

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CC = Cuir chevelu

CHNEAR = Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer

DA = Dermatite atopique

DCC = Dermatoses du cuir chevelu

DES = Diplôme d'Etudes Spécialisées

DS = Dermite séborrhéique

EBH = Epidermolyse bulleuse héréditaire

EICS = Erythrodermie ichtyosiforme congénitale sèche

HALD = Hôpital Aristide le Dantec

IHS = Institut d'Hygiène Social

IM = Intramusculaire

M. = *Microsporum*

T. = *Trichophyton*

TCC = Teigne du cuir chevelu

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	11
Figure 2 : Répartition des patients selon l'existence de signes d'atopie personnelle et familiale	18
Figure 3 : Teigne chez un jeune garçon de 7 ans.....	23
Figure 4 : Dermite séborrhéique chez un nourrisson de 2 mois	23
Figure 5 : Hamartome sébacé de Jadassohn chez un nouveau-né de 24 jours ..	24
Figure 6 : Pellagre chez un jeune garçon de 10 ans.....	24
Figure 7 : Folliculite disséquante chez un adolescent de 15 ans	25
Figure 8 : Répartition des patients selon l'évolution clinique	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le lieu de recrutement	8
Tableau II : Répartition des patients selon les dermatoses infectieuses	9
Tableau III : Répartition des patients selon les dermatoses inflammatoires/auto-immunes	9
Tableau IV : Répartition des patients selon les autres dermatoses	10
Tableau V : Répartition des dermatoses infectieuses selon la tranche d'âge....	11
Tableau VI : Répartition des dermatoses inflammatoires/auto-immunes selon la tranche d'âge	12
Tableau VII : Répartition des autres dermatoses selon la tranche d'âge	12
Tableau VIII: Répartition des dermatoses infectieuses selon le sexe.....	13
Tableau IX : Répartition des dermatoses inflammatoires/auto-immunes selon le sexe.....	13
Tableau X : Répartition des autres dermatoses selon le sexe.....	14
Tableau XI : Répartition des patients selon l'ethnie	14
Tableau XII : Répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes	15
Tableau XIII : Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique	16
Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement reçu avant la consultation en dermatologie	17
Tableau XV : Répartition des signes fonctionnels en fonction des dermatoses infectieuses.....	19
Tableau XVI : Répartition des signes fonctionnels en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes	19
Tableau XVII : Répartition des signes fonctionnels en fonction des autres dermatoses.....	20
Tableau XVIII : Répartition des lésions élémentaires en fonction des dermatoses infectieuses.....	21

Tableau XIX : Répartition des lésions élémentaires en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes	21
Tableau XX : Répartition des lésions élémentaires en fonction des autres dermatoses.....	22
Tableau XXI : Répartition de la topographie des lésions en fonction des dermatoses infectieuses.....	26
Tableau XXII : Répartition de la topographie des lésions en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes	26
Tableau XXIII : Répartition de la topographie des lésions en fonction des autres dermatoses	27
Tableau XXIV : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants.....	27
Tableau XXV : Répartition de la surinfection en fonction des dermatoses infectieuses.....	28
Tableau XXVI : Répartition de la surinfection en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes	29
Tableau XXVII : Répartition de la surinfection en fonction des autres dermatoses.....	29
Tableau XXVIII : Répartition de l'atteinte unguéale en fonction des pathologies	30
Tableau XXIX : Répartition de l'atteinte des muqueuses en fonction des pathologies	30
Tableau XXX : Répartition des prélèvements mycologiques selon les agents pathogènes.....	31
Tableau XXXI : Répartition des patients selon le traitement utilisé.....	32
Tableau XXXII : Relation entre les tranches d'âge et les pathologies	33
Tableau XXXIII : Relation entre le sexe et les pathologies	34
Tableau XXXIV : Relation entre la promiscuité et les pathologies.....	34
Tableau XXXV : Relation entre l'atopie familiale et les pathologies.....	35
Tableau XXXVI : Relation entre l'atopie personnelle et les pathologies.....	35

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. MÉTHODOLOGIE	4
I.1. Objectifs de l'étude.....	4
I.1.1. Objectif principal	4
I.1.2. Objectifs spécifiques.....	4
I.2. Matériels et méthode.....	4
I.2.1. Cadre d'étude.....	4
I.2.2. Type et période d'étude	5
I.2.3. Population d'étude	5
I.2.4. Déroulement de l'étude	6
I.2.5. Critères d'inclusion.....	6
I.2.6. Critères de non inclusion	6
I.2.7. Recueil et collecte des variables étudiées.....	6
I.2.8. Ethique.....	7
I.2.9. Analyse statistique.....	7
II. RÉSULTATS	8
II.1. Etude descriptive	8
II.1.1. Aspects épidémiologiques.....	8
II.1.1.1. Répartition des patients selon le lieu de recrutement.....	8
II.1.1.2. Répartition selon les pathologies	8
II.1.1.3. Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques	9
II.1.1.3.1. Répartition des patients selon l'âge.....	10
II.1.1.3.2. Répartition des patients selon le sexe.....	12
II.1.1.3.3. Répartition des patients selon l'ethnie	14
II.1.1.3.4. Répartition des patients selon la scolarisation et le niveau socio-économique	15

II.1.2. Aspects cliniques.....	15
II.1.2.1. Répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes	15
II.1.2.2. Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique	16
II.1.2.3. Répartition des patients selon le traitement reçu avant la consultation en dermatologie.....	16
II.1.2.4. Répartition des patients selon les antécédents et/ou terrain.....	17
II.1.2.4.1. Répartition selon l'existence d'un contact avec les animaux	18
II.1.2.5. Répartition des signes fonctionnels en fonction des pathologies.....	18
II.1.2.6. Répartition des signes physiques en fonction des pathologies	20
II.1.2.6.1. Répartition des lésions élémentaires en fonction des pathologies	20
II.1.2.6.2. Répartition de la topographie des lésions en fonction des pathologies	25
II.1.2.6.3. Répartition selon les facteurs déclenchants	26
II.1.2.7. Répartition selon les lésions cutanées à distance	28
II.1.2.8. Répartition selon l'existence d'une surinfection associée	28
II.1.2.9. Répartition selon une atteinte unguéale ou des muqueuses	29
II.1.3. Examens complémentaires	31
II.1.3.1. Prélèvement mycologique	31
II.1.3.2. Histologie cutanée	31
II.1.4. Traitement	31
II.1.4.1. Répartition selon le traitement utilisé	31
II.1.5. Evolution	32
II.2. Etude analytique	33
II.2.1. Relation entre les tranches d'âge et les pathologies	33
II.2.2. Relation entre le sexe et les pathologies	33
II.2.3. Relation entre la promiscuité et les pathologies.....	34
II.2.4. Relation entre l'atopie et les pathologies	34
III. DISCUSSION	36
III.1. Données épidémiologiques	36

III.1.1. Fréquence	36
III.1.2. Âge	37
III.1.3. Sexe	38
III.2. Aspects cliniques.....	39
III.3. Etiologies	40
III.4. Aspects paracliniques.....	42
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES	47
ANNEXE	

INTRODUCTION

Dans les pays en développement, les affections dermatologiques constituent un problème de santé publique majeur. Dans les centres de santé, on estime que 30% des malades consultent en raison d'un problème dermatologique [1].

Les troubles dermatologiques représentent également une part importante des consultations en dermatologie pédiatrique [2]. En Afrique, elles peuvent toucher jusqu'à 80% des enfants [3].

Les dermatoses du cuir chevelu de l'enfant ne sont pas en reste et représentent 8,7% des consultations [4]. Elles constituent donc une part importante en pratique quotidienne et sont un motif fréquent de consultation [5].

Les étiologies sont nombreuses et dominées par les dermatoses infectieuses [5, 6] en particulier la teigne du cuir chevelu (TCC) et les dermatoses inflammatoires telles que la dermite séborrhéique (DS).

Cette fréquence des dermatoses infectieuses en zone tropicale serait favorisée par le climat, un défaut d'hygiène et la promiscuité. Ces 3 derniers facteurs jouent un rôle prépondérant dans la prolifération des TCC [7].

Quant aux dermatoses inflammatoires, la topographie au cuir chevelu peut créer des confusions avec les TCC, c'est le cas des états squameux du cuir chevelu (CC) au cours de la DA et du psoriasis.

La plupart des DCC de l'enfant peuvent être prévenues et traitées. Aussi, un diagnostic précoce est crucial afin de prévenir une aggravation et des complications incluant une alopécie cicatricielle [8].

Le pronostic esthétique est le plus souvent engagé avec un profond impact psychologique aussi bien chez l'enfant que chez ses parents. En effet, les cheveux jouent un rôle majeur dans la définition de l'individu et l'apparence.

Par conséquent, une alopécie peut influencer négativement l'estime de soi et entraîner un profond impact psychologique. Il est donc important de traiter les dermatoses pilaires sans oublier l'aspect psychologique [9].

Dans la littérature, on retrouve de nombreuses études réalisées sur les dermatoses pédiatriques [10, 11, 12]. Cependant, très peu d'études concernaient les dermatoses du cuir chevelu de l'enfant.

La majorité des études menées en Afrique du Nord et subsaharienne concernent en particulier la TCC [13, 14, 15, 16].

Au Sénégal, l'étude réalisée en 2011 sur les dermatoses du CC chez les patients atteints de connectivite révélait la fréquence des mycoses qui constituaient la circonstance de découverte de la maladie auto-immune [17].

De par leur fréquence en pratique quotidienne, leur impact sur le plan esthétique et l'absence de données relatives sur le profil des dermatoses du cuir chevelu de l'enfant au Sénégal, nous avons jugé opportun de réaliser cette étude qui avait comme objectifs de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des dermatoses du cuir chevelu de l'enfant.

Dans un premier temps nous allons définir notre méthodologie de recherche puis nous présenterons nos résultats que nous discuterons avant d'apporter nos conclusions et formuler des recommandations.

I. MÉTHODOLOGIE

I.1. Objectifs de l'étude

I.1.1. Objectif principal

L'objectif principal est de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des dermatoses du cuir chevelu (DCC) de l'enfant.

I.1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient:

- Préciser le profil étiologique des DCC de l'enfant.
- Identifier les facteurs favorisant de certaines DCC de l'enfant.

I.2. Matériels et méthode

I.2.1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée conjointement dans différents services de Dermatologie de Dakar à savoir l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD), l'Institut d'Hygiène Social (IHS) et le Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer (CHNEAR).

-Le service de HALD constitue le service de référence dans la prise en charge des affections cutanées au Sénégal. Le service comporte 3 salles de consultation, 2 salles de soins et 20 lits d'hospitalisation. Les membres du personnel sont au nombre de 31 dont 20 paramédicaux et 11 médecins. Les médecins sont composés de 2 professeurs titulaires, 2 professeurs assimilés, 1 maître de conférences titulaire, 2 médecins dermatologues, 4 internes des hôpitaux et 84 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées en dermatologie).

