable dans 3,8% . Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le tabagisme et l'évolution stationnaire ( $p=0,048$ ). Cela pourrait être expliqué par le fait que le tabac est un facteur de résistance au traitement [24].

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

La dyshidrose est une dermatose chronique et récurrente souvent invalidante, dont l'étiopathogénie est encore mal élucidée. Le retentissement socio-professionnel de cette affection chez certains patients est parfois important .

Nous rapportons une étude portant sur les facteurs étiologiques de la dyshidrose , avec un recueil prospectif des données sur une période de 6 mois, allant du 1 Janvier 2021 au 30 Juin 2021 .

Pour réaliser notre étude, nous avons recruté 80 patients qui présentaient une dyshidrose, vus aux services de dermatologie de L'Hôpital Aristide Le Dantec, de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale et aux consultations externes dermatologiques de l'Hôpital Albert Royer .

Il s'agirait à notre connaissance de la première étude au Sénégal qui s'intéresse aux facteurs étiologiques de la dyshidrose , permettant d'identifier les aspects épidémiologiques , cliniques , thérapeutiques et évolutifs de cette affection .

La fréquence hospitalière moyenne de la dyshidrose était faible (1,25 ‰) .

La dyshidrose touchait surtout les femmes jeunes (moyenne d'âge : 35 ans , sex-ratio (F/H) = 1,6) .

Une activité sportive était observée dans 25% de cas . Le même taux était noté pour le stress . Quand au tabagisme , il représentait 36,3% de cas .

Les produits ménagers étaient suspectés de déclencher la dyshidrose dans 31,3% de cas , les gants en latex dans 5% et le gel hydroalcoolique dans 5% .Les aliments les plus mis en cause étaient le poisson (52,5%), les fruits de mer (15% ) et le chocolat (10%) .

Le retentissement socio-professionnel se manifestait par l'absentéisme (12 ,5%) , la stigmatisation sociale (6 ,3%) et l'arrêt de certaines activités sociales (3 ,8%) comme le sport et la fréquentation des endroits publics .

L'atopie constituait 76,25% de cas ; 50,8 % présentaient une atopie personnelle et 49,18% une atopie familiale .Un antécédent d'eczéma de contact était également noté chez 2,5% de patients .

La durée moyenne d'évolution était de 10 ans probablement lié au retard de consultation . Le prurit représentait le signe fonctionnel majeur (95%) et la présentation clinique était essentiellement sous forme de vésicules ( 68,75%) et de lésions érythémato-squameuses surmontées de vésicules (30%) . Nous avons trouvé un lien significatif entre le tabagisme et la survenue d'une lésion érythémato-squameuse surmontée d'une vésicule (  $p = 0,018$  ) . La topographie était dans la majorité des cas palmo-plantaire ( 67 ,5%) , suivie par l'atteinte palmaire (21 , 3%) et plantaire (11 ,3% ). Une atteinte unguéale était constatée dans 13 ,8% de cas; Les anomalies les plus observées étaient l'hyperkératose sous unguéale ( 36,36%) et l'onycholyse (45,45%) . Un intertrigo interorteil d'allure mycosique était également observé chez 7 ,5% de cas .

Les patch tests étaient positifs dans 50% de cas ; les allergènes les plus retrouvés étaient le cobalt (14,28%) , le baume de pérou (14,28%) et le nickel (7,14%) . Quand au prélèvement mycologique , il était positif dans 16,6% de cas révélant une infection par le candida albicans .

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique , l'éviction des allergènes était recommandée à tous les patients , les dermocorticoïdes prescrits dans 87,5% de cas et la corticothérapie générale dans 26,3% .

Par ailleurs , l'évolution était bonne dans la majorité des cas (77,5% ) , stationnaire dans 18 ,8% et défavorable dans 3,8% . Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le tabagisme et l'évolution stationnaire ( $p=0,048$ ).

Au terme de notre étude et au vu des résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

**A l'égard des malades**

- Consultation précoce .
- Eviction des allergènes déclenchants et/ou aggravants la dyshidrose .
- Arrêt du tabac .

**A l'égard du personnel soignant et des enseignants**

- Réaliser une étude cas-témoins pour confirmer les facteurs étiologiques de la dyshidrose.
- Réalisation systématique des tests allergologiques .
- Insister sur l'éducation thérapeutique des patients .

## **REFERENCES**

**1.Bryld LE, Agner T, Menne T.**

Relation between vesicular eruptions on the hands and tinea pedis ,atopic dermatitis and nickel allergy. Acta Derm Venereol 2003;83(3):186–8.

**2.Christensen OB, Moller H.**

External and internal exposure to the antigen in the hand eczema of nickel allergy. Contact Dermatitis 1975;1:136–41.

**3.Yokozeki H, Katayama I, Nishioka K, et al.**

The role of metal allergy and local hyperhidrosis in the pathogenesis of pompholyx. J Dermatol 1992;19(12):964–7.

**4.Rowe AH.**

Atopic dermatitis of the hands due to food allergy. Arch Derm 1946;54:683-703.

**5.Dooms-Goossens A, Fubelloy R, Degreef H.**

Contact and systemic contact-type dermatitis to spices. Dermatol Clin 1990;8(1):89–93.

**6.Shelley WB.**

Dysidrosis (pompholyx). Arch Dermatol Syph 1953;68:314–8.

**7.Young E.**

Dysidrotic (endogen) eczema. Dermatologica 1964;129:306–10.

**8.Schuppli R.**

On the etiology of dyshidrosis [German]. Dermatologica 1954;108:393–8.

**9.Meneghini CL, Angelini G.**

Contact and microbial allergy in pompholyx. Contact Dermatitis 1979;5:46–50.

**10.Lodi A, Betti R, Charelli G, et al.**

Epidemiological , clinical and allergological observations on pompholyx. Contact Dermatitis 1992;26:17–21.

**11.Schwanitz HJ.**

Das atopische Palmoplantarekzem . Springer-Verlag; 1986;45(2):34-45

**12.Borradori L. et al .**

Mycoses. Wiley Online Library 1994 ;18(2-3):1-9



**13.Veien N.K. et al**

Hand Eczema . CRC Press 2000;15(4):14-7.

**14.Gerstenblith M.R. et al.**

Pompholyx and eczematous reactions associated with intravenous immunoglobulin therapy. JAAD 2012;66(2):312-6

**15.Shiraishi T. et al .**

Severe Dyshidrotic Eczema after Intravenous Immunoglobulin Therapy for Kawasaki Syndrome . Pediatr Dermatol. 2012 ;30(3 ):311-9

**16 . Lachapelle . J .M**

Les dermatites des mains . Ann. Dermatol Vénéréol. 2006 ; 133 (2) : 113-16.

**17.Petering H. et al**

Comparison of localized high-dose UVA1 irradiation versus topical cream psoralen-UVA for treatment of chronic vesicular dyshidrotic eczema . J Am Acad Dermatol 2004 ;50(1):68-72

**18.Lachapelle J.M. et al.**

Patch Testing Methodology . Ann Dermatol Venereol 2006 ;94(2) :75-23.

**19.M. Amouri , S. Marrekchi, A. Masmoudi, Y. Loumi, H. Turki**

Dysidrose : étude étiologique et apport des tests épicutanés .Revue Française d Allergologie et d Immunologie Clinique 2009 ;48(2):62-66

**20.P. Pitché<sup>1</sup>, M. Boukari ,K. Tchangai-Walla**

Facteurs associés à la dysidrose palmo-plantaire ou plantaire : étude cas-témoins. Ann Dermatol Venereol 2006;133(2):139–43.

**21.W.Bahtaoui , FZ .El Fetoiki , M.Soussi-Abdellaoui , F .Hali , S .Chiheb**

Dysidrose plantaire : étude épidémio-clinique et mycologique de 112 cas . Ann. Dermatol Vénéréol 2002 ;145(4):A52

**22.M.H.Guillet , M.H.Shollhammer, G.Guillet**

Effet du régime sans nickel dans le traitement des dermatoses allergiques au nickel : étude de 30 patients . Revue Française d Allergologie et d Immunologie Clinique 1989 ;34(1):13-18

**23.C.Jacobzone , Z.Reguiat , C.Fougerousse , E.Mahé , F.Maccari**

Répartition des formes phénotypiques de la dermatite atopique chez l'adulte: premiers résultats de l'étude DAPHNE . Ann. Dermatol Vénéréol ;2019 ;(3) : 109-12

**24 . Risa Tamagawa-Mineoka , Naomi Nakamura, Sachiko Ueda, Koji Masuda, Norito Katoh**

Patch testing in patients with recurrent vesicular hand eczema , Allergology International 66 (2017) 632e633

**25 .Varadraj V. Pai, Pankaj Shukla, K. N. Naveen, Sharat Chandra Athanikar, and U. S. Dinesh**

Unusual presentation of severe pompholyx . Indian Dermatology Online Journal 5(Suppl 1):S48-S49

**26.Uwe Wollina , Mohamed Badawy Abdel Naser**

Pharmacotherapy of pompholyx , Expert opinion of pharmacotherapy 5, n° 7 (juillet 2004): 1517–22.

**27. Fox T. et al**

On dysidrosis. Am J Syphilol Dermatol 1873;1–7. 2.

**28. Fox T. et al**

Clinical lecture on dysidrosis (an undescribed eruption). BMJ 1873;365–6.

**29 . Norris PG, Levene GM.**

Pompholyx occurring during hospital admission for treatment of atopic dermatitis . Clin Exp Dermatol 1987;12:189–90.

**30 .Jain VK, Aggarwal K, Passi S.**

Role of contact allergens in pompholyx. J Dermatol 2004;31(3): 188–93. 52.

**31. Ekelund A-G, Moller H.**

Oral provocation in eczematous contact allergy to neomycin and hydroxyquinolines. Acta Derm Venereol 1969;49:422

**32 . Veien NK. Zhai H, Wilhelm K-P, Maibach HI**

Systemic contact dermatitis. . Review Clin Rev Allergy Immunol . 2019 Feb ;56(1):9-18.

**33. Veien NK, Olholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, et al.**

Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol* 1999;140(5):882–6.

**34. Egan CA, Rallis TM, Meadows KP.**

Low-dose oral methotrexate treatment for recalcitrant palmoplantar pompholyx. *Am Acad Dermatol* 1999;40: 612–4.

**35. Scerri L.**

Azathioprine in dermatological practice. An overview with special emphasis on its use in non-bullous inflammatory dermatoses. *Adv Exp Med Biol* 1999;455:343–8.

**36. Ruzicka T, Lynde CW, Jemec GBE, et al.**

Efficacy and safety of oral alitretinoin (9- cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Br J Dermatol* 2008;158:808–17. 128.

**37. Grattan CEH, Carmichael AJ, Shuttleworth GJ, et al.**

Comparison of topical PUVA with UVA for chronic vesicular hand eczema. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1991;71:118–22. 129.

**38. Duff M, Cruchfield CE III, Moore J, et al.**

Radiation therapy for chronic vesicular hand dermatitis. *Dermatitis* 2006;17(3):128–32.

**39. Veien NK, Olholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, et al.**

Long-term intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol* 1999;140(5):882–6.

**40. Belsito DV, Fowler JF Jr, Marks JG Jr, et al.**

Pimecrolimus cream 1%: a potential new treatment for chronic hand dermatitis. *Cutis* 2004;73(1):31–8.

**41. Wollina U.**

Pompholyx: what's new? *Expert Opin Investig Drugs* 2008;17(6):897–904.

## **ANNEXES**

## **Fiche d'enquête de la dyshidrose**

### **Identité du patient :**

Nom et prénom :

Age :

Sexe :

Origine géographique :

Profession :

N ° de la fiche :

Structure hospitalière :

Date de consultation :

Adresse :

N° de téléphone :

### **Interrogatoire :**

Motif d'hospitalisation :

Date de début de la symptomatologie :

Mode évolutif :

- Aigu :
- Chronique par poussée/rémission :

Signes fonctionnels :

- Prurit :
- Douleur :
- Asymptomatique :

Antécédent d'eczéma de contact :

- Oui :
- Non :

Notion d'atopie personnelle ou familiale :

- Asthme :
- Rhinite allergique :
- Conjonctivite allergique :
- Xérose cutanée :

Activité sportive :

- Oui :
- Non :

Type d'activité sportive :

Tabagisme :

- Oui :
- Non :

Si oui nombre de paquets par an :

Stress :

- Stress professionnel :
- Conflit conjugal :
- Décès d'un proche :
- Conflit relationnel :
- Maladie :

Déclenchement ou aggravation en fonction de la saison :

- Été :
- Hiver :

Retentissement socioprofessionnel :

- Absentéisme :
- Stigmatisation sociale :
- Arrêt de certaines activités sociales :

Topographie :

- Palmaire :
- Plantaire :
- Palmo-plantaire :

Lésions à distance :

- Oui :
- Non :

Description de lésions à distance :

Hyperhidrose palmoplantaire :

- Oui :
- Non :

### **Examens paracliniques**

Tests allergologiques

Patch-test :

- Fait :
  - Si fait ,résultat :
- Non fait :

Prick-test alimentaire :

- Fait :
  - Si fait ,résultat :
- Non fait :

Prick-test respiratoire :

- Fait :
  - Si fait ,résultat :
- Non fait :

Prélèvement mycologique :

- Fait :
  - Si fait ,résultat :
- Non fait :

**Prise en charge thérapeutique :**

Traitements reçus :

- Dermocorticoïdes :  
Classe thérapeutique :  
Occlusion :
- Corticothérapie générale :  
Orale :  
Intraveineuse :
- Antihistaminiques :
- Antifongiques :
- Autres :

**Aspect évolutif**

Evolution sous traitement :

- Bonne :
- Défavorable :
- Stationnaire :



# DYSHIDROSE ET FACTEURS ASSOCIES : UNE SERIE DE 80 CAS A DAKAR

---

## INTRODUCTION

La dyshidrose est une dermatose chronique et récurrente souvent invalidante, dont l'étiopathogénie est encore mal élucidée. Le retentissement socio-professionnel de cette affection chez certains patients est parfois important .

## PATIENTS ET METHODES

Nous rapportons une étude portant sur les facteurs étiologiques de la dyshidrose , avec un recueil prospectif des données sur une période de 6 mois, allant du 1 Janvier 2021 au 30 Juin 2021 .

Pour réaliser notre étude, nous avons recruté 80 patients qui présentaient une dyshidrose, vus aux services de dermatologie de L'Hôpital Aristide Le Dantec, de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale et aux consultations externes dermatologiques de l'Hôpital Fann .

## RESULTATS

La fréquence hospitalière moyenne de la dyshidrose était faible (1,25 %) .

La dyshidrose touchait surtout les femmes jeunes (moyenne d'âge : 35 ans , sex- ratio (F/H) = 1,6) .

Une activité sportive était observée dans 25% de cas . Le même taux était noté pour le stress . Quand au tabagisme, il représentait 36,3% de cas .

Le retentissement socio-professionnel se manifestait par l'absentéisme (12 ,5%) , la stigmatisation sociale (6 ,3%) et l'arrêt de certaines activités sociales (3 ,8%)

L'atopie constituait 76,25% de cas .Un antécédent d'eczéma de contact était également noté chez 2,5% de patients.

La durée moyenne d'évolution était de 10 ans. Le prurit représentait le signe fonctionnel majeur (95%) et la présentation clinique était essentiellement sous forme de vésicules ( 68,75%) et de lésions érythémato-squameuses surmontées de vésicules (30%) . Nous avons trouvé un lien significatif entre le tabagisme et la survenue d'une lésion érythémato-squameuse surmontée d'une vésicule (  $p = 0,018$ ) . La topographie était dans la majorité des cas palmo-plantaire ( 67 ,5%) , suivie par l'atteinte palmaire (21 , 3%) et plantaire (11 ,3%) . Une atteinte unguéale était constatée dans 13 ,8% de cas. Un intertrigo interorteil d'allure mycosique était également observé chez 7 ,5% de cas .

Les patch tests étaient positifs dans 50% de cas ; les allergènes les plus retrouvés étaient le cobalt (14,28%) , le baume de pérou (14,28%) et le nickel (7,14%) . Quand au prélèvement mycologique, il était positif dans 16,6% de cas révélant une infection par le candida albicans .

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique , l'éviction des allergènes était recommandée à tous les patients , les dermocorticoides prescrits dans 87,5% de cas et la corticothérapie générale dans 26,3% .

Par ailleurs, l'évolution était bonne dans la majorité des cas (77,5% ) , stationnaire dans 18 ,8% et défavorable dans 3,8% . Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le tabagisme et l'évolution stationnaire ( $p=0,048$ ).

## CONCLUSION

l'activité sportive , le stress , l'atopie et l'intertrigo interorteil mycosique étaient des facteurs associés à la dyshidrose .Le cobalt , le baume de pérou et le nickel représentaient des allergènes fortement suspects d'induire cette affection . Le tabac était un facteur de résistance au traitement

**MOTS CLES :** Dyshidrose , Facteurs associés , Dakar