

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2018

N° 128

PRÉVALENCE DE L'ATOPIE CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UN PRURIGO : à propos de 39cas à Dakar

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN
DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 26 juillet 2018

Par

Dr Fatou Diassé épouse Fall

Née le 02/01/81 à Kaolack (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

Président	:	M. Assane	KANE	Professeur
Membres	:	Mme Suzanne Oumou	NIANG	Professeur
		Mme Louise Deguenovo	FORTES	Maître de Conférences Titulaire
Directrice de mémoire	:	Mme Suzanne Oumou	NIANG	Professeur

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspirée

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A son Prophète MOUHAMED (PSL)

*A notre vénéré guide cheikh Al Islam El Hadj
Ibrahima Niass dit « Baye »*

A mes chers parents

Les mots ne pourront exprimer mon amour, mon attachement, ma reconnaissance et mon respect éternel. Si je suis arrivée à ce que j'y suis aujourd'hui, c'est grâce à vous, à la confiance que je vois dans vos yeux.

Ce travail est le fruit de tous vos sacrifices, vos encouragements

A mon cher époux Papa Malick fall

Depuis l'instant où le destin nous a mis sur le même chemin tu n'as cessé de m'apporter joie, amour et encouragement.

J'ai toujours trouvé en toi un homme honnête, plein d'attention partageant mes peines et inquiétude.

Je suis consciente de ton amour et ton dévouement pour ma réussite, je te garantis respect amour et fidélité.

A mes enfants

A mes frères et sœurs

A ma belle famille

A mes cousins et cousines

REMERCIEMENTS

- *A nos maîtres les professeurs Mame Thierno DIENG, Fatimata LY, Moussa DIALLO*

- *Aux Docteurs Maodo NDIAYE, Assane DIOP, Boubacar Ahy DIATTA, Saer DIADIE, Anta SOUMARE, Mariama NDIAYE, Salimata DIALLO, Ndeye Bougoul SECK, Astou DIOUF, Mame Téné NDIAYE*

- *Aux Docteurs Sira BARRY KANE, Fatou Diagne GUEYE Béatrice Abosso PEGGY, Fatoumata KEITA, Fadhel CHARFI*

- *A tout le personnel du service de Dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec*

- *A tout le personnel du service de Dermatologie de l'Institut d'Hygiène Sociale*

- *A tout le personnel du l'hopital Dalal Jamm*

- *A toutes les promotions de DES*

- *Aux participants de l'étude*

- *A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail*

A NOS MAITRES ET JUGES

*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY
MONSIEUR LE PROFESSEUR ASSANE KANE
PROFESSEUR TITULAIRE*

Vous nous avez accueillis dans votre service avec beaucoup d'humanisme. Vous nous avez transmis vos connaissances avec rigueur, mais aussi avec sagesse.

Nous apprécions en votre personne la richesse du savoir, la rigueur de la pensée et l'entière disponibilité pour vos patients et vos élèves qui font de vous, à nos yeux, l'exemple du professeur accompli.

Nous vous remercions pour la formation dont nous avons bénéficiée et nous vous prions, cher maître, de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE MÉMOIRE

LE PROFESSEUR SUZANNE OUMOU NIANG

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre rigueur de travail, votre curiosité intellectuelle, votre disponibilité et vos conseils judicieux font de vous un maître respecté par tous.

Nous garderons de vous le souvenir d'un grand maître doué de qualités scientifiques, pédagogiques et surtout humaines.

Veillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et soyez assuré de notre gratitude.

Puisse Dieu vous rétribuer à la hauteur de vos sacrifices.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

LE PROFESSEUR LOUISE FORTÉS

Nous vous remercions de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre sincère gratitude et de tout notre respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

BSE	: Batterie standard européenne
CA	: Conjonctivite allergique
CSPMS	: Centre de santé Phillippe Maguiléne Senghor
DA	: Dermatite atopique
Der f	: Dermatophogoiide farinea
Der P	: Dermatophagoide ptéronyssinus
DES	: Diplôme d'Etude Spécialisé
ESCD	: European Society of Contact Dermatitis
HALD	: Hôpital Aristide Le Dantec
HDJ	: Hopital Dalal Jamm
HTA	: Hypertension Artérielle
ICDRG	: International Contact Dermatatis Research Group
IR	: Phénomène d'irritation
IRC	: Insuffissance Rénale Cronique
NT	: Non testé
RA	: Rhinite allergique
VIH	: Virus de L'Immunodéfiscience Humain
KAOP	: kyste Adulte Œuf Parasite

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des cas en fonction du site de recrutement.....	11
Figure 2 : Répartition des 75 cas en fonction de l'âge et des groupes à Dakar .	13
Figure 3 : répartition des cas en fonction de la tranche d'âge du groupe I.....	14
Figure 4 : répartition des patients en fonction de la tranche d'âge du groupe II	14
Figure 5 : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge du groupe III....	15
Figure 6 : Répartition des cas et des groupes en fonction de la durée d'évolution du prurigo	18

LISTE DES ICONOGRAPHIES

Iconographie 1 : papules excoriés associés à des macules hyperpigmentées sur xérose cutanée chez un patient de 15ans	20
Iconographie 2 : papules excoriée associées à une hyperpigmentation des plis chez un patient de 25 ans	20
Iconographie 3 : prurigo des membres supérieurs chez un patient atopique âgé de 42ans	22
Iconographie 4 : prurigo des membres supérieurs chez un patient atopique âgé de 42ans	22
Iconographie 5 : prurigo des membres supérieurs chez un patient atopique aspects lichénifiés aux.....	23
Iconographie 6 : membres inférieurs du prurigo chez un patient atopique.....	23
Iconographie 7 : prurigo diffus chez un sujet atopique âgé de 26 ans	24
Iconographie 8 : prurigo du tronc chez un sujet atopique âgé de 45ans	24
Iconographie 9 : positivité aux acariens chez un patient atopique présentant un prurigo.....	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des cas en fonction du sexe et des groupes.	12
Tableau II : Répartition des cas en fonction de l'âge et des groupes.	13
Tableau III : Répartition des cas en fonction de l'origine géographique.	15
Tableau IV : Répartition des cas en fonction de la profession.	16
Tableau V : Répartition des cas en fonction de l'atopie personnelle.	16
Tableau VI : Répartition des cas d'atopie familiale en fonction du degré de parenté.	17
Tableau VII : Répartition des cas selon l'aspect des lésions et des groupes	19
Tableau VIII : Répartition des cas en fonction de la topographie des lésions. .	21
Tableau IX : Répartition des cas en fonction de la localisation des lésions.	21
Tableau X : Répartition des cas en fonction de la positivité aux prick test respiratoire.	26
Tableau XI : analyse de la corrélation entre l'âge et le prurigo.	27
Tableau XII : Analyse de la corrélation entre le sexe et le prurigo sur terrain atopique.	28
Tableau XIII : Analyse de la corrélation entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique.	28
Tableau XIV : Analyse de la corrélation entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur terrain atopique.	29
Tableau XV : Analyse de la corrélation entre l'atteinte des membres et le prurigo sur terrain atopique.	29

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
NOTRE ETUDE.....	4
METHODOLOGIE	5
I. Cadre d'étude	5
II. Type et période d'étude.....	5
III. Population d'étude	6
IV. Critères diagnostiques	6
V. Les explorations allergologiques de type pricks tests respiratoires	7
VI.1. La technique	7
VI.2. L'interprétation	8
VI. Les aspects thérapeutiques	8
VII. Modalités évolutives	8
VIII. Technique de la collecte des données	9
IX. La saisie et analyse des données	9
RESULTATS	10
I. ETUDE DESCRIPTIVE	11
I.1. Aspects épidémiologiques.....	11
I.1.1. Fréquence hospitalière.....	11
I.1.2. Répartition des cas en fonction du sexe	12
I.1.3. Répartition des cas en fonction de l'âge	13
I.1.4.....	15
Répartition des cas en fonction de l'origine géographique.....	15
I.1.5. Répartition des cas en fonction de la profession	16
I.2. Aspects cliniques.....	16
I.2.1. Les équivalents atopiques	16
I.2.2. La durée d'évolution du prurigo	18