Tous les ans, environ 7000 malades reçoivent des soins dermatologiques parmi lesquels 250 sont hospitalisés. Le service a pour mission : les soins, la formation et la recherche dans le domaine de la Dermatologie.

-Le service de dermatologie de l'IHS est le premier centre de référence des maladies sexuellement transmissibles et le 2ème centre de référence en dermatologie au Sénégal. Les ressources humaines sont constituées de médecins dermatologues dont 1 professeur titulaire, 1 professeur assimilé, 1 interne et par 1 personnel paramédical. Le service a une triple vocation de soins, de formation et de recherche. Le service reçoit en moyenne 17000 patients par an en consultation avec environ 200 hospitalisations annuelles. Il reçoit chaque année en moyenne 15 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénéréologie, de médecine interne, de maladies infectieuses, de rhumatologie et plus d'une soixantaine d'étudiants en médecine.

-Le service de Dermatologie du CHNEAR est un service de référence dans la prise en charge des dermatoses pédiatriques au Sénégal. Le service comporte 3 salles de consultation, 1 salle de soin, un secrétariat médical et 7 lits d'hospitalisation. Le personnel médical est composé d'un professeur titulaire, d'une assistante chef de clinique, d'un médecin dermatologue et d'un ancien interne des hôpitaux. Le personnel paramédical est composé d'un assistant infirmier, deux aides infirmiers et d'une secrétaire médicale. En moyenne, le service assure 1500 consultations par an. Le nombre de malades hospitalisés n'a pas été évalué. Le service a pour mission: les soins, la formation et la recherche dans le domaine de la Dermatologie en particulier pédiatrique.

I.2.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, analytique et transversale effectuée sur une période de 6 mois allant du 01 février au 01 août 2021.

I.2.3. Population d'étude

Notre étude portait sur tous les enfants consultants aux services de dermatologie sus-cités.

I.2.4. Déroulement de l'étude

Le diagnostic et le recueillement des données ont été faits par la même personne (étudiante DES 4ème année).

I.2.5. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients présentant une dermatose du cuir chevelu avec un âge ≤ 15 ans. Le diagnostic de la dermatose était clinique et parfois aidé par des explorations (prélèvement mycologique, biopsie). En l'absence de confirmation paraclinique, le diagnostic a été retenu après avoir reçu l'avis de 2 dermatologues assermentés. La recherche de l'atopie était systématique chez tous les patients. Ces critères diagnostic de l'atopie étaient ceux de l'United Kingdom Working Party [18].

I.2.6. Critères de non inclusion

Nous avons exclu tous les patients présentant une dermatose ne touchant pas le cuir chevelu ou ayant un âge > 15 ans.

I.2.7. Recueil et collecte des variables étudiées

Les données des patients étaient recueillies grâce à un questionnaire préétabli et standardisé.

Étaient collectés:

- Les données sociodémographiques (l'âge, le sexe, la fréquentation dans des clubs, l'adresse)
- Les données cliniques (les signes fonctionnels, les lésions élémentaires au cuir chevelu, leur topographie, l'existence d'une surinfection, les signes associés...), les autres pathologies intercurrentes
- L'existence d'une atteinte des muqueuses, unguéale...
- Les résultats des analyses demandées
- Le traitement prescrit (molécule, posologie, durée du traitement)

- L'évolution clinique des patients

I.2.8. Ethique

Le consentement oral libre et éclairé des parents du patient était requis de même qu'une autorisation du Chef de service des différents hôpitaux.

Aucun acte invasif n'a été réalisé sur les patients.

Le respect de la confidentialité (les informations personnelles recueillies ne seront pas diffusées) était également requis.

I.2.9. Analyse statistique

Les données ont été saisies sur sphinx plus et analysées grâce au logiciel SPSS 20.0.

Pour les variables en échelle, nous avons calculé les moyennes et les extrêmes. Quant aux variables qualitatives, nous avons établi des pourcentages. Les variables en échelle ont été comparées à l'aide du test de Khi 2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu était 0,05.

II. RÉSULTATS

II.1. Etude descriptive

II.1.1. Aspects épidémiologiques

II.1.1.1. Répartition des patients selon le lieu de recrutement

Durant la période d'étude, nous avons colligé 120 cas de dermatoses du cuir chevelu de l'enfant.

Le tableau I montre la répartition des cas de dermatose du cuir chevelu de l'enfant selon le lieu de recrutement.

Tableau I : Répartition des patients selon le lieu de recrutement

Lieu de recrutement	Effectif (n)	Pourcentage (%)
CHNEAR	58	48,3%
IHS	50	41,7%
HALD	12	10,0%
Total	120	100%

II.1.1.2. Répartition selon les pathologies

Les dermatoses infectieuses étaient retrouvées en majorité avec 49,6% (n=60); la TCC dans 35,5% (n=43) suivie de la folliculite d'origine bactérienne dans 5,8% (n=7).

Les dermatoses inflammatoires/auto-immunes quant à elles, étaient retrouvées dans 45,2% (n=55) avec la DA dans 29,7% (n=36) suivie de la DS dans 9,0% (n=11).

Un patient présentait deux pathologies du cuir chevelu à la fois à savoir une DS et un angiome plan.

Les tableaux suivants montrent la répartition des patients selon les dermatoses infectieuses, inflammatoires/auto-immunes et les autres dermatoses.

Tableau II : Répartition des patients selon les dermatoses infectieuses

Pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Dermatoses infectieuses:	60	49,6%
Teigne du cuir chevelu	43	35,5%
Folliculite du cuir chevelu	7	5,8%
Varicelle	5	4,1%
Gale	2	1,6%
Abcès	1	0,8%
Molluscum contagiosum	1	0,8%
Syndrome pieds mains bouche	1	0,8%

Tableau III : Répartition des patients selon les dermatoses inflammatoires/auto-immunes

Pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes:	55	45,2%
Dermatite atopique	36	29,7%
Dermite séborrhéique	11	9,0%
Pelade	3	2,5%
Dermatoses transitoires du nouveau-né	1	0,8%
Folliculite disséquante du cuir chevelu	1	0,8%
Lupus discoïde	1	0,8%
Connectivite mixte	1	0,8%
EBH dystrophique	1	0,8%

Tableau IV : Répartition des patients selon les autres dermatoses

Pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Autres dermatoses:	6	5,0%
Hémangiome	2	1,6%
Angiome plan	1	0,8%
EICS	1	0,8%
Hamartome sébacé de Jadassohn	1	0,8%
Pellagre	1	0,8%

II.1.1.3. Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

II.1.1.3.1. Répartition des patients selon l'âge

L'âge moyen des patients était de 4,4 ans et avec des extrêmes allant de 21 jours et 15 ans.

La tranche d'âge de 0 à 2 ans était la plus touchée par les dermatoses du cuir chevelu 39,60% (n=48).

Les dermatoses infectieuses étaient retrouvées en majorité entre 6 et 10 ans (n=27).

Les dermatoses inflammatoires/auto-immunes quant à elles, étaient retrouvées entre 0 à 2 ans (n=33).

Les tableaux suivants montrent la répartition des pathologies selon la tranche d'âge.

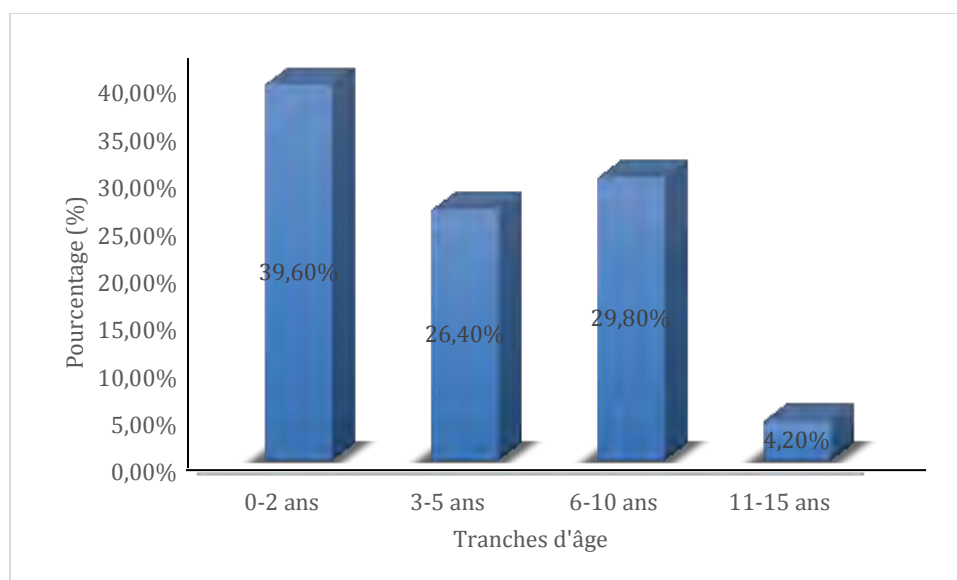


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tableau V : Répartition des dermatoses infectieuses selon la tranche d'âge

Pathologies	Tranches d'âge				Total
	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	
*Dermatoses infectieuses	10	22	27	1	60
Teigne du cuir chevelu	2	16	25	0	43
Folliculite du cuir chevelu	3	1	2	1	7
Varicelle	3	2	0	0	5
Gale	2	0	0	0	2
Abcès	0	1	0	0	1
Molluscum contagiosum	0	1	0	0	1
Syndrome pieds mains bouches	0	1	0	0	1

**Tableau VI : Répartition des dermatoses inflammatoires/auto-immunes
selon la tranche d'âge**

Pathologies	Tranches d'âge				Total
	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	33	10	8	4	55
Dermatite atopique	21	8	5	2	36
Dermite séborrhéique	11	0	0	0	11
Pelade	0	1	2	0	3
Dermatoses transitoires du nouveau-né	1	0	0	0	1
Folliculite disséquante du cuir chevelu	0	0	0	1	1
Lupus discoïde	0	0	0	1	1
Connectivite mixte	0	1	0	0	1
EBH dystrophique	0	0	1	0	1

Tableau VII : Répartition des autres dermatoses selon la tranche d'âge

Pathologies	Tranches d'âge				Total
	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	
*Autres dermatoses	5	0	1	0	6
Hémangiome	2	0	0	0	2
Angiome plan	1	0	0	0	1
EICS	1	0	0	0	1
Pellagre	0	0	1	0	1
Hamartome sébacé de Jadassohn	1	0	0	0	1

II.1.1.3.2. Répartition des patients selon le sexe

Les patients étaient constitués de 68 garçons (56,2%) et de 53 filles (43,8%), soit un sexe ratio de 1,28.

Les tableaux suivants montrent la répartition des pathologies selon le sexe.

Tableau VIII: Répartition des dermatoses infectieuses selon le sexe

Pathologies	Sexe		Total
	Garçons	Filles	
*Dermatoses infectieuses	38	22	60
Teigne du cuir chevelu	25	18	43
Folliculite du cuir chevelu	5	2	7
Varicelle	5	0	5
Gale	2	0	2
Abcès	1	0	1
Molluscum contagiosum	0	1	1
Syndrome pieds mains bouches	0	1	1

Tableau IX : Répartition des dermatoses inflammatoires/auto-immunes selon le sexe

Pathologies	Sexe		Total
	Garçons	Filles	
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	27	28	55
Dermatite atopique	16	20	36
Dermite séborrhéique	7	4	11
Pelade	2	1	3
Dermatoses transitoires du nouveau-né	1	0	1
Folliculite disséquante du cuir chevelu	1	0	1
Lupus discoïde	0	1	1
Connectivite mixte	0	1	1
EBH dystrophique	0	1	1

Tableau X : Répartition des autres dermatoses selon le sexe

Pathologies	Sexe		Total
	Garçons	Filles	
*Autres dermatoses	3	3	6
Hémangiome	0	2	2
Angiome plan	1	0	1
EICS	1	0	1
Pellagre	1	0	1
Hamartome sébacé de Jadassohn	0	1	1

II.1.1.3.3. Répartition des patients selon l'ethnie

Les Wolof représentaient 52,5% (n=63) des cas, suivis des poular avec 14,2% (n=17). Le tableau XI montre la répartition des patients selon l'ethnie.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Wolof	63	52,5%
Poular	17	14,2%
Sérère	13	10,8%
Diola	7	5,8%
Sarokholé	4	3,3%
Soninké	2	1,7%
Bambara	1	0,8%
Mandingue	1	0,8%
Total	120	100%

II.1.1.3.4. Répartition des patients selon la scolarisation et le niveau socio-économique

Parmi nos 120 patients, 20% (n=24) étaient scolarisés en maternelle, 29,2% (n=35) au primaire, 0,8% (n=1) en secondaire et enfin 50,0% (n=60) n'étaient pas scolarisés.

Parmi les 60 patients qui étaient scolarisés, 30% étaient inscrits à l'école coranique.

Nos patients étaient de niveau socioéconomique jugé bas dans 22,5% (n=27), de niveau moyen dans 64,2% (n=77) et enfin de niveau haut dans 13,3% (n=16).

II.1.2. Aspects cliniques

II.1.2.1. Répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes

Ce délai était précisé dans 95,8% (n=115). L'évolution était aiguë dans 34,2% (n=41) et chronique dans 61,7% (n=74). On notait une amélioration en période de vacances et de repos dans 4,7% des cas (n=6). Le tableau suivant montre la répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes.

Tableau XII : Répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes

Durée d'évolution des symptômes	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0-6 sem	41	34,2%
6 sem-2 ans	66	55%
3-5 ans	3	2,5%
6-8 ans	1	0,8%
9-11 ans	4	3,4%
Non précisée	5	4,1%
Total	120	100%

II.1.2.2. Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique

Dans notre série 81 patients avaient déjà consulté ; il s'agissait d'un médecin dans 47,6% (n=40), des sœurs dans 25,0% (n=21), d'un infirmier/sage-femme dans 7,1% (n=6) et enfin d'un pharmacien dans 3,6% (n=3).

Une consultation chez un tradipraticien avec prise de phytothérapie a été retrouvée dans 13,1% des cas (n=11).

Une automédication par la maman a été rapportée dans 3 cas soit 3,6%.

Le tableau suivant montre la répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique.

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique

Itinéraire thérapeutique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Médecin	40	47,6%
Les soeurs	21	25,0%
Phytothérapie	11	13,1%
Infirmier/sage-femme	6	7,1%
Pharmacien	3	3,6%
Automédication	3	3,6%
Total	84	100%

II.1.2.3. Répartition des patients selon le traitement reçu avant la consultation en dermatologie

Les traitements reçus étaient dominés par les antimycosiques topiques, les antihistaminiques et les dermocorticoïdes. Le tableau suivant montre la répartition des différentes thérapeutiques reçues.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement reçu avant la consultation en dermatologie

Traitement reçu avant la consultation en dermatologie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Antimycosique topique	14	12,6%
Antihistaminique	12	10,9%
Dermocorticoïde	11	9,9%
Griséofulvine orale	7	6,3%
Emollient	7	6,3%
Antiseptique	7	6,3%
Antibiotique orale	5	4,5%
Antibiotique topique	5	4,5%
Positon	3	2,7%
Ascabiol	2	1,8%
Propranolol	2	1,8%
Antalgique	2	1,8%
CTC	1	0,9%
Antibiotique IM	1	0,9%
Polyvitamine	1	0,9%
Déparasitant	1	0,9%
Non précisée	30	27,0%
Total	111	100%

II.1.2.4. Répartition des patients selon les antécédents et/ou terrain

Des antécédents médicaux et chirurgicaux étaient notés respectivement dans 3,3% (n=4) et 1,7% (n=2).

Nous avons retrouvé chez 45% de nos patients (n=54) une notion d'atopie personnelle. Il s'agissait d'une rhinite allergique (45,4%) suivi d'une conjonctivite allergique (31,4%), de la DA (11,6%) et de l'asthme (11,6%).

Une atopie familiale a été retrouvée chez 46,6% de nos patients (n=56). Il s'agissait d'asthme familial (44,4%) suivi d'une rhinite allergique (27%), d'une conjonctivite allergique (19%) et de la DA (9,6%).

Une notion de stress a été retrouvée dans 2,4% (n=3).

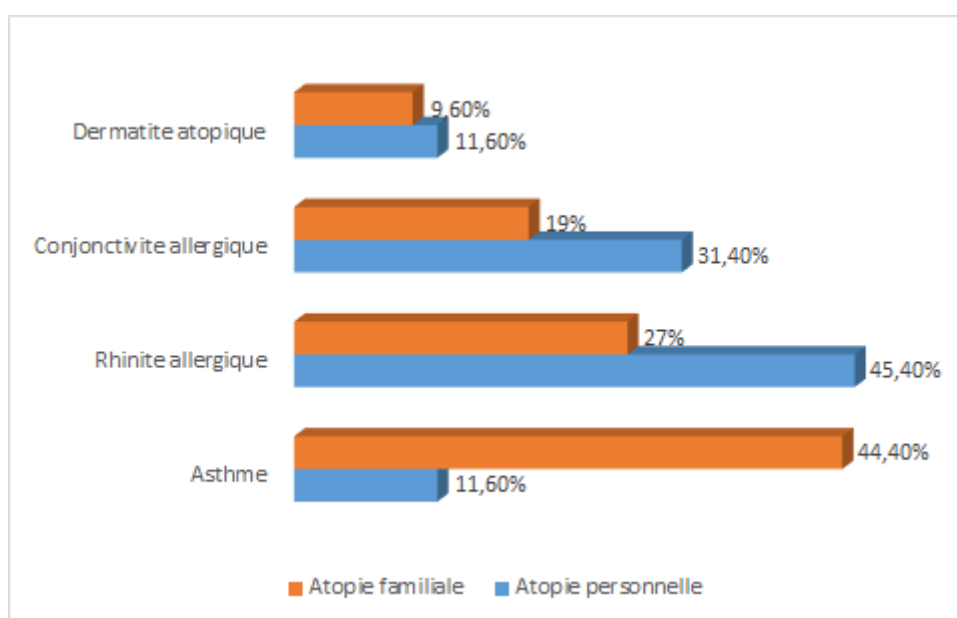


Figure 2 : Répartition des patients selon l'existence de signes d'atopie personnelle et familiale

II.1.2.4.1. Répartition selon l'existence d'un contact avec les animaux

La notion de contact avec les animaux était rapportée dans 30,8% des cas. Il s'agissait de contact avec les moutons (n=28), les chiens (n=3) et les chats (n=6).

II.1.2.5. Répartition des signes fonctionnels en fonction des pathologies

Le prurit était présent dans 30,8% (n=45) au cours des dermatoses infectieuses et dans 29,5% (n=43) au cours des dermatoses inflammatoires/auto-immunes.

La douleur était rapportée dans 12,3% (n=18) au cours des dermatoses infectieuses et dans 6,9% (n=10) au cours des dermatoses inflammatoires/auto-immunes.

La brûlure était notée dans 1,4% (n=2) au cours des dermatoses infectieuses et inflammatoires/auto-immunes.

Les lésions étaient asymptomatiques dans 6,9% (n=10) au cours des dermatoses infectieuses et inflammatoires/auto-immunes.

Les tableaux suivants montre la répartition des signes fonctionnels en fonction des dermatoses infectieuses, inflammatoires/auto-immunes et des autres dermatoses.

Tableau XV : Répartition des signes fonctionnels en fonction des dermatoses infectieuses

Signes fonctionnels en fonction des pathologies	Prurit		Douleur		Brûlure		Asymptomatique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
*Dermatoses infectieuses	45	30,8%	18	12,3%	2	1,4%	10	6,9%
Teigne du cuir chevelu	36	24,6%	8	5,4%	0	0%	7	4,8%
Folliculite du cuir chevelu	4	2,7%	5	3,4%	0	0%	0	0%
Varicelle	3	2,0%	2	1,4%	1	0,7%	2	1,4%
Gale	2	1,4%	1	0,7%	0	0%	0	0%
Abcès	0	0%	1	0,7%	0	0%	0	0%
Molluscum contagiosum	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,7%
Syndrome pieds mains bouche	0	0 %	1	0,7%	1	0,7%	0	0%

Tableau XVI : Répartition des signes fonctionnels en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes

Signes fonctionnels en fonction des pathologies	Prurit		Douleur		Brûlure		Asymptomatique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
*Dermatoses inflammatoires/ auto-immunes	43	29,5%	10	6,9%	2	1,4%	10	6,9%
Dermatite atopique	33	22,6%	7	4,8%	2	1,4%	3	2,0%
Dermite séborrhéique	8	5,5%	0	0%	0	0%	4	2,7%
Pelade	0	0%	0	0%	0	0%	3	2,0%
Dermatoses transitoires du NN	0	0%	1	0,7%	0	0%	0	0%
Folliculite disséquante du CC	0	0%	1	0,7%	0	0%	0	0%
Lupus discoïde	1	0,7%	0	0%	0	0%	0	0%
Connectivite mixte	1	0,7%	0	0%	0	0%	0	0%
EBH dystrophique	0	0%	1	0,7%	0	0%	0	0%

Tableau XVII : Répartition des signes fonctionnels en fonction des autres dermatoses

Signes fonctionnels en fonction des pathologies	Prurit		Douleur		Brûlure		Asymptomatique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
*Autres dermatoses	2	1,4%	0	0%	0	0%	4	2,7%
Hémangiome	1	0,7%	0	0%	0	0%	1	0,7%
Angiome plan	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,7%
EICS	1	0,7%	0	0%	0	0%	0	0%
Hamartome sébacé de Jadassohn	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,7%
Pellagre	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,7%

II.1.2.6. Répartition des signes physiques en fonction des pathologies

II.1.2.6.1. Répartition des lésions élémentaires en fonction des pathologies

Un polymorphisme lésionnel était observé au cours des dermatoses infectieuses ; dominé par les squames (12,6%), l'érythème (12,3%) et les plaques (10,6%).

Dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes, on retrouvait une prédominance de squames (11,1%), de plaques (9,9%) et d'érythème (9,3%).

Les tableaux suivants montrent la répartition des lésions élémentaires en fonction des dermatoses infectieuses, inflammatoires/auto-immunes et des autres dermatoses.

Tableau XVIII : Répartition des lésions élémentaires en fonction des dermatoses infectieuses

Lésions élémentaires en fonction des pathologies	Squame	Erythème	Plaque	Croûte	Pustule	Vésicule	Papule	Macule	Nodule	Atrophie	Tumeur
*Dermatoses infectieuses	51 12,6%	50 12,3%	43 10,6%	19 4,7%	14 3,5%	10 2,5%	6 1,5%	4 1%	3 0,75%	0 0%	0 0%
Teigne du cuir chevelu	43 10,6%	38 9,4%	43 10,6%	12 3%	8 2%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Folliculite du cuir chevelu	7 1,7%	7 1,7%	0 0%	4 1%	3 0,7%	4 1%	3 0,7%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Varicelle	1 0,25%	5 1,2%	0 0%	2 0,5%	2 0,5%	5 1,2%	0 0%	4 1%	0 0%	0 0%	0 0%
Gale	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 0,5%	0 0%	2 0,5%	0 0%	0 0%
Abcès	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%
Molluscum contagiosum	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Sd pieds mains bouche	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%

Tableau XIX : Répartition des lésions élémentaires en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes

Lésions élémentaires en fonction des pathologies	Squame	Erythème	Plaque	Croûte	Pustule	Vésicule	Papule	Macule	Nodule	Atrophie	Tumeur
*Dermatoses inflammatoires/ auto-immunes	46 11,3%	39 9,6%	41 10,1%	17 4,2%	2 0,5%	27 6,6%	16 3,9%	3 0,75%	0 0%	3 0,75%	0 0%
Dermatite atopique	32 7,9%	25 6,1%	30 7,4%	11 2,7%	0 0%	26 6,4%	13 3,2%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Dermite séborrhéique	11 2,7%	9 2,2%	5 1,2%	4 1%	0 0%	0 0%	3 0,7%	2 0,5%	0 0%	0 0%	0 0%
Pelade	0 0%	0 0%	3 0,75%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Folliculite disséquante du cuir chevelu	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%
Dermatoses transitoires du NN	0 0%	1 0,25%	0 0%	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%
Lupus discoïde	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%
Connectivite mixte	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
EBH dystrophique	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%

Tableau XX : Répartition des lésions élémentaires en fonction des autres dermatoses

Lésions élémentaires en fonction des pathologies	Squame	Erythème	Plaque	Croûte	Pustule	Vésicule	Papule	Macule	Nodule	Atrophie	Tumeur
*Autres dermatoses	2 0,5%	3 0,75%	2 0,5%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	3 0,75%
Hémangiome	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 0,5%
Angiome plan	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%
EICS	1 0,25%	0 0%	1 0,25%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Hamartome sébacé de Jadassohn	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,25%
Pellagre	1 0,25%	0 0%	1 0,25%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%



**Figure 3 : Teigne chez un jeune garçon de 7 ans
(collection HALD)**



**Figure 4 : Dermite séborrhéique chez un nourrisson de 2 mois
(collection IHS)**



**Figure 5 : Hamartome sébacé de Jadassohn chez un nouveau-né de 24 jours
(collection CHNEAR)**



**Figure 6 : Pellagre chez un jeune garçon de 10 ans
(collection CHNEAR)**



**Figure 7 : Folliculite disséquante chez un adolescent de 15 ans
(collection CHNEAR)**

II.1.2.6.2. Répartition de la topographie des lésions en fonction des pathologies

Dans les dermatoses infectieuses, les topographies prédominantes étaient au niveau occipital dans 16,1% (n=29), pariétal dans 12,8% (n=23) et temporal dans 12,2% (n=22).

Dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes, les topographies prédominantes étaient au niveau occipital et à tout le scalp dans 9,4% (n=17) et au niveau temporal dans 7,8% (n=14). Les tableaux suivants montrent la topographie des lésions en fonction des dermatoses infectieuses, inflammatoires/auto-immunes et des autres dermatoses.

Tableau XXI : Répartition de la topographie des lésions en fonction des dermatoses infectieuses

Topographie en fonction des pathologies	Temporal		Occipital		Frontal		Pariétal		Nuque		Tout le scalp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
*Dermatoses infectieuses	22	12,2%	29	16,1%	13	7,2%	23	12,8%	1	0,55%	14	7,8%
TCC	18	10%	25	13,9%	9	5%	17	9,4%	1	0,55%	7	3,9%
Folliculite CC	0	0%	1	0,55%	2	1,1%	3	1,6%	0	0%	3	1,6%
Varicelle	3	1,6%	3	1,6%	1	0,55%	2	1,1%	0	0%	2	1,1%
Gale	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1,1%
Abcès	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%	0	0%	0	0%
MC	0	0%	0	0%	1	0,55%	0	0%	0	0%	0	0%
Sd pieds mains bouche	1	0,55%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tableau XXII : Répartition de la topographie des lésions en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes

Topographie en fonction des pathologies	Temporal		Occipital		Frontal		Pariétal		Nuque		Tout le scalp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
*Dermatoses inflammatoires /auto-immunes	14	7,8%	17	9,4%	10	5,6%	8	4,4%	3	1,6%	18	10%
DA	13	7,2%	14	7,7%	7	3,9%	5	2,8%	3	1,6%	5	2,8%
DS	1	0,55%	2	1,1%	2	1,1%	3	1,6%	0	0%	7	3,9%
Pelade	0	0%	0	0%	1	0,55%	0	0%	0	0%	2	1,1%
Dermatose transitoire NN	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%
Folliculite disséquante CC	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%
Lupus discoïde	0	0%	1	0,55%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Connectivite mixte	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%
EBH dystrophique	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%

Tableau XXIII : Répartition de la topographie des lésions en fonction des autres dermatoses

Topographie en fonction des pathologies	Temporal		Occipital		Frontal		Pariétal		Nuque		Tout le scalp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
*Autres dermatoses	2	1,1%	2	1,1%	1	0,55%	1	0,55%	1	0,55%	1	0,55%
Hémangiome	2	1,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Angiome plan	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%	0	0%
EICS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,55%
Hamartome sébacé de Jadassohn	0	0%	1	0,55%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Pellagre	0	0%	1	0,55%	1	0,55%	1	0,55%	0	0%	0	0%

II.1.2.6.3. Répartition selon les facteurs déclenchants

Parmi les facteurs déclenchants rapportés par les patients, il s'agissait du rasage dans 5% (n=6), des parfums dans 1,7% (n=2), de la chaleur/froid et de l'application d'un topique dans 0,8% des cas (n=1).

Le tableau suivant montre la répartition des patients selon les facteurs déclenchants.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants

Facteurs déclenchants	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Rasage	6	5%
Parfum	2	1,7%
Chaleur, froid	1	0,8%
Application d'un topique	1	0,8%
Non retrouvé	110	91,7%
Total	120	100%

II.1.2.7. Répartition selon les lésions cutanées à distance

Dans notre série, 60,8% (n=73) des patients présentaient des lésions cutanées à distance.

Dans les dermatoses infectieuses, les lésions à distance étaient notées dans la TCC (n=18), le syndrome pieds mains bouche (n=1), la dermatose transitoire du NN (n=1), la gale (n=3), la folliculite (n=5) et le molluscum contagiosum (n=1).

Dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes, les lésions à distance étaient notées dans la DA (n=35) et la DS (n=8).

Dans les autres dermatoses, il s'agissait de la pellagre (n=1).

II.1.2.8. Répartition selon l'existence d'une surinfection associée

Une surinfection était associée dans 21,7% des cas (n=26), avec 15,8% (n=19) dans les dermatoses infectieuses, 5,05% (n=6) dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes et enfin 0,85% (n=1) dans les autres dermatoses.

Le tableau suivant montre l'existence d'une surinfection selon les pathologies.

Tableau XXV : Répartition de la surinfection en fonction des dermatoses infectieuses

Surinfection en fonction des pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Dermatoses infectieuses:	19	15,8%
Teigne du cuir chevelu	7	5,8%
Folliculite du cuir chevelu	7	5,8%
Varicelle	3	2,5%
Abcès	1	0,85%
Molluscum contagiosum	1	0,85%

Tableau XXVI : Répartition de la surinfection en fonction des dermatoses inflammatoires/auto-immunes

Surinfection en fonction des pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Dermatoses inflammatoires/ auto-immunes:	6	5,05%
Dermatite atopique	3	2,5%
Dermatoses transitoires du nouveau-né	1	0,85%
Folliculite disséquante du cuir chevelu	1	0,85%
EBH dystrophique	1	0,85%

Tableau XXVII : Répartition de la surinfection en fonction des autres dermatoses

Surinfection en fonction des pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Autres dermatoses:	1	0,85%
Pellagre	1	0,85%

II.1.2.9. Répartition selon une atteinte unguéale ou des muqueuses

Une atteinte des muqueuses et unguéale était présente respectivement dans 10,8% des cas (n=13) et dans 4,1% des cas (n=5). Une onychomycose était observée dans 4 cas de TCC et un traumatisme de l'ongle dans 1 cas.

Dans la varicelle, les muqueuses génitales et buccales étaient touchées à type d'érosions. Dans la gale, la muqueuse génitale était touchée avec la présence de croûtes secondaires au grattage. Dans le syndrome pieds mains bouche, on notait quelques vésicules dans la muqueuse buccale. Dans la DA, on observait quelques chéilites. Dans la dermatose transitoire du nouveau-né, des vésicules étaient retrouvées au niveau de la muqueuse buccale. Dans la DS, chez un

patient on observait une atteinte de la muqueuse génitale avec des plaques squameuses et chez le deuxième patient une perlèche. Dans la pellagre, les commissures labiales étaient hyperpigmentées.

Les tableaux suivant montre l'atteinte des muqueuses et unguéale en fonction des pathologies.

Tableau XXVIII : Répartition de l'atteinte unguéale en fonction des pathologies

Atteinte unguéale en fonction des pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Dermatoses infectieuses	4	3,3%
Teigne du cuir chevelu	4	3,3%
*Dermatoses inflammatoires/ auto-immunes:	1	0,8%
Dermatite atopique	1	0,8%
Total	5	4,1%

Tableau XXIX : Répartition de l'atteinte des muqueuses en fonction des pathologies

Atteinte des muqueuses selon les pathologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
*Dermatoses infectieuses:	5	4,2%
Varicelle	3	2,5%
Gale	1	0,85%
Syndrome pieds mains bouche	1	0,85%
*Dermatoses inflammatoires/ auto-immunes:	7	5,75%
Dermatite atopique	4	3,2%
Dermite séborrhéique	2	1,7%
Dermatoses transitoires du nouveau-né	1	0,85%
*Autres dermatoses:	1	0,85%
Pellagre	1	0,85%
Total	13	10,8%

II.1.3. Examens complémentaires

II.1.3.1. Prélèvement mycologique

Un prélèvement mycologique effectué chez 16 patients (37,2%) mettait en évidence le *T.soudanense* dans 68,7% (n=11), le *M.audouinii* dans 25% (n=4) et enfin le *T.rubrum* dans 6,3% (n=1). Le tableau suivant montre les agents pathogènes retrouvés.

Tableau XXX : Répartition des prélèvements mycologiques selon les agents pathogènes

Agents pathogènes	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>T. soudanense</i>	11	68,7%
<i>M. audouinii</i>	4	25%
<i>T. rubrum</i>	1	6,3%
Total	16	100%

II.1.3.2. Histologie cutanée

L’histologie cutanée réalisée dans 1 cas a confirmé le diagnostic de folliculite disséquante.

II.1.4. Traitement

II.1.4.1. Répartition selon le traitement utilisé

Les traitements reçus étaient dominés par les antifongiques topiques, les émoullients dans 17,9% des cas (n=59), les dermocorticoïdes dans 15,4% des cas (n=51) et les antifongiques systémiques dans 12,4% des cas (n=41). Les antihistaminiques étaient prescrits dans 10,6% des cas (n=35) et une antibiothérapie systémique dans 6,9% des cas (n=23). Le tableau suivant montre le traitement prescrit.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le traitement utilisé

Traitement	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Emollient	59	17,9%
Antifongiques topiques	59	17,9%
Dermocorticoïdes	51	15,4%
Antifongiques systémiques	41	12,4%
Antihistaminiques	35	10,6%
Antibiotiques systémiques	23	6,9%
Antiseptique	22	6,7%
Antibiotiques topiques	8	2,4%
Antalgique	8	2,4%
Antiparasitaires topiques	5	1,5%
Corticothérapie systémique	3	0,9%
Antiparasitaires systémiques	3	0,9%
Eosine aqueuse	3	0,9%
Propranolol	2	0,6%
Curetage	2	0,6%
Fortifiant capillaire	2	0,6%
Antipaludéens de synthèse	2	0,6%
Surveillance	2	0,6%
Vaseline salicylée	1	0,3%
Total	331	100%

II.1.5. Evolution

Une évolution favorable était notée dans 57,5% des cas (n=69), stationnaire dans 13,3% (n=16) et défavorable dans 7,5% des cas (n=9). Presque le quart des patients (n=26) étaient perdus de vue. Une complication bactérienne était notée chez 5 patients, fongique chez 3 et enfin parasitaire chez 1.

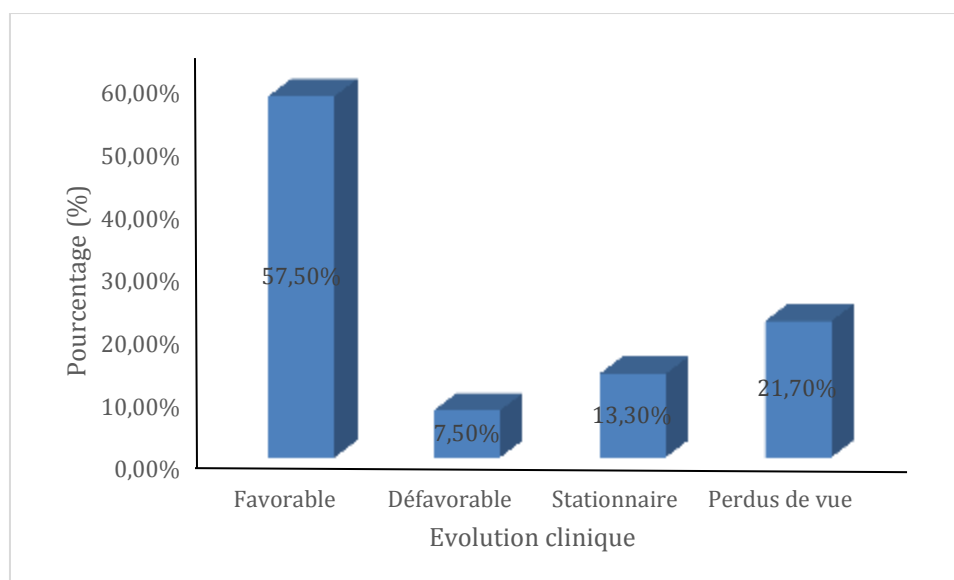


Figure 8 : Répartition des patients selon l'évolution clinique

II.2. Etude analytique

II.2.1. Relation entre les tranches d'âge et les pathologies

Dans notre étude, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les différentes tranches d'âge et les autres dermatoses ($p > 0,05$).

Cependant, un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre les différentes tranches d'âge et les dermatoses infectieuses et inflammatoires/auto-immunes.

Tableau XXXII : Relation entre les tranches d'âge et les pathologies

Pathologies	Tranches d'âge				p
	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	
*Dermatoses infectieuses	10	22	27	1	0,000
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	33	10	8	4	0,000
*Autres dermatoses	5	0	1	0	0,220
Total	47	32	36	5	

II.2.2. Relation entre le sexe et les pathologies

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et les dermatoses infectieuses, inflammatoires/auto-immunes ou encore les autres dermatoses.

Tableau XXXIII : Relation entre le sexe et les pathologies

Pathologies	Sexe		p
	Garçons	Filles	
*Dermatoses infectieuses	38	22	0,100
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	27	28	0,248
*Autres dermatoses	3	3	0,480
Total	68	53	

II.2.3. Relation entre la promiscuité et les pathologies

Dans notre étude, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la notion de promiscuité et les dermatoses infectieuses, inflammatoires/auto-immunes ou encore les autres dermatoses ($p > 0,05$).

Tableau XXXIV : Relation entre la promiscuité et les pathologies

Pathologies	Promiscuité		p
	Oui	Non	
*Dermatoses infectieuses	31	29	0,469
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	24	31	0,445
*Autres dermatoses	3	3	0,767
Total	58	63	

II.2.4. Relation entre l'atopie et les pathologies

Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre les dermatoses inflammatoires/auto-immunes et l'atopie familiale ($p = 0,013$).

Cependant, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'atopie familiale et les dermatoses infectieuses ou encore les autres dermatoses.

Tableau XXXV : Relation entre l'atopie familiale et les pathologies

Pathologies	Atopie familiale		p
	Oui	Non	
*Dermatoses infectieuses	22	38	0,067
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	31	24	0,013
*Autres dermatoses	1	5	0,094
Total	54	67	

Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre l'atopie personnelle et les inflammatoires/auto-immunes ($p=0,036$).

Cependant, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'atopie personnelle et les dermatoses infectieuses ou les autres dermatoses.

Tableau XXXVI : Relation entre l'atopie personnelle et les pathologies

Pathologies	Atopie personnelle		p
	Oui	Non	
*Dermatoses infectieuses	22	38	0,067
*Dermatoses inflammatoires/auto-immunes	30	25	0,036
*Autres dermatoses	2	4	0,372
Total	54	67	

III. DISCUSSION

Nous rapportons une étude portant sur les dermatoses du cuir chevelu de l'enfant rencontrées en consultation, avec un recueil prospectif des données sur une période de 6 mois, allant du 01 février au 01 août 2021, dans les différents services de Dermatologie-Vénéréologie de Dakar, au Sénégal.

-Apport de ce travail :

Il s'agirait à notre connaissance de la première étude au Sénégal qui s'intéresse aux dermatoses du cuir chevelu de l'enfant permettant d'élaborer une démarche diagnostique des différentes pathologies et présentations cliniques rencontrées en consultation de dermatologie.

-Limites de l'étude :

La situation épidémiologique particulière (COVID 19) avec une réduction de la fréquentation des patients envers les structures sanitaires.

Les explorations paracliniques n'étaient pas exhaustives chez nos malades par faute de moyens.

III.1. Données épidémiologiques

III.1.1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons colligé 120 malades sur les 1260 reçus en consultation, correspondant ainsi à une fréquence de 10,5%. Une fréquence moins importante était rapportée en Italie (7,19%) [19] et au Nigeria (1,1%) [20]. Cependant une fréquence beaucoup plus élevée était retrouvée au Ghana (40,5%) [21] et au Mali (36,88%) [5]. L'atteinte du cuir chevelu constitue ainsi un motif fréquent en Dermatologie. Cette fréquence élevée en zone tropicale pourrait être la conséquence d'une hygiène défectueuse, de conditions socio-économiques médiocres et d'une insuffisance de soins médicaux [22]. Cependant, il est à noter que la durée de recrutement étaient plus longue dans

plusieurs études [5, 19, 20]. Le CHNEAR étant un hôpital spécialisé pour enfants explique le fait qu'on ait recruté 48,3% de nos patients.

Notre cohorte était inférieure à celle de Conti en Italie avec 190 enfants [19], de Berry avec 200 patients [21] et enfin de Sharma avec 300 enfants [23].

Elle est comparable à celle de Nnoruka avec 113 enfants [20]. Par contre, elle était supérieure à celle de Brar avec 50 enfants [24].

Notre faible échantillon pourrait s'expliquer d'une part par la courte durée de notre étude et d'autre part par la nature prospective de l'étude coïncidant également avec la pandémie Covid 19.

III.1.2. Âge

L'âge moyen de notre population d'étude était de 4,4 ans et la tranche d'âge la plus touchée était de 0 à 2 ans avec 35,5% (n=47).

Une moyenne d'âge plus élevée était retrouvée dans de nombreuses études; en Inde [23], au Mali [5], en France [10] ou encore en Ethiopie [12]. Par contre, Sharma rapportait que la tranche d'âge la plus touchée était de 7 à 12 ans (47%) et la moins touchée était de 0 à 2 ans (5,33%) [23].

Dans notre série, les dermatoses infectieuses étaient retrouvées en majorité entre 6 et 10 ans. La teigne prédominait ainsi dans cette même tranche d'âge dans 58,1% (n=25).

Ces résultats étaient comparables à ceux obtenus dans la série de Nnoruka [20], Boumhil [25], Cisse [26] et Ndiaye [27].

On retrouvait donc une homogénéité dans les différentes études réalisées.

Celle-ci pourrait s'expliquer notamment par le début d'âge scolaire où il existe une forte promiscuité notamment lors des jeux, en classe et également un partage de peignes, habits, jouets, bonnets, oreillers... [28, 29, 20].

Les dermatoses inflammatoires/auto-immunes étaient quant à elles, retrouvées en majorité entre 0 et 2 ans. La DA prédominait également dans cette même tranche d'âge.

Nos résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans la littérature. En effet, McDonald rapportait une tranche d'âge de 2 à 6 mois [2], Sinéad de 3 à 6 mois [28] et Marrone un âge inférieur à 1 an [11].

Dans notre série, la totalité des patients présentant une DS étaient âgés entre 0 et 2 ans. Ce résultat va dans le sens de McDonald [2], de Conti [19] et de Brar [24].

Dans notre étude, l'âge moyen des 3 patients atteints de pelade était de 6 ans. Une moyenne d'âge plus élevée était respectivement retrouvée par Nnoruka [20] et Sharma [23]. Cependant, Al-Refu rapportait une moyenne d'âge plus jeune avec 3,6 ans [30].

Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre l'âge et les dermatoses infectieuses et inflammatoires/auto-immunes.

III.1.3. Sexe

Une prédominance masculine à 56,2% était observée dans notre étude. Ce résultat était similaire à celui de Naswaramma en Inde [4], Nnoruka au Nigeria [20], Fofana au Mali [5] et Marrone en Ethiopie [12]. Par contre, Berry [21] et Sharma [23] avaient retrouvé une prédominance féminine dans respectivement 56% et 52%.

Dans les TCC, on notait une prédominance masculine, également rapportée par les études Marocaines [33, 34], Guinéennes [35], Ivoiriennes [36] et Nigériennes [20].

Toutefois d'autres études révélaient à l'inverse une prédominance féminine ; en Inde 52% [4], au Sénégal 75% [27], 63,88% [37] et au Maroc [38]. La prédominance de la teigne chez les enfants par rapport aux adultes pourrait être liée au facteur de croissance qui est un milieu de prédilection aux dermatophytes. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par la promiscuité, le défaut d'hygiène et aussi le fait que les garçons en général plus

actifs que les filles sont plus amenés à jouer ensemble, se coller les uns aux autres...

Dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes, une prédominance féminine était retrouvée, ce qui était également le cas dans la DA.

III.2. Aspects cliniques

Dans notre étude, le prurit était le signe le plus fréquemment retrouvé dans 61,6% des cas. Ce résultat allait dans le sens de l'étude de Fofana où le prurit était le principal motif de consultation et était retrouvé dans 89,75% [5]. Berry [21] et Sharma [23] notaient respectivement un prurit dans 51% et 69,33%. Une fréquence moins importante était notée par Nnoruka avec 20,3% [20].

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le nombre important de dermatoses prurigineuses retrouvées dans notre étude à savoir la teigne et la dermatite atopique.

La douleur était rapportée dans 19,2%, Nnoruka notait par contre une fréquence moins importante avec 9,7% [20].

Dans notre série, 16,4% des patients étaient asymptomatiques alors qu'une fréquence supérieure de 26,5% était rapportée par Nnoruka [20].

Les topographies prédominantes des dermatoses du cuir chevelu étaient au niveau occipital (26,7%), temporal (21,1%), à tout le scalp (18,3%) et pariétal (17,8%). Ces résultats différaient de Sharma qui rapportait une localisation au vertex (32,33%), pariétal (19,33%), occipital (17,33%) et à tout le scalp (13%) [21]. Des squames (24,4%), plaques (21,2%) et érythème (22,6%) étaient retrouvés en majorité dans notre série, ce qui allait dans le sens de l'étude de Berry qui notait une majorité d'érythème (46%) et de squames (27%) [21]. Par contre, Williams rapportait plutôt des squames et des pustules [39]. Nnoruka [20] et Sharma [23] notaient respectivement 36,3% et 66% de squames.

Au cours des TCC, un prurit était retrouvé dans 83,7% (n=36), une douleur dans 18,6% (n=8) et les lésions étaient asymptomatiques dans 16,3% (n=7). Ces

résultats étaient différents de Williams qui notait une prédominance de lésions asymptomatiques (55,6%) [39]. Les topographies prédominantes au cours des TCC se localisaient au niveau occipital (32,5%), temporal (23,4%) et pariétal (22%).

On notait un polymorphisme des lésions dans la DA tel que des squames, plaques, érythème, vésicules ou encore des papules. Ces mêmes signes étaient retrouvés dans la littérature [31, 40]. Aussi, un prurit était noté dans 91,7% (n=33) et une douleur 19,4% (n=7). Les topographies de la DA étaient au niveau occipital (n=14) et temporal (n=13).

Dans la DS, un prurit était retrouvé dans 72,7% (n=8) et des lésions asymptomatiques dans 36,3% (n=4). La DS occupait tout le scalp dans 46,7% (n=7) et associait érythème et squames. Nos résultats concordaient avec ceux de Misery [41]. Par contre, Williams [39] et Brar [24] notaient une localisation frontale ou du vertex.

Dans les folliculites, une douleur était retrouvée dans 71,4% et un prurit dans 57,1%.

Dans notre étude, la pelade était de type diffus dans 2 cas et en plaque (frontal) dans 1 cas. La pelade en plaque était le type le plus fréquent [4, 20] ce qui n'était pas le cas dans notre série.

On rapportait 2 cas de gale avec une notion de prurit. L'instauration du traitement avait permis la régression des symptômes. Aussi est-il important d'examiner le cuir chevelu des patients atteints de gale qui rapportent souvent un prurit à ce niveau.

III.3. Etiologies

Les dermatoses infectieuses étaient prédominantes dans notre étude (49,6%). Ces résultats étaient similaires à ceux de Nageswaramma en Inde 64% [4], Fofana au Mali 55,1% [5], Marrone en Ethiopie 47% [12] et Sharma en Inde 59,66% [23].

Une fréquence plus élevée était rapportée par Ferié en Tanzanie 74% [42]. Par contre, Conti en Italie notait seulement 8,94% [19]. La fréquence élevée de dermatoses infectieuses pourrait s'expliquer par le manque d'hygiène et la promiscuité.

Les dermatoses inflammatoires/auto-immunes étaient quant à elles retrouvées dans 45,2%. Par contre, Adégbidi rapportait une prédominance de dermatoses immuno-allergiques (37%) avec principalement la DA [43]. La recrudescence des dermatoses immuno-allergiques au profit des dermatoses infectieuses pourrait s'expliquer par l'urbanisation galopante, les habitats confinés et la pollution.

Dans notre étude, la teigne était la pathologie la plus fréquente (35,5%). Ce résultat corrobore celui de Nnoruka (38,1%) [20]. Néanmoins, une fréquence moins importante était notée dans plusieurs études ; Fofana (17,3%) [5], Nageswaramma (7,2%) [4] et William (6,1%) [39]. Une fréquence plus élevée était retrouvée par Marrone (77,1%) [12] et Sharma (55,33%) [23].

Cette fréquence élevée des TCC s'expliquerait par les facteurs génétiques chez les sujets d'ascendance africaine, la promiscuité et enfin le défaut d'hygiène [44, 45]. Dans notre étude, une onychomycose était observée dans 3,3% des cas. Dans la série de Nnoruka, 30,2% des enfants présentaient une dermatophytie concomittante (visage, ongles, tronc) en particulier avec le *T. tonsurans* [20]. L'atteinte unguéale au cours des TCC pourrait s'expliquer par le grattage du cuir chevelu. Dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes, la DA était prédominante (29,7%). Ce résultat rejoint celui d'études réalisées en Ethiopie (24,7%) [12], en France [10], à Londres [11] et à Miami [46]. Par contre, une fréquence moins importante était rapportée par Guan-Yu Chen 4,33% [47] et Nnoruka 2,7% [20].

La prévalence élevée de la DA pourrait être expliquée par le climat, Dakar étant une région avec 80% d'humidité.

Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre les dermatoses inflammatoires/auto-immunes et l'atopie personnelle ($p=0,036$) et l'atopie familiale ($p=0,013$). En effet, l'asthme et la rhinite allergique étaient fréquemment associés chez nos patients atteints de DA.

Dans notre série, la DS était retrouvée dans 9,0%, ce résultat va dans le sens d'études réalisées en Italie (11,57%) [19] et en Australie (10,0%) [48]. Par contre, Williams [39] et Brar [24] rapportaient la DS comme première étiologie retrouvée avec respectivement 54,5% et 56%. Une fréquence moins importante était rapportée par Nnoruka (4,4%) [20] et Sharma (5,33%) [23].

La folliculite était notée dans 5,8% des cas. Cela ne rejoint pas les résultats d'une série Guinéenne (60,27%) [49], Indienne (27%) [4] et Ghanéenne (19%) [21]. Les folliculites pourraient s'expliquer par le climat chaud, humide, le manque d'hygiène, la pauvreté et la promiscuité.

Dans notre étude, la pelade était retrouvée dans seulement 3 cas. Ces résultats n'allaient pas dans le sens d'études réalisées par Nnoruka [20], Sharma [23] et Al-Refu [30] qui rapportaient la pelade comme étant la 2^{ème} pathologie la plus fréquente avec respectivement 23,9%, 17,66% et 26,2%. Nageswaramma [4] et Conti [19] trouvaient également une fréquence élevée avec respectivement 18% et 18,42%. Parmi les facteurs déclenchants, le stress était rapporté dans 1 cas dû à des railleries de la part des camarades de classe. Aucune atteinte unguéale n'était notée. Par contre, Conti R retrouvait une atteinte unguéale dans 20% [19], Nnoruka dans 3,7% [20] et Sharma dans 26,41% [23].

La gale était retrouvée dans seulement 1,6%, ce résultat allait dans le sens de Ferié qui rapportaient également 1,5%. Cependant dans d'autres études, ces taux variaient de 0,7% [50] à 30,4% [51].

III.4. Aspects paracliniques

Dans notre étude, le *T.soudanense* était retrouvé dans 68,7% ($n=11$) suivi du *M.audouinii* dans 25% ($n=4$) et enfin du *T.rubrum* dans 6,3% ($n=1$).

Ces résultats rejoignaient une étude camerounaise dans laquelle le *T.soudanense* était également noté en majorité avec 56,8 %, suivi du *T. rubrum* dans 28,2 %. Cependant les résultats divergeaient selon les régions ; en Californie, le *T. tonsurans* était retrouvé en majorité [39] alors qu'en Italie [19] et en Espagne [52] c'était le *M. canis*. Au Nigeria, le dermatophyte le plus fréquent était le *M.audouinii* avec 49,6% [20].

CONCLUSION

Les troubles dermatologiques représentent une part importante des consultations en dermatologie pédiatrique [2]. En Afrique, elles peuvent toucher jusqu'à 80% des enfants [3].

Les dermatoses du cuir chevelu de l'enfant ne sont pas en reste et représentent 8,7% des consultations [4]. Elles constituent donc une part importante en pratique quotidienne et sont un motif fréquent de consultation [5].

Les étiologies sont nombreuses et dominées par les dermatoses infectieuses [5, 6] en particulier la teigne du cuir chevelu (TCC) et par les dermatoses inflammatoires telles que la DS. Nous avons mené une étude prospective, descriptive, analytique et transversale aux services de Dermatologie de l'HALD, l'IHS et du CHNEAR, sur une période de 6 mois (01 février au 01 août 2021). Nous avons inclus tous les patients présentant une dermatose du cuir chevelu avec un âge ≤ 15 ans.

Il n'existe à priori pas d'études disponibles sur ce sujet au Sénégal.

L'objectif de notre travail était de :

- Préciser le profil étiologique des DCC de l'enfant.
- Identifier les facteurs favorisant de certaines DCC de l'enfant.

Durant cette période, sur les 1260 malades reçus en consultation, nous avons colligé 120 correspondant ainsi à une fréquence de 10,5%. Une prédominance masculine était notée avec un sexe ratio de 1,28. L'âge moyen des malades était de 4,4 ans avec des extrêmes de 21 jours et 15 ans.

La tranche d'âge de 0 à 2 ans 39,6% (n=48) était la plus représentée. Dans les dermatoses infectieuses la tranche d'âge qui dominait était celle de 6 à 10 ans alors que dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes c'était celle de 0 à 2 ans. Les dermatoses infectieuses 49,6% (n=60) étaient les plus fréquentes dominées par la teigne (35,5%), suivies des dermatoses inflammatoires/auto-immunes 45,2% (n=55) avec la DA (29,7%) et enfin des autres dermatoses 5,0% (n=6).

Le prurit était le signe le plus fréquemment retrouvé dans 61,6% des cas suivi de la douleur dans 19,2% et enfin de lésions asymptomatiques dans 16,4%.

Les topographies prédominantes des dermatoses du cuir chevelu étaient au niveau occipital (26,7%), temporal (21,1%), à tout le scalp (18,3%) et pariétal (17,8%). Des squames (24,4%), plaques (21,2%) et érythème (22,6%) étaient retrouvés en majorité dans notre série. Une onychomycose était observée au cours des TCC dans 3,3% des cas. Une notion de stress était rapportée dans 1 cas de pelade. Dans les prélèvements mycologiques, le *T.soudanense* était retrouvé dans 68,7% (n=11) puis le *M.audouinii* dans 25% (n=4) et enfin le *T.rubrum* dans 6,3% (n=1). Une histologie cutanée réalisée dans 1 cas a confirmé le diagnostic de folliculite disséquante. Une évolution favorable était notée dans 57,5% des cas (n=69), stationnaire dans 13,3% (n=16) et défavorable dans 7,5% (n=9). Presque le quart des patients étaient perdus de vue.

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires

- Réaliser des études épidémiologiques multicentriques sur le profil épidémioclinique des dermatoses du cuir chevelu au Sénégal et en Afrique Subsaharienne.
- Intégrer dans le programme de santé publique des stratégies de prise en charge des maladies cutanées cosmopolites
- Promouvoir les mesures de communication, d'information, d'éducation sur les facteurs favorisant des dermatoses telles que les mauvaises conditions d'hygiène environnementales et corporels.

Aux personnels de santé

- Renforcer les connaissances de bases en Dermatologie pour les prestataires de soins primaires
- Sensibiliser la population à travers des programmes éducatifs, locaux et nationaux, y compris des facteurs favorisant les dermatoses telles que les mauvaises conditions d'hygiène et environnementale

- Renforcer l'éducation thérapeutique des patients présentant une dermatose chronique

Aux populations

- Assurer une meilleure hygiène corporelle et environnementale
- Consulter précocement en cas de dermatose du CC

RÉFÉRENCES

[1] Mahé A, N'Diaye HT, Bobin P.

The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali).

Int J Dermatol, 1997 ; 36: 185-186.

[2] McDonald LL and Smith ML.

Diagnostic dilemmas in pediatric/adolescent dermatology : scaly scalp

J Pediatr Health Care, 1998 ; 12(2) : 80-84.

[3] Figueroa J, Fuller C, Abraha A et al.

The prevalence of skin diseases among school children in rural Ethiopia - a preliminary assessment of dermatologic needs.

Pediatr Dermatol, 1996 ; 13 : 378-81.

[4] Nageswaramma S, Sarojini V L, Vani T and Madhuri S

A clinic-epidemiological study of pediatric hair disorders.

Indian J Paediatr Dermatol, 2017 ; 18 : 100-3.

[5] Fofana Y, Traore B, Dick A et al.

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

Pan African Medical Journal, 2016 ; 25 : 238.

[6] Ly F.

Dermatologie moderne et médecine alternatives: Soigner le Ndoxum Siti au Sénégal

Editions l'Hamarttan, 2006.

[7] Moutaj R, Soraa N, Laissaoui K et al.

Une teigne humaine rare à *Microsporum nanum* : à propos d'une observation marocaine.

J Mycol Med, 2007 ; 17 : 65-69.

[8] Manoj Kumar Sharma, Savera Gupta, Ramesh Kumar et al.

A clinico-epidemiological study of scalp hair loss in children (0–18 years) in Kota Region, South-East Rajasthan.

Indian J Dermatol, 2019 ; 64(4) : 285-291.

[9] McMichael AJ.

Hair and scalp disorders in ethnic populations.

Dermatol Clin, 2003 ; 21(4) : 629-644.

[10] Arsouzea A, Fitoussi C, Cabotina, Chainea B, Delebecquec C, Raynaud E et al.

Motifs de consultation en dermatologie des sujets de peau noire d'origine africaine et antillaise : enquête multicentrique en région parisienne
Annales de dermatologie et de vénéréologie, 2008 ; 135 : 177-182.

[11] Child FJ, Fuller LC, Higgins EM, DuVivier AWP.

A study of the spectrum of skin disease occurring in a black population in south-east of London.
Br J Dermatol, 1999 ; 141 : 512-7.

[12] Marrone R, Vignally P, Rosso A et al

Epidemiology of Skin Disorders in Ethiopian Children and Adolescents: An Analysis of Records from the Italian Dermatological Centre, Mekelle, Tigray, Ethiopia, 2005 to 2009
Pediatric Dermatology, 2012 ; 29(4) : 442-447.

[13] Bendjaballah-Laliam A et Djazer H.

Epidémiologie des teignes du cuir chevelu de la banlieue de Tipasa, Algérie.
J Mycol Méd, 2014 ; 24 : 141-143.

[14] Benmezdad A, Moulahem T, Benyezzar M, Djaballah M et al.

Les teignes du cuir chevelu au CHU de Constantine (Algérie).
J Mycol Méd, 2012 ; 22 : 354-356.

[15] Bamba A, Koumaré F, Yavo W, Kassi R, Menan E et al.

Teignes du cuir chevelu en milieu scolaire à Bouaké (Côte d'Ivoire).
J Mycol Méd, 2003 ; 13 : 186-188.

[16] El Mezouari E, Bouni M et Mountaj R.

Profil épidémiologique des teignes du cuir chevelu à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech
J Mycol Méd, 2011 ; 12 : 047.

[17] Niang SO, Coumé M, Ndiaye M, Diop A, Diatta BA, Diallo M, Dieng MT, Kane A.

The scalp involvements in the connectivite tissue diseases.
Journal of cosmetics, dermatological sciences and applications, 2011 ; 1 : 95-98.

[18] S Fleming, C Bodner, G Devereux, G Russell, D Campbell, D Godden, A Seaton

An application of the United Kingdom Working Party diagnostic criteria for atopic dermatitis in Scottish infants
J Invest Dermatol, 2001 ; 117(6) : 1526-30.

[19] Conti R, Cloucci R, Arunachalam M et al

Hair and scalp disorders in a Tuscan pediatric dermatological outpatient clinic: a clinical and epidemiological evaluation
Med Princ Pract, 2016 ; 25 : 67-71.

[20] Nnoruka EN, Obiagboso I and Maduechesi C

Hair loss in children in South-East Nigeria: common and uncommon cases
International Journal of Dermatology, 2007 ; 46(1) : 18-22.

[21] Berry A, Seadey M-Y, Ganu V et al

Prevalence and types of hair disorders among dermatology patients at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana
Int J of Women's Dermatol, 2019 ; 5(3) : 198-199.

[22] Amal S, Houass S, Laissaoui K et al.

Érysipèle - Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech
Med Mal Infect., 2004 ; 34(4) : 171-6.

[23] Sharma MK, Gupta S, Kumar R et al

A clinic-epidemiological study of scalp hair loss in children (0-18 years) in Kota region, South-East Rajasthan
Indian J Dermatol, 2019 ; 64 : 285-291.

[24] Brar BK, Brar SK, Kaur R and Sethi N.

Hair and scalp disorders in children below 2 years: an unremarked sphere
Int J Trichol, 2019 ; 11(5) : 207-212.

[25] Boumhil L, Hjira N, Naoui H et al.

Les teignes du cuir chevelu à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V.
Journal de Mycologie Médicale, 2010 ; 20, 97— 100.

[26] Cisse M, Diare FS, Kaba A et al.

Les teignes du cuir chevelu dans le service de dermatologie-vénéréologie du C.H.U. de Donka-Conakry, Guinée. Courte note n° 2699. —Santé publique

[27] Ben Abdelkrim El Filali Z.

Aspects épidémiologiques et étiologies des teignes du cuir chevelu diagnostiquées au CHNU de Fann de 2013 à 2015.

Mémoire de biologie clinique, Dakar, 2016 ; 189.

[28] Mounkassa B, Vandemeulebbroucke E, Jousserand P et Poujade F.

Teignes du cuir chevelu à l'école maternelle

Ann Dermatol Venereol, 2004 ; 131 : 283-284.

[29] Boni E. Elewski

Clinical diagnosis of common scalp disorders

J investing dermatol symp Proc, 2005 ; 10 : 190-193.

[30] Al-Refu K.

Hair loss in children : common and uncommon causes ; clinical and epidemiological study in Jordan.

Int J Trichology, 2013 ; 5 : 185-9.

[31] Langan SM, Irvine AD and Weidinger S.

Atopic dermatitis

Lancet, 2020 ; 396 : 345–60.

[32] Diagne Gueye F.

Aspects épidémio-cliniques, étiologiques et thérapeutiques des teignes du cuir chevelu de l'adulte à Dakar.

Mémoire de dermatologie, Dakar, 2016 ; 16.

[33] Baiz I, El Mabrouki J, Hamdani A et Soussi-Abdallaoui M.

Le profil épidémiologique des teignes du cuir chevelu.

Journal de Mycologie Médicale, 2016 ; 26(1), 71-72.

[34] Ouakrim A.

Teignes: aspects cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

Expérience du service de dermatologie au CHU Mohammed VI, Marrakech.

Thèse de médecine, Marrakech, 2013 ; 85.

[35] Cisse M, Diare FS, Kaba A, Magassouba F, Keita M et Ecra EJ.

Les teignes du cuir chevelu dans le service de dermatologie-vénéréologie du CHU de Donka-Conakry, Guinée

Bull Soc Pathol Exot, 2006 ; 99(1) : 32-33.

[36] Adou-Bryn KD, Assoumou A, Haddad RN, Aka BR et Ouhon J.
Épidémiologie des teignes à Abidjan (Côte d'Ivoire)
Med trop, 2004 ; 64 : 171-175.

[37] Ndiaye M, Diongue K, Seck M, Badiane AS, Diallo MA, Deme AB et al.
Profil épidémiologique des teignes du cuir chevelu à Dakar
Journal de Mycologie Médicale, 2015 ; 25 (2) 169-176.

[38] El Mezouari E, Hocar O, Atarguine H, Akhdari N, Amal S et Moutaj R.
Teignes du cuir chevelu à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech (Maroc)
Journal de Mycologie Médicale, 2015 ; 5 : 588.

[39] Williams JV, Eichenfield LF, Burke BL et al.
Prevalence of scalp scaling in prepubertal children
Pediatrics, 2005 ; 115.

[40] Adeline Mei-Yen Yong and Yong-Kwang Tay
Atopic dermatitis racial and ethnic differences
Dermatol Clin, 2017 ; 35 : 395-402.

[41] Misery L.
La dermite séborrhéique de l'enfant
Journal de pédiatrie et de puériculture, 2020.

[42] Ferié J, Dinkela A, Mbata M et al.
Skin disorders among school children in rural Tanzania and an assessment of therapeutic needs
Tropical doctor, 2006 ; 36 : 219-221.

[43] Adégbidi H, Degboé B, Saka B et al.
Profil des dermatoses immunoallergiques chez les enfants dans le service de dermatologie de CNHU-C (Bénin)
Med Sante trop, 2014 ; 24 : 446-48.

[44] Lobato MN, Vugia DJ and Frieden IJ.
Tinea capitis in California children: a population-based study of a growing epidemic. Pediatrics, 1997 ; 99 : 551-4.

[45] Feuilhade M et Lacroix C.
Épidémiologie des teignes du cuir chevelu.
Presse Med, 2001 ; 30 : 499-504.

[46] Schachner L, Ling NS and Press S.

A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic.
Pediatr Dermatol, 1983 ; 1 : 157-64.

[47] Guan-Yu Chen, Yu-Wen Cheng, Cheng-Yu Wang et al.

Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan
J Formos Med Assoc, 2008 ; 107(1) : 21-29.

[48] Foley P, Zuo Y, Plunkett A et al.

The frequency of common skin conditions in preschool aged children in Australia : seborrheic dermatitis and pityriasis capitis
Arch Dermatol, 2003 ; 139 : 318-322.

[49] Tounkara TM et al.

Profil épidémiologique et clinique des dermatoses infectieuses chez les enfants au service de dermatologie de l'hôpital national Donka.
Annales de Dermatologie et de Vénérologie, 2012 ; 139(12) : 137-138.

[50] Landwehr D, Keita S, Ponninghaus J and Tounkara C.

Epidemiologic aspects of scabies in Mali, Malawi and Cambodia
Int J Dermatol, 1998 ; 37 : 588-90.

[51] Quagowa L, Lukume N, Njau H, Simba F, Mathias C, Satimia F.

Research reports 1996
Regional Dermatology Training Centre, KCMC, 1996.

[52] Del Boz J, Crespo V, Rivas-Riuz F et al

30 year survey of paediatric tinea capitis in southern Spain
J Eur Acad Dermatol Venereo, 2011 ; 25 : 170-174.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

ETAT CIVIL :

-Nom :

-Adresse :

-Prénom :

-Téléphone :

-Age :

-N° fiche :

-Sexe : ☐ M ☐ F

-Niveau scolaire :

-Nationalité :

-Ecole coranique : ☐ Oui ☐ Non

-Ethnie :

-Niveau socio-économique :

-Date :

-Hôpital :

ANTECEDENTS ET TERRAIN :

➤ Personnels :

-Médicaux : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels :

-Chirurgicaux : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels :

-Terrain : ☐ Diabète ☐ Obésité ☐ Dyslipidémie ☐ HTA

-Atopie personnelle : ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Asthme ☐ Rhinite allergique
☐ DA ☐ Conjonctivite allergique

-Notion de consanguinité : ☐ Oui ☐ Non

-Mode de vie : ☐ Stress ☐ Phytothérapie ☐ Animaux de compagnie

☐ Vie dans un appartement ☐ Maison familiale

-Enquête : ☐ Notion de promiscuité Nombre personnes dans l'entourage :

-Vaccination à jour : ☐ Oui ☐ Non

-Itinéraire thérapeutique : ☐ Tradipraticien ☐ Infirmier(e)/Sage femme

☐ Médecin ☐ Les sœurs

Traitements reçus : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels :

Voie d'administration : ☐ Topique ☐ Orale ☐ IV ☐ IM

Durée de traitement :

Evolution sous traitement : ☐ Amélioration ☐ Persistance ☐ Aggravation

☐ Amélioration puis régression

➤ Familiaux :

-Atopie familiale : ☐ Oui ☐ Non, Si oui : ☐ Asthme ☐ Rhinite allergique

☐ Conjonctivite allergique ☐ Dermatite atopique

-Cas similaires : ☐ Oui ☐ Non

CONSTANTES :

-EG : Poids : Taille : IMC :

ETUDE CLINIQUE :

-Date de début :

-Mode évolutif : ☐ Aigu ☐ Chronique ☐ Poussée/rémission Nbre poussée /
an :

☐ Amélioration en période de vacances et de repos

-Facteurs déclenchants :

-Signes fonctionnels : ☐ Asymptomatique ☐ Prurit ☐ Douleur ☐ Brûlure

EXAMEN PHYSIQUE :

➤ **Peau glabre**

-Type des lésions :

-Topographie : ☐ Cuir chevelu ☐ Temporal ☐ Occipital ☐ Frontal
☐ Pariétal ☐ Nuque ☐ Tout le scalp

-Lésions cutanées à distance : ☐ Oui ☐ Non Si oui,
lesquelles :

-Surinfection associée : ☐ Oui ☐ Non

➤ **Phanères**

-Atteinte unguéale : ☐ Oui ☐ Non

-Atteinte cheveux : ☐ Erythème ☐ Squames ☐ Atrophie
☐ Croûtes ☐ Pustules ☐ Papules

➤ **Muqueuses**

-Atteinte muqueuse : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, description:.....

PARACLINIQUE :

➤ **Prélèvement mycologique** : ☐ Fait ☐ Non fait

➤ **Biopsie** : ☐ Fait ☐ Non fait

➤ **Autres explorations** :

DIAGNOSTIC RETENU :

TRAITEMENT :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dermocorticoïdes | <input type="checkbox"/> Corticothérapie systémique |
| <input type="checkbox"/> Antifongiques topiques | <input type="checkbox"/> Antifongiques systémiques |
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques topiques | <input type="checkbox"/> Antibiotiques systémiques |
| <input type="checkbox"/> Antiparasitaire topique : Benzoate de Benzyle | <input type="checkbox"/> Antiparasitaire systémique |
| <input type="checkbox"/> Antiviral | <input type="checkbox"/> Antihistaminique |
| <input type="checkbox"/> MTX | <input type="checkbox"/> Antalgique |
| <input type="checkbox"/> Emollient | <input type="checkbox"/> Propanolol |
| <input type="checkbox"/> Antipaludéens de synthèse | <input type="checkbox"/> Complexe vitaminique |
| <input type="checkbox"/> Fortifiant capillaire | |

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT :

- ☐ Favorable ☐ Défavorable ☐ Stationnaire ☐ Perdu de vue

Complications : ☐ Bactérienne (impétiginisation) ☐ Parasitaire ☐ Virale ☐ Fongique

DERMATOSES DU CUIR CHEVELU DE L'ENFANT : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES : UNE SÉRIE DE 120 CAS À DAKAR

RESUME

Introduction

En Afrique, les dermatoses du cuir chevelu de l'enfant constituent une part importante en pratique quotidienne et sont un motif fréquent de consultation.

Au Sénégal, nous ne disposons pas de données portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des dermatoses du cuir chevelu de l'enfant, justifiant notre étude.

Objectifs

Le but de notre étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des dermatoses du cuir chevelu de l'enfant à Dakar.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude prospective, descriptive, analytique et transversale portant sur les données de malades reçus dans les services de Dermatologie de l'HALD, de l'IHS et du CHNEAR sur une période de 06 mois (01 février au 01 août 2021). Les données ont été saisies sur sphinx plus et analysées grâce au logiciel SPSS 20.0.

Résultats

Durant cette période, sur 1260 malades reçus en consultation, nous avons colligé 120 correspondant ainsi à une fréquence de 10,5%. Une prédominance masculine était notée avec un sexe ratio de 1,28. L'âge moyen des malades était de 4,4 ans avec des extrêmes de 21 jours et 15 ans.

La tranche d'âge de 0 à 2 ans était la plus représentée avec 39,6% (n=48). Dans les dermatoses infectieuses la tranche d'âge qui dominait était celle de 6 à 10 ans alors que dans les dermatoses inflammatoires/auto-immunes c'était celle de 0 à 2 ans. Les dermatoses infectieuses 49,6% (n=60) étaient les plus fréquentes dominées par la teigne (35,5%), suivies des dermatoses inflammatoires/auto-immunes 45,2% (n=55) avec la DA (29,7%) et enfin des autres dermatoses 5,0% (n=6).

Le prurit était le signe le plus fréquemment retrouvé dans 61,6% des cas suivi de la douleur dans 19,2% et enfin les lésions étaient asymptomatiques dans 16,4%.

Les topographies prédominantes des dermatoses du cuir chevelu étaient au niveau occipital (26,7%), temporal (21,1%), à tout le scalp (18,3%) et pariétal (17,8%). Des squames (24,4%), plaques (21,2%) et érythème (22,6%) étaient retrouvés en majorité dans notre série. Une onychomycose était observée au cours des TCC dans 3,3% des cas. Une notion de stress était rapportée dans 1 cas de pelade. Dans les prélèvements mycologiques, le *T.soudanense* était retrouvé dans 68,7% (n=11) puis le *M.audouinii* dans 25% (n=4) et enfin le *T.rubrum* dans 6,3% (n=1). Une histologie cutanée réalisée dans 1 cas a confirmé le diagnostic de folliculite disséquante. Une évolution favorable était notée dans 57,5% des cas (n=69), stationnaire dans 13,3% (n=16) et défavorable dans 7,5% (n=9). Presque le quart des patients étaient perdus de vue.

Conclusion

Les dermatoses du CC de l'enfant sont polymorphes, dominées par les infections en particulier par les TCC et les dermatoses inflammatoires. Le pronostic est globalement bon.

Mots-clés

Dermatoses du cuir chevelu, enfant, Dakar.