I.2.3. Les manifestations cliniques	19
I.2.3.1. Répartition des cas selon l'aspect des lésions	19
I.2.3.2. Répartition des cas en fonction de la topographie des lésions....	21
I.3. Les prick test aux pneumallergènes	25
I.3.1. Les résultats des pricks tests respiratoires	25
I.3.2. Autres explorations paracliniques.....	26
II. ETUDE ANALYTIQUE	27
II.1. Relation entre l'âge et le prurigo sur terrain atopique	27
II.2. Relation entre le sexe et le prurigo sur un terrain atopique	28
II.3. Relation entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique	28
II.4. Relation entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur terrain atopique	29
.....	29
II.5. Relation entre l'atteinte des membres et le prurigo sur terrain atopique	29
DISCUSSION	30
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	39
REFERENCES	42
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le prurigo se définit comme étant un syndrome qui associe un prurit et des lésions papuleuses pouvant être primitives ou secondaires au grattage [1, 2, 3]. Il est une affection fréquente et représente 24% des 149 patients infectés par le VIH au Sénégal en 2008 [4] et 1,82% des 67448 patients au Japon en 2017 [5].

Plusieurs étiologies ont été retrouvées : les causes infectieuses (gale, infection à VIH, les mycobactéries), hématologiques (lymphome hodgkinien, maladie de Vaquez), les dermatoses bulleuses (pemphigoïde bulleuses, dermatite herpétiforme, dermatite à IgA linéaire), les causes endocriniennes (diabète, dysthyroïdie), une hypersensibilité aux arthropodes (prurigo Strophulus), les photo dermatoses, les cancers solides (digestif, thyroïde, rein, foie), les causes endocriniennes (diabète, dysthyroïdie), la dermatite atopique (prurigo de Besnier).[1, 2, 3]. Le diagnostic de la dermatite atopique (DA) n'est pas toujours évident surtout lorsqu'il n'existe pas de lésions aux plis et survient à des âges tardifs. Les explorations allergologiques notamment les pricks tests, outils de confirmation incontestable de l'atopie sont très peu accessibles aux malades.

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire prurigineuse, chronique de pathogénie multifactorielle. Elle s'intègre dans le cadre de la maladie atopique qui désigne des traits héréditaires polygéniques très polyvalents regroupant des manifestations cutanées, respiratoires à type de rhinite et d'asthme et oculaire à type de conjonctivite allergique [6, 7, 8, 9, 10].

La DA touche environ un tiers de la population générale [6]. Sa fréquence varie en fonction de l'âge. Elle passe de 6% chez l'enfant de 1-15ans, à 1% chez l'adulte. Cette prévalence augmente ces 30 dernières années de 5-10% à 10-25% du fait des modifications des facteurs environnementaux en rapport avec l'industrialisation de plus en plus importante [11]. Elle altère considérablement la qualité de vie surtout si elle est associée à un prurigo aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Le pronostic vital peut être mis en jeu par le biais de l'érythrodermie qui expose les patients à des troubles hydroélectrolytiques et/ou un sepsis.

L'association prurigo et DA est une entité déjà rapportée [12, 13]. Elle représente 29% des 102 cas de prurigo chronique de l'enfant à Bordeaux en 2016 [12] et de 7% des 80 cas de DA de l'adulte au Sénégal en 2011[13].

L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'atopie chez les sujets présentant un prurigo et confirmer la polysensibilité aux pneumallergènes.

NOTRE ETUDE

METHODOLOGIE

I. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée au service de Dermatologie de l'Hôpital Aristide le Dantec (HALD), à la consultation dermatologique de l'Hôpital Dalal Jamm (HDJ) de Guédiawaye et au Centre de Santé Philippe Senghor (CSPMS) de Yoff.

Le Service de Dermatologie de L'HALD est le centre de référence en dermatologie à Dakar et même au Sénégal. Il comporte 9 dermatologues dont 4 professeurs titulaires, un maître de conférence agrégé, 3 assistants, 3 internes et 50 médecins en cours de formations pour l'obtention du DES en dermatologie-vénérologie. Le service reçoit en moyenne 7000 patients par an en consultation avec environ 250 hospitalisations annuelles.

L'hôpital Dalal Jamm est une résidence hospitalière publique comportant une unité de Dermatologie-Vénérologie. La consultation de dermatologie bihebdomadaire est dirigée par un professeur titulaire en dermatologie vénérologie et spécialisée en allergologie, aidée par un assistant chef de clinique et un étudiant en fin de spécialisation.

Le centre de santé Phillippe Maguilène Senghor est un centre de référence hospitalier comportant une unité de Dermatologie Vénérologie. Une consultation dermatologie est effectuée quatre fois par semaine et est assurée par un dermatologue et deux étudiants en fin de spécialisation.

II. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale qui a recensé tous les cas de prurigo sur une période de 11mois, allant du 1^{er} janvier au 30 novembre 2017.

III. Population d'étude

➤ Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les patients ayant présenté un prurigo quel que soit l'âge, venus consulter durant la période d'étude dans ces 3 structures.

➤ Critères de non inclusion

Nous avons exclu tous les malades qui n'ont pas consenti à l'étude.

IV. Critères diagnostiques

Le diagnostic de prurigo était basé sur la présence d'un prurit associé à des lésions papulo vésiculeuses et/ou nodulaires excoriées.

Le diagnostic de DA était basé sur la présence :

- d'un eczéma aigu vesiculo-suintant ou chronique érythémato-squameux voire lichénifié
- de signes mineurs de DA à s'avoir 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 érythème facial, le dermatographe blanc, les plis antérieur du cou.

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

Les critères de Hanifin et Radjka (annexe 1) et les critères de l'United Kingdom Working Party (annexe 2) ont été appliqués chez l'enfant.

➤ **Les paramètres étudiés**

Au cours de cette étude tous nos malades ont été interrogés et examinés. Une fiche de renseignement préétablie a été remplie pour chaque malade (annexe 3) renfermant

- Un interrogatoire minutieux avec
(Etat civil : âge, sexe, profession, lieux de résidence, des antécédents d'atopie personnels ou familiaux, une histoire des signes cliniques, les signes mineurs de l'atopie)
- Un examen dermatologique complet décrivant le prurigo : son aspect sa topographie, son étendue
- Les complications
- Les explorations paracliniques (test allergologiques, hémogramme la glycémie à jeun, les transaminases, les phosphatases alcalines, la γ GT, la sérologie rétrovirale, les selles KAOP).
- Le traitement
L'aspect évolutif au 1^{er} et 2^{ème} mois

V. Les explorations allergologiques de type pricks tests respiratoires

Elles étaient effectuées pour rechercher une atopie, à distance de l'épisode aigu, sur une peau saine. Les antihistaminiques et les corticoïdes avaient été arrêtés une semaine avant. Les explorations allergologiques étaient réalisées à la clinique SUMA et dirigées par un professeur titulaire en dermatologie vénéréologie et spécialisée en allergologie, aidée par un étudiant en fin de spécialisation et un infirmier d'état.

V.1. La technique

Le principe était de reproduire une réaction urticarienne sur la peau après pénétration d'allergène par des piqures. Ces dernières étaient faites par des stallerpoints des Laboratoires Stallergènes et les allergènes étaient fournis en

extraits commerciaux par le même laboratoire. Ces extraits étaient : Blomia, Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoide farinae, Alternaria alternata, Poils de chien, Poils de chat, Latex, Histamine (témoin positif), sérum salé (témoin négatif)

Des gouttes de ces extraits d'allergènes 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 d'allergènes avec les Stallerpoints.

La lecture des tests était effectuée à 20 minutes après l'introduction de l'allergène.

V.2. L'interprétation

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 du témoin positif

En cas de positivité du témoin négatif, la lecture du test est considérée comme ininterprétable car témoin d'un dermographisme.

VI. Les aspects thérapeutiques

Les patients étaient traités selon leur tableau clinique. Les dermocorticoïdes étaient le traitement de base des poussées. Des antibiotiques et des vermifuges étaient prescrits, des anti histaminiques et un traitement d'entretien étaient essentiellement basés sur des émoullients.

VII. Modalités évolutives

Une surveillance clinique régulière a été faite pour les malades à un rythme régulier d'une fois toutes les 3 semaines pendant 3 mois

VIII. Technique de la collecte des données

Les données ont été recueillies grâce à une fiche d'enquête qui comportaient des variables épidémiologiques (âge, sexe, profession, origine géographique, situation matrimoniale, la profession), les antécédents ou terrain, les signes cliniques et les examens complémentaires (les tests allergologiques, l'hémogramme, la glycémie à jeun, les transaminases, la phosphatase alcaline, gamma GT, la sérologie rétrovirale, les selles KAOP), les traitements reçus et les aspects évolutifs.(annexe 3)

IX. La saisie et analyse des données

Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques étaient saisies sur le logiciel IBM SPSS statistics 21.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS et Excel 2013 pour les variables quantitatives et qualitatives.

Les tests de Khi-deux et Fisher étaient utilisés suivant leurs conditions d'applicabilité avec un degré de significativité $p < 5\%$.

RESULTATS

I. Etude descriptive

I.1. Aspects épidémiologiques

I.1.1. Fréquence hospitalière

Dans les 3 structures hospitalières, 7021 patients ont été vus en consultation. Chez ces 7021 patients, un prurigo a été noté dans 75 cas soit une fréquence globale de 1,07%,

La répartition des cas en fonction du site de recrutement était illustrée dans la figure 1

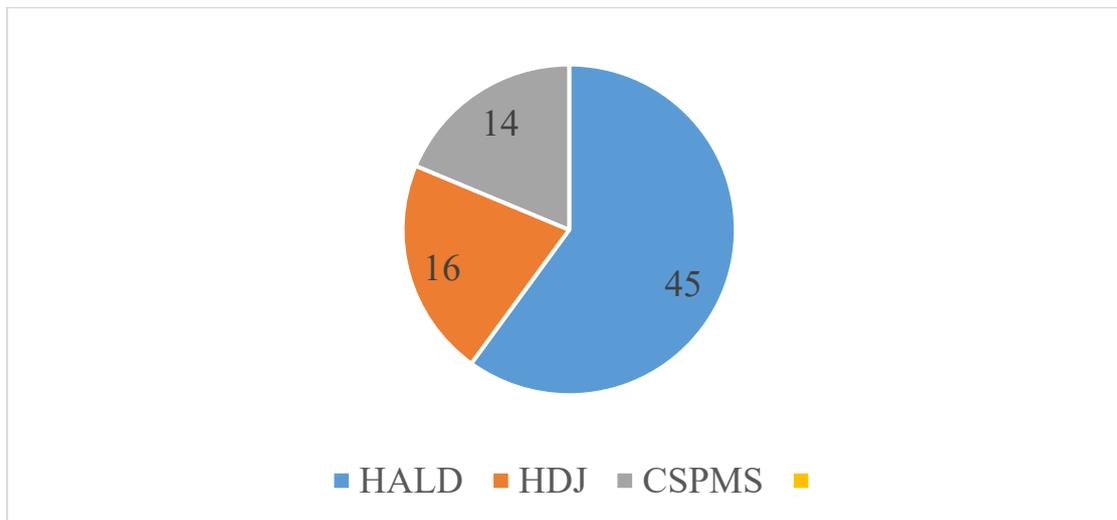


Figure 1 : Répartition des cas en fonction du site de recrutement

Parmi ces 75 cas :

- Un terrain atopique a été noté dans 39 cas (52%)
- Une étiologie autre qu'atopique était notée dans 36 cas (48%).

Il s'agissait :

- d'une scabiose dans 22 cas (29,33 %)
- d'une rétro virose de type VIH 1 dans 3 cas (4%)
- d'un diabète dans 2 cas (2,67%)
- d'une trichocéphalose dans 1cas (1,3%)
- d'une infection à Escherichia coli dans 1cas (1,3%)
- l'étiologie n'a pu être précise dans 7cas (9,33 %)

Une répartition des cas en 3 groupes a été effectuée :

- le groupe I représentant l'ensemble des 75 cas de prurigo toutes causes confondues (avec ou sans atopie)
- le groupe II représente les 39 cas de prurigo sur atopie.
- le groupe III représente les 36 cas de prurigo sans atopie décelée.

Le diagnostic de l'atopie était basé sur :

- les signes cliniques évocateurs dans 18 cas (46,2%)
- la polysensibilité aux pneumallergènes dans 7 cas (17,9%)
- les signes cliniques et une polysensibilité aux pneumallergènes dans 14 cas (35,9%).

I.1.2. Répartition des cas en fonction du sexe

Les malades étaient des hommes dans 29 cas (38,7%) et des femmes dans 46 cas (61,3%) soit un sexe ratio de 0,63.

La répartition des cas en fonction du sexe et des groupes était illustrée sur le tableau I

Tableau I : Répartition des cas en fonction du sexe et des groupes.

Groupe	Homme	Femme	Sexe ratio
Groupe I	29	46	0,63
Groupe II	17	22	0,77
Groupe III	12	24	0,5

I.1.3. Répartition des cas en fonction de l'âge

La répartition des cas en fonction de l'âge était illustrée par le tableau II

Tableau II : Répartition des cas en fonction de l'âge et des groupes.

Groupe	Age moyen	Age médian
Groupe I	36,05 ans	42 ans
Groupe II	32,15 ans	27 ans
Groupe III	40,27 ans	50 ans

La répartition des cas en fonction de l'âge était illustrée dans la figure 2.

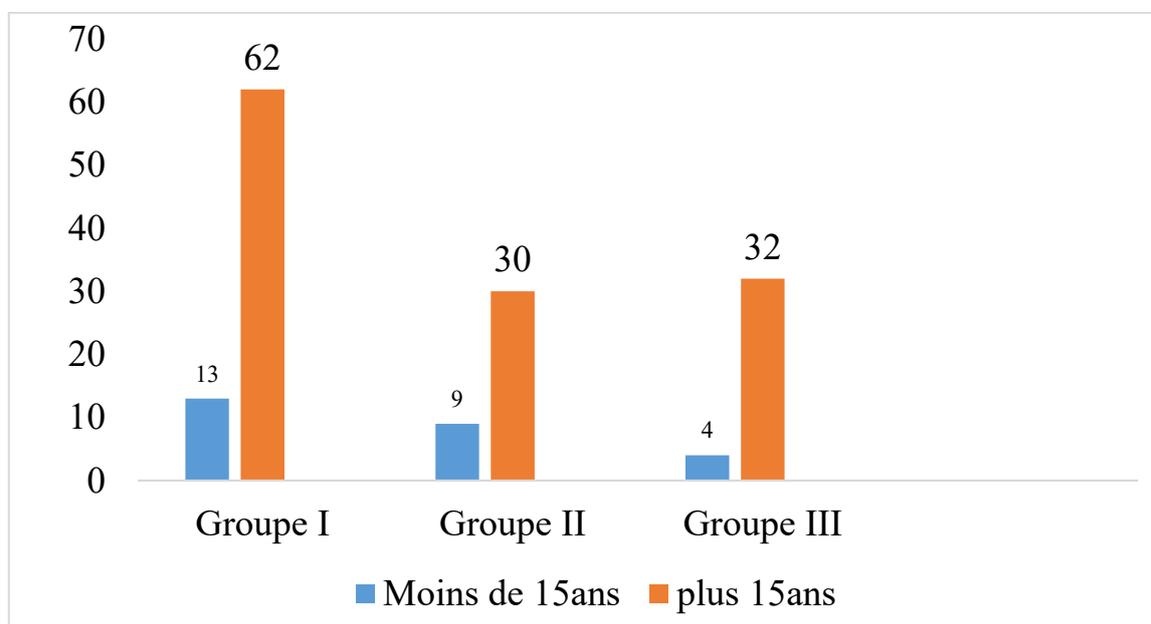


Figure 2 : Répartition des 75 cas en fonction de l'âge et des groupes à Dakar

Dans le groupe I : prurigo avec sans atopie

La répartition des cas en fonction de la tranche d'âge était illustrée dans la figure 3

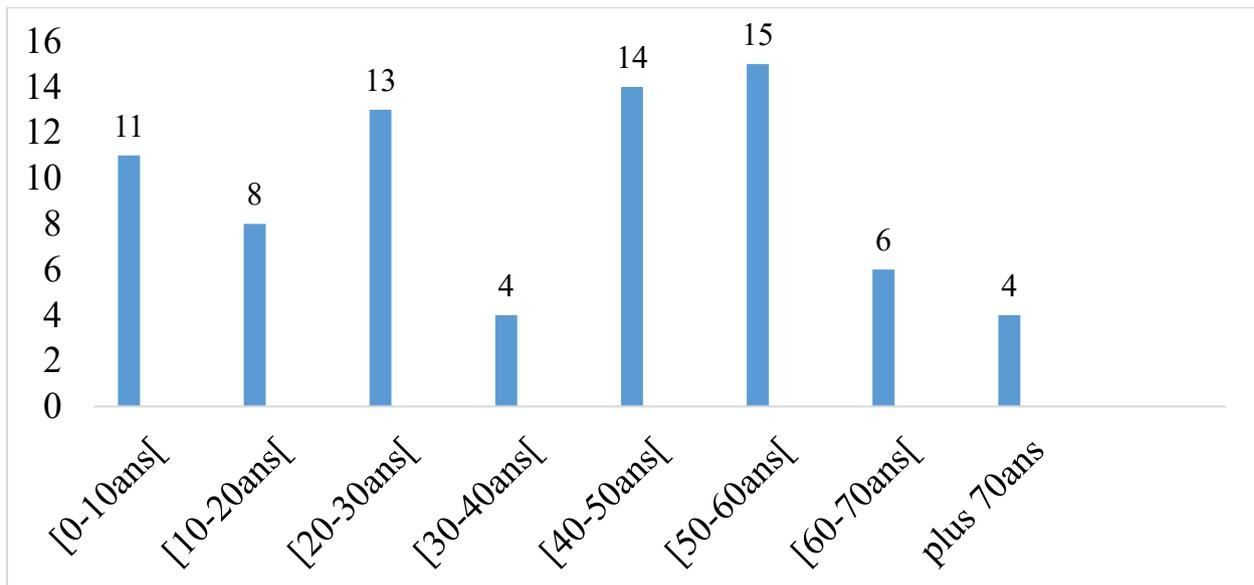


Figure 3 : répartition des cas en fonction de la tranche d'âge du groupe I

Les tranches d'âge 40-50 ans et 50-60ans sont prédominantes

Dans le groupe II : prurigo sur atopie

La répartition des cas en fonction de la tranche d'âge était illustrée dans la figure 4.

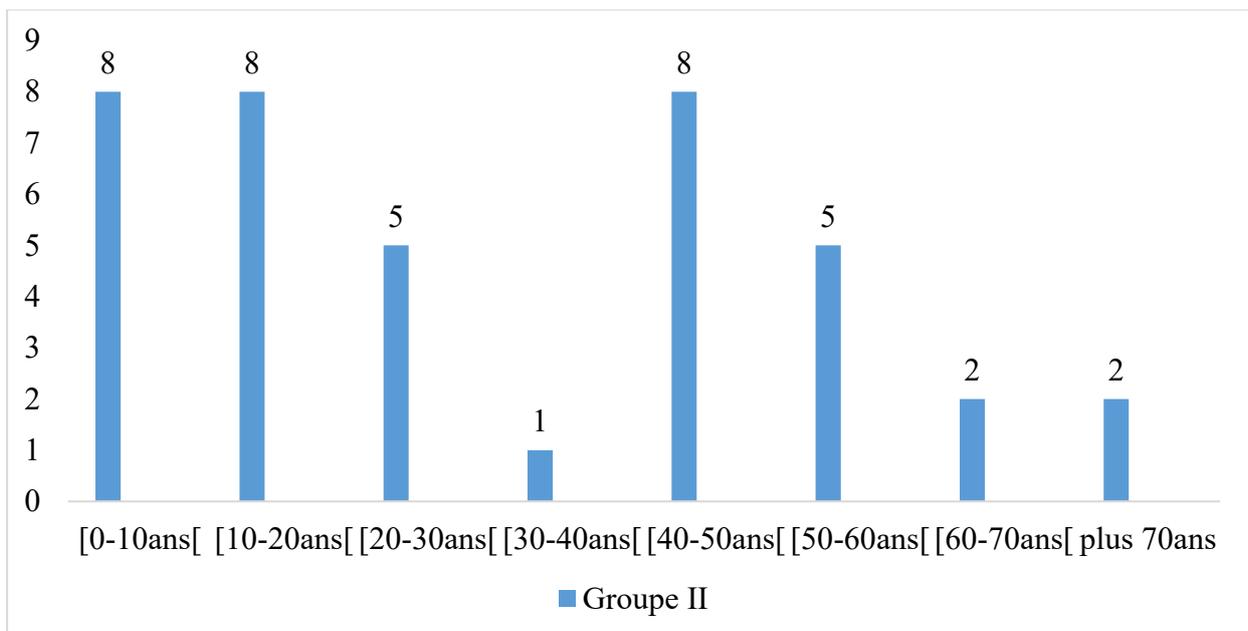


Figure 4 : répartition des patients en fonction de la tranche d'âge du groupe II

Les tranches d'âge situées entre 0 et 10ans, 11 et 20ans et 41 et 50ans sont les plus représentées.

Dans le groupe III : prurigo sans atopie

La répartition des cas en fonction de la tranche d'âge était illustrée dans la figure 5.

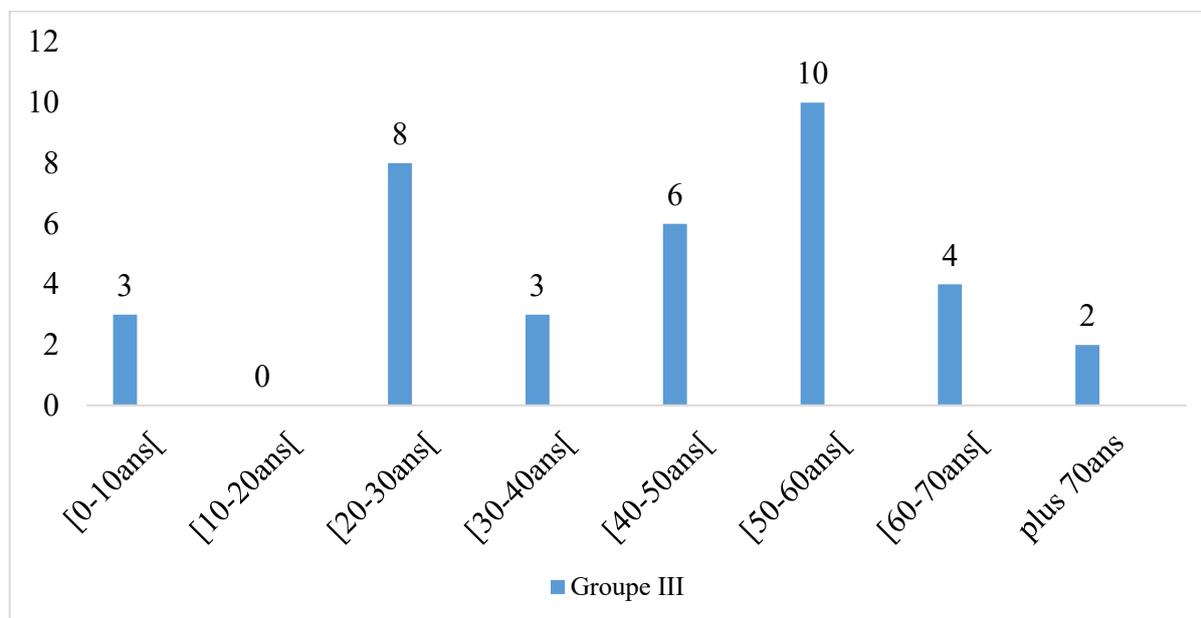


Figure 5 : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge du groupe III

La tranche d'âge 50-60ans est la plus représentée.

I.1.4. Répartition des cas en fonction de l'origine géographique

La répartition des cas en fonction de l'origine géographique était illustrée par le tableau III.

Tableau III : Répartition des cas en fonction de l'origine géographique

Groupes/Origine géographique	Dakar	Autres régions du pays	Autres pays
Groupe I	56	16	3
Groupe II	27	10	2
Groupe III	29	6	1

I.1.5. Répartition des cas en fonction de la profession

La répartition des cas en fonction de la profession était illustrée sur le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des cas en fonction de la profession

Groupes/Profession	Avec profession	Elèves/Étudiants	Sans profession
Groupe I	28	20	27
Groupe II	19	13	7
Groupe III	9	7	20

I.2. Aspects cliniques

I.2.1. Les équivalents atopiques

➤ Les équivalents personnels d'atopie

Une atopie personnelle était notée dans 32 cas (82%).

La répartition des patients selon l'atopie personnelle était représentée sur le tableau V

Tableau V : Répartition des cas en fonction de l'atopie personnelle

Atopie personnelle	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Rhinite allergique	26	41,9
Asthme	21	33,9
Dermatite atopique	10	16,1
Conjonctivite allergique	5	8,1

Plusieurs équivalents atopiques étaient notés chez le même patient dans 17cas, il s'agissait :

- d'un asthme+ d'une rhinite allergique dans 9 cas (52,94%);
- d'une rhinite allergique +d'une dermatite atopique dans 5cas (29,41%) ;

- d'asthme +d'une conjonctivite allergique dans 2cas (11,76%) ;
- d'une rhinite allergique +d'une conjonctivite allergique dans 1 cas (5,88%).

➤ **Les équivalents familiaux d'atopie**

Une atopie familiale était retrouvée dans 28 cas (87,5%).

- Chez les parents du 1^{er} degré dans 24 cas (85,7%)
- Chez les parents du 2^{ème} degré dans 4 cas (14,29%)

La répartition des cas d'atopie familiale en fonction du degré de parenté était représentée sur le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des cas d'atopie familiale en fonction du degré de parenté

Degré de parenté	DA	Asthme	RA	Totale	Pourcentage (%)
Père	1	4	0	5	17,86
Mère	2	4	0	6	21,14
Fratrie	1	7	0	8	28,58
Descendance	1	3	1	5	21,14
Parent 2 ^{ème} degré	1	2	1	4	14,29
Totale	6	20	2	28	100

Un asthme familial était le plus retrouvé.

➤ **Antécédents médicaux en dehors d'atopie**

Des antécédents médicaux étaient retrouvés dans 6 cas. Il s'agissait de:

- diabète dans 2 cas (5,13%) ;
- drépanocytose AS dans 2cas (5,13%) ;
- IRC dans 1 cas (2,57%) ;
- HTA dans 1 cas (2,57%).

I.2.2. La durée d'évolution du prurigo

La durée d'évolution variait de 15 jours à 20ans dans le groupe I avec une moyenne de 2,92 ans.

La durée d'évolution variait de 21jours à 20ans dans le groupe II avec une moyenne de 3,41 ans.

La durée d'évolution variait de 15 jours à 10ans dans le groupe III avec une moyenne de 1,21 ans.

La répartition des cas selon la durée d'évolution était représentée dans la figure 6.

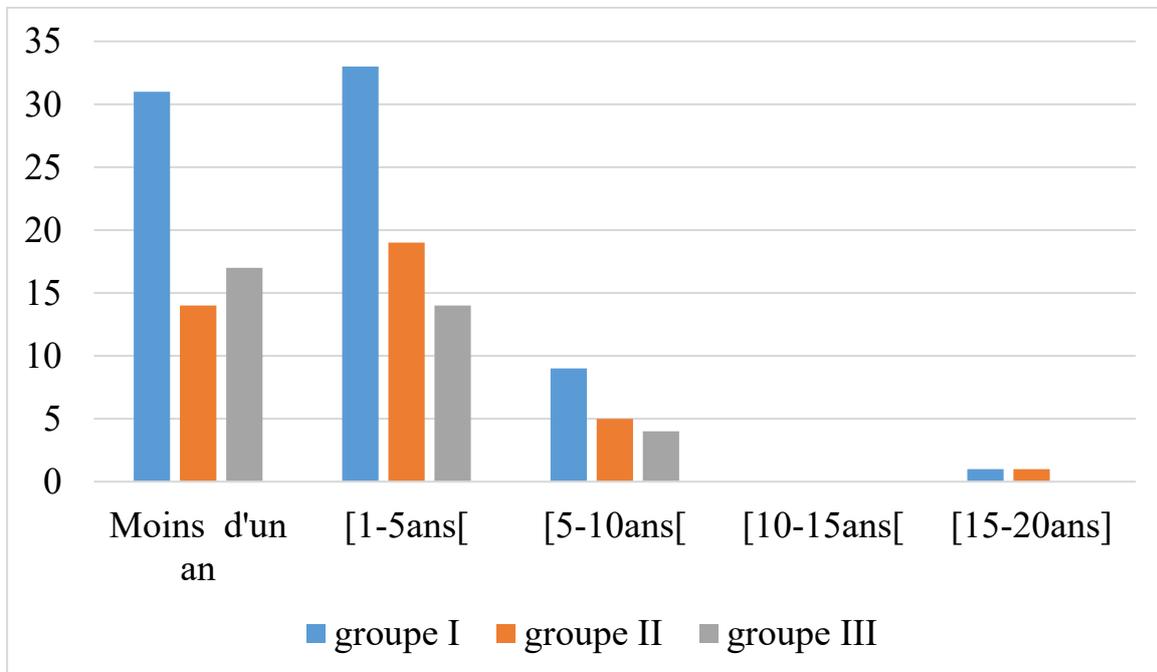


Figure 6 : Répartition des cas et des groupes en fonction de la durée d'évolution du prurigo

I.2.3. Les manifestations cliniques

I.2.3.1. Répartition des cas selon l'aspect des lésions

Les lésions notées étaient des papules, des vésicules, des croutes, des pustules et des nodules.

La répartition des cas selon l'aspect des lésions et des groupes était représentée sur le tableau VII.

Tableau VII : Répartition des cas selon l'aspect des lésions et des groupes

Aspects des lésions\Groupes	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Papules	68 (90,6%)	37 (94,8%)	31 (86,1%)
Vésicules	38 (50,6%)	24 (61,5%)	14 (38,8%)
Croutes	15 (20%)	10 (25,6%)	5 (13,8%)
Pustules	5 (6,6%)	1 (2,5%)	4 (11,1%)
Nodules	3 (4%)	1 (2,5%)	2 (5,5%)

L'aspect erythémato squameuse et/ou lichénifié a été noté dans 12 cas (30%) et vésiculo suintante dans 5 cas (12,8%).



Iconographie 1 : papules excoriés associés à des macules hyperpigmentées sur xérose cutanée chez un patient de 15ans



Iconographie 2 : papules excoriée associées à une hyperpigmentation des plis chez un patient de 25 ans

I.2.3.2. Répartition des cas en fonction de la topographie des lésions

La répartition des cas selon la topographie des lésions était représentée par le tableau VIII.

Tableau VIII : Répartition des cas en fonction de la topographie des lésions

Groupe/Topographie	Diffuse	Localisée
Groupe I	52 (69,3%)	23 (30,7%)
Groupe II	25 (64,1%)	14 (35,9%)
Groupe III	27 (75%)	9 (25%)

La répartition des cas selon la localisation des lésions était représentée sur le tableau IX.

Tableau IX : Répartition des cas en fonction de la localisation des lésions

Localisation\groupes	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Visage	3 (4%)	3 (7,7%)	0 (0%)
Tronc	36 (48%)	14 (35,9)	22 (61,1%)
Membres supérieurs	57 (76%)	35 (89,7%)	22 (61,1%)
Membres inférieurs	40 (53,3%)	36 (92,3%)	4 (11,1%)
Fesses	19 (25,3%)	4 (10,2%)	15 (41,6)



Iconographie 3 : prurigo des membres supérieurs chez un patient atopique âgé de 42ans



Iconographie 4 : prurigo des membres supérieurs chez un patient atopique



Iconographie 5 : aspects lichénifiés aux membres inférieurs du prurigo chez un patient atopique



Iconographie 6 : macules hyperpigmentées des membres inférieurs chez un patient atopique



Iconographie 7 : prurigo diffus chez un sujet atopique agé de 26 ans



Iconographie 8 : prurigo du tronc chez un sujet atopique âgé de 45ans

Les autres manifestations de la dermatite atopique étaient

- une xérose dans 15 cas (38,47%)
- une pigmentation péri orbitaire dans 9 cas (23,07%)
- une kératose pilaire dans 6 cas (15,39%)
- une hyperlinéarité palmaire dans 1 cas (2,5%)

I.3. Les prick test aux pneumallergènes

I.3.1. Les résultats des pricks tests respiratoires

Ils étaient effectués dans 45 cas de prurigo (60%). Ils étaient négatif dans 24 cas (53,4%) et positifs dans 21 cas (46,6%)

Le groupe allergénique identifié était :

- un acarien dans 18 cas (85,7 %)
- un phanère d'animaux dans 8 cas (38,1%)
- une moisissure dans 6 cas (28,57%)
- un latex dans 1cas (4,97%).



Iconographie 9 : positivité aux acariens chez un patient atopique présentant un prurigo

La répartition des cas en fonction de la positivité aux prick tests était représentée sur le tableau X.

Tableau X : Répartition des cas en fonction de la positivité aux prick test respiratoire

Pneumallergènes	Allergène	Effectifs
	Dermatophagoides pteronyssinus	12 (48%)
Acariens	Blomia	8 (32%)
	Dermatophagoide farinae	5 (20%)
Moisissures	Alternaria alternata	6 (28,5%)
Phanères d'animaux	Poils de chien	5 (23,8%)
	Poils de chat	3 (14,28%)
Autres	Latex	1 (4,7%)

Une sensibilité à deux ou plusieurs allergènes a été notée dans 18 cas (85,7%).

- Acariens+ Phanères : 6 cas
- Acariens + Moisissures : 5 cas
- Moisissures + Phanères : 4 cas
- Moisissures+Phanères+moisissures : 2 cas
- Acariens + Latex : 1cas

Un monosensibilité aux acariens a été noté dans 3 cas (14,28%)

I.3.2. Autres explorations paracliniques

Effectuer chez 52 patients, elles avaient mis en évidence

- une hyperglycémie supérieure à 2g dans 2cas
- une sérologie rétrovirale de type VIH1 positive dans 3cas
- un *Escherichia coli* dans 1cas.
- une trichocéphalose dans 1cas

II. Etude analytique

Nous avons recherché une corrélation entre le prurigo sur terrain atopique et l'âge, le sexe, l'aspect diffus des lésions, l'atteinte du tronc et des membres.

II.1. Relation entre l'âge et le prurigo sur terrain atopique

Une corrélation statistique a été recherchée entre l'âge supérieur à 15ans et le prurigo sur terrain atopique. Le tableauXI illustre la corrélation statistique entre l'âge supérieur à 15ans et le prurigo sur terrain atopiquesur

Tableau XI : analyse de la corrélation entre l'âge et le prurigo

	Age			
	Inférieur à 15ans	Supérieur à 15 ans	Total	
Groupe II	9	30	39	
Groupe III	4	32	36	P=0,17
Total	13	62	75	

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge supérieur à 15ans et le prurigo sur terrain atopique au seuil de 5% ($p=0,17$)

II.2. Relation entre le sexe et le prurigo sur un terrain atopique

Une corrélation statistique a été recherchée entre le sexe féminin et le prurigo sur terrain atopique. Le tableau XII illustre la corrélation statistique entre le sexe féminin et le prurigo sur terrain atopique

Tableau XII : Analyse de la corrélation entre le sexe et le prurigo sur terrain atopique

	Sexe		Total	
	Femme	Homme		
Groupe II	22	17	39	P=0,36
Groupe III	24	12	36	
Total	68	46	75	

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre le sexe féminin et le prurigo sur terrain atopique au seuil de 5% (P=0,36).

II.3. Relation entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique

Une corrélation a été recherchée entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique. Le tableau XIII illustre la corrélation statistique entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique

Tableau XIII : Analyse de la corrélation entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique

	Localisation		Total	
	Diffuse	Localisée		
Groupe II	25	14	39	P=0,3
Groupe III	27	9	36	
Total	52	23	75	

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre l'aspect diffus des lésions et le prurigo sur terrain atopique au seuil de 5% (p=0,3)

II.4. Relation entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur terrain atopique

Une corrélation a été recherchée entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur terrain atopique. Le tableau XIV illustre la corrélation statistique entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur terrain atopique

Tableau XIV : Analyse de la corrélation entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur terrain atopique

	Atteint du tronc		Total	
	Oui	Non		
Groupe II	14	25	39	
Groupe III	22	14	36	P=0,02
Total	36	39	75	

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'atteinte du tronc et le prurigo sur un terrain atopique au seuil de 5% ($p=0,02$)

II.5. Relation entre l'atteinte des membres et le prurigo sur terrain atopique

Une corrélation a été recherchée entre l'atteinte des membres et le prurigo sur terrain atopique. Le tableau XV illustre la corrélation statistique entre l'atteinte des membres et le prurigo sur terrain atopique

Tableau XV : Analyse de la corrélation entre l'atteinte des membres et le prurigo sur terrain atopique

	Atteinte des membres		Total	
	Oui	Non		
Groupe II	35	4	39	
Groupe III	22	14	36	P=0,0037
Total	36	39	75	

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'atteinte des membres et le prurigo sur un terrain atopique au seuil de 5% ($p=0,0037$)

DISCUSSION

Notre étude a recensé sur une période de 11 mois, 39 cas de prurigo sur terrain atopique chez 75 patients ayant consulté pour cette symptomatologie.

Le caractère atopique des lésions a été évoqué sur la base des antécédents personnels ou familiaux d'atopie, la topographie caractéristiques des lésions, l'aspect vesiculo suintant ou érytématosquameux et l'existence de signes mineurs de DA. Elle a été confirmée par la polysensibilité aux pneumallergènes lors des prick tests respiratoires.

Les limites de notre étude ont été l'absence de tests allergologiques chez 40% des patients et l'insuffisance des explorations biologiques à visée étiologique.

Nous avons cependant pu démontrer qu'un terrain atopique a été présent dans plus de la moitié des cas (52%) sans lien statistiquement significatif entre l'existence d'une atopie et l'atteinte du tronc et l'atteinte des membres ($p=0,17$).

❖ Les aspects épidémiologiques

L'association prurigo et atopie a été rapportée dans de nombreuses études [12, 13, 14, 15, 16, 17,18]. Elle est de 29% en 2016 dans celle de Maridet portant sur 102 cas de prurigo chronique de l'enfant [12] et de 15,59% des cas dans celle de Técléssou portant sur 476 enfants âgés de 0 à 15ans réalisée en 2016 [19].

Elle a représenté la moitié des patients dans notre étude (52%), rejoignant ainsi le taux d'une étude Malienne, réalisée en 1997 par Traoré et al qui avaient trouvé une prévalence de 49,2%. [14] et celle d'Iking et al portant sur 108 cas de prurigo nodulaire de l'adulte [17] à 46,3% des cas.

Des taux supérieurs ont même été notés par d'autres auteurs. Tanaka et al, dans une étude menée au japon en 1995 sur 31 cas de prurigo nodulaire avaient noté une fréquence à 65% des cas, [15] et Moussirou un taux de 62,1% [16].

Le prurigo s'intègre parfaitement dans la symptomatologie de la DA par le biais du prurit qui constitue le maître symptôme. Bien que les mécanismes pathogéniques du prurigo ne soient pas élucidés, il semblerait qu'il y'ait des

interactions complexes entre structures nerveuses, neurotrophines, neuropeptides, cellules inflammatoires et vasculaires de la peau. L'hypertrophie des nerfs par l'hyperplasie des cellules de Schwann et des fibres nerveuses amyéliniques n'est pas un élément constant. A la notion d'hyperplasie nerveuse et des neurotrophines s'ajoute celle des neuropeptides tels que la substance P et la calcitonine gene related peptide qui sont augmentés dans les axones hyperplasiques du prurigo nodulaire mais ne le sont pas dans d'autres dermatoses prurigineuses. Les fibres nerveuses des lésions de prurigo sont également plus réactives à ces neuropeptides. On leur attribue l'abaissement du seuil de sensibilité tactile rétabli par l'application de la capsaïcine.

Il est probable que ces neuropeptides qui sont de puissants histamino libérateurs avec une forte action pro inflammatoire soient responsables du prurit intense qui caractérise le prurigo [2, 20, 21].

Si la DA est une affection dermatologique de l'enfant, le maximum de cas dans notre étude a dépassé l'âge pédiatrique comme le prouve l'âge moyen de 32,15ans, le maximum de cas se situe entre 40 et 50 ans chez les patients présentant un prurigo avec atopie. Un lien statistiquement significatif a été noté entre l'âge supérieur à 15 ans et l'existence d'atopie.

Les prurigos nodulaires avec antécédents d'atopie débutent en moyenne vers l'âge de 20 ans et vers l'âge de 50 ans en l'absence d'atopie [2]. Cette prédominance des adultes a été vérifiée dans les 3 groupes à savoir tous les cas de prurigo, celui de prurigo avec atopie et celui de prurigo sans atopie. Weigelt et al dans leur étude portant sur 58 cas de prurigo avait un âge moyen de 58,38 ans [22] et de 61,5 ans dans celle d'Iking [17]. .

Une prédominance féminine a été notée chez les sujets présentant un prurigo avec atopie même si le lien entre le sexe féminin et le prurigo chez les atopique n'est pas statistiquement significatif ($p=0,36$). Cette prédominance féminine a été vérifiée dans les 3 groupes. Ceci rejoignait l'étude de Weigelt et al qui avaient trouvé une prédominance féminine [22]. Nos résultats étaient différents

de ceux de Moussirou [16], de Maridet [12] et de Ngwane [24] qui avaient trouvé dans leurs études une prédominance masculine.

La prédominance féminine pourrait être expliquée par l'aspect inesthétique des macules hyper pigmentées cicatricielles résiduelles du prurigo, qui incitent à la consultation chez les femmes.

La majorité des cas recrutés provenait des zones urbaines (69,2% des cas). La fréquence de ces cas de prurigo est aussi aggravée par la promiscuité, la pollution et le changement de mode de vie.

Cependant l'insuffisance de dermatologue dans les structures sanitaire rurales peut expliquer ce nombre important de cas en zone urbaine.

La théorie hygiéniste est une des hypothèses qui pourrait expliquer cette forte prévalence de l'atopie. Elle propose que les conditions de stérilité rencontrées dans le monde occidental et dans les zones urbaines ne polarisent pas particulièrement les réponses immunitaires vers l'allergie, mais inhibent principalement les phénomènes de régulation naturelle de l'inflammation normalement entretenus par la flore saprophyte. Ce qui explique ainsi l'émergence non seulement des maladies allergiques, mais également l'augmentation de l'incidence d'autre pathologie inflammatoire chronique en particulier immunoallergique.[6]

L'atopie avait un caractère personnel dans 82% des cas et un caractère familial dans 87,5% des cas.

De nombreuses études de la prévalence familiale [25, 26] ont pu estimer le risque d'atopie pour un individu en fonction des antécédents atopiques chez les apparentés du 1^{er} degré. Ainsi, plus de la moitié des enfants nés de parents atteints de DA seront eux même atteints de DA.

Diepgen a pu mettre en évidence une agrégation familiale, c'est-à-dire une prévalence accrue chez les apparentés des sujets atteints par rapport à la population générale. Toutefois cette agrégation familiale est plus nette entre membre d'une même fratrie qu'entre parents et enfant [25].

L'atopie personnelle était une rhinite allergique dans 41,9% des cas, un asthme dans 33,9% des cas et une conjonctivite allergique dans 8,1% des cas.

Seul le quart des patients avait une DA classique à type d'eczéma. Ce taux est supérieur à celui d'Iking qui était de 18,5%.

Dans 17,94% des cas il s'agissait de signes mineurs à type de xérose, d'hyperpigmentation péri orbitaire, d'une kératose pileaire et d'une hyperlinéarité des paumes des mains.

Le prurigo était isolé dans 74,4% des cas sans aucun autre signe. Dans ces cas ce dernier représente alors le seul signe clinique de DA puisque les tests allergologiques pour ces derniers étaient positifs.

Si la fréquence réelle de l'atopie chez les sujets présentant un prurigo est sous-estimée, c'est que dans de nombreux cas soit les signes mineurs d'atopie sont mal répertoriés ou soit l'atopie ne s'est manifestée que dans l'enfance ou que le prurigo en est la seule manifestation. Le prick test respiratoire trouve alors tout son intérêt puisqu'il permet de confirmer l'atopie et d'épargner toutes les autres explorations à visée étiologique qui sont multiples et onéreuses.

❖ Les aspects cliniques

Le prurigo atopique constituerait une « variante clinique » de la DA, où les plaques « classiques » d'eczéma sont remplacées par des lésions papulo nodulaires chez des patients présentant une hypersensibilité tardive aux acariens domestiques [12].

Chez les sujets atopiques, la xérose même si elle est considérée comme un signe mineur, elle est fréquente et constante. Elle a été présente dans 38,47% des cas dans notre étude. L'intensité de la xérose est variable allant d'une simple desquamation à une peau crevassée, fissuraire et douloureuse. Elle joue un rôle non seulement dans l'exacerbation du prurit mais aussi dans l'altération de la fonction barrière cutanée favorisant ainsi la pénétration des allergènes et des irritants. Elle serait liée à des mutations hétérozygotes avec « perte de fonction »

du gène de la fillagrine, intervenant dans la formation de la couche cornée et des lipides de surface [27].

La lésion élémentaire était des papules dans 94,8% des cas et des vésicules dans 61,53% des cas. L'aspect prédominant des lésions papulo vésiculeuses a été vérifié dans les 3 groupes. Cette prédominance de l'aspect papulo vésiculeux a été également rapportée dans une étude française réalisée en 2002, portant sur 3 observations de prurigo atopique [28].

La topographie est diffuse dans 64,1% des cas. Une absence lien statistiquement significatif a été noté entre un aspect diffus des lésions et l'atopie ($p=0,3$). Dans l'étude de Parromat sur 3 observations de prurigo atopique les lésions étaient diffuses chez tous les patients [28]. A Abidjan, dans l'étude de Sangara portant sur les aspects épidémiologiques et sérologie rétrovirale de 213 cas de prurigo, les lésions étaient diffuses dans 68,5% des cas [29].

L'atteinte des membres est plus fréquente chez les sujets avec atopie (89,74%). Un lien statistiquement significatif a été noté entre la topographie aux membres et le prurigo chez les atopiques ($p=0,0037$). Ceci rejoint l'étude de Moussirou [16] où la localisation des membres inférieurs était la plus fréquente et représente 39,8%. La localisation aux membres encore appelé prurigo Strophulus est décrit depuis 1857. Il a été plus décrit chez l'enfant entre 2 à 7ans et est caractérisé par des lésions très prurigineuses siégeant sur les parties découvertes notamment les membres. Elle serait dû à une hypersensibilité cellulaire retardée à des parasites de l'environnement [24, 30, 31].

Le tronc est la deuxième localisation après celle des membres (35,89%) avec un lien statistiquement significatif entre l'existence de l'atopie ($p=0,02$). Cette localisation tronculaire rejoint le prurigo de Besnier qui survient sur atopie [32]. Chez les atopiques, les lésions de DA sont superposables à celles du prurigo avec des localisations aux membres, au tronc, aux zones convexes du visage et aux plis.

❖ Les aspects étiologiques

La recherche étiologique en cas de prurigo nécessite de nombreuses explorations paracliniques parmi lesquels l'hémogramme, la glycémie à jeun, les transaminases, la sérologie rétrovirale, les selles KA0P, les tests allergologiques.

Du fait de la difficulté à les pratiquer chez tous les malades, nous avons privilégié les tests allergologiques lorsqu'il existait des signes amnésiques cliniques qui orientaient vers une atopie.

Ainsi nous avons pu les pratiquer chez 60% des patients. Ils ont été positifs dans près de la moitié des cas. Ce résultat rejoignait celui d'une étude Française, réalisée en 2016 par Maridet et al qui avaient trouvé une positivité des prick test respiratoires dans 52% des cas [12]. Les allergènes étaient des acariens dans 85,7% des cas, suivi des phanères d'animaux (poils de chien et poils de chat) dans 38,1% des cas. Les autres allergènes étaient les moisissures (*Alternaria alternata*) dans 28% des cas et le latex dans 4,97% des cas.

Il s'agissait d'une polysensibilité aux acariens dans 72,22% des cas et une monosensibilité aux acariens dans 27,7% des cas. Au Maroc, Ghati et al dans leur étude portant sur 160 enfants atopiques avaient trouvé une monosensibilité dans 43% des cas [33]

Cette polysensibilité aux acariens chez les patients présentant un prurigo est une donnée admise par de nombreux auteurs [12, 34]. Maridet avait noté une polysensibilité aux acariens dans 34% des cas dont 38% à *Dermatophagoide pteronyssinus*, 23% à *dermatophagoide farinéa* [12].

Les acariens étaient constitués de *Dermatophagoide pteronyssinus* dans 48%, du *Blonia* dans 32% des cas et de la *Dermatophagoide farinae* dans 20% des cas. La *Dermatophagoide pteronyssinus* est une espèce d'acarien de maison impliqué dans la maladie allergique, découvert en 1964 par le Dr Voorhorst [35]. Dans notre étude, il représentait 48% des cas et 38% dans l'étude de Maridet [12].

Shah dans son étude portant sur 20 patients présentant une DA, avait trouvé une sensibilité aux Dermatophagoide ptérynyssinus à 30% [36].

La Dermatophagoide farinea notée dans 20% des cas est une espèce d'acarien de maison la plus représentée après la Dermatophagoide ptérynyssinus. Elle a été découverte en 1961 par Agnes Margaret Hugues dans des composés de farine destinés aux animaux en Angleterre d'où sa dénomination de Dermatophagoide farinea [35]. Sa sensibilité sur des sujets présentant un prurigo avec atopie a été démontré dans une étude Française [12].

Le Blomia tropicalis appartient à la superfamille des glycyphagidae. Il a été décrit initialement comme un acarien de stockage qui s'est vite imposé comme un acarien de maison des régions tropicale et sub tropicale. La co sensibilisation aux acariens comme le Der P et le Der f est très fréquente [35, 37]. Il représentait 32% des cas dans notre étude.

Les phanères d'animaux étaient constitués de poils de chiens dans 23,8% des cas et de poils de chat dans 14,28% des cas. Au Cameroun, Matchou dans son étude portant sur 72 patients atopiques avait trouvé une sensibilité aux poils de chien a été dans 15,5% des cas et une sensibilité aux poils de chat dans 22,2% des cas [38].

Gagara, dans son étude portant sur le profil de la sensibilité aux pneumallergènes des patients asthmatiques, réalisée en 2016 à Niamey avait noté une sensibilité aux poils de chat dans 14% des cas et aux poils de chien dans 6,5% des cas [39]

L'Alternaria alternata est un champignon cosmopolite et ubiquitaire qui sévit dans les climats tempérés. Sa sensibilité est fréquente chez les atopiques et peut constituer un facteur de contrôle de la maladie. Elle représente le pneumallergène majeur. Sa prévalence varie de 7,5 à 17% dans la population générale de certaines régions d'Australie ou des Etats Unies, alors qu'elle dépasse rarement 5 à 7% en Europe [40]. Dans notre étude, elle représente 28,5% des cas de prurigo avec atopie. Tobola, Amon et Maiouak ont objectivé

respectivement une sensibilité à *Alternaria alternata* de 42%, de 24,3% et de 23.5% chez les sujets atopiques [41, 42, 43].

Le latex noté dans 4,7% des cas est une émulsion de composition variable, d'aspect laiteux dérivé des plantes ou des champignons [44]. La sensibilité chez les sujets atopiques a été démontrée par Dib et Mavale- Manuel [45, 46].

D'autres causes classiques de prurigo ont été notées dans la littérature telles que la scabiose, l'infection à VIH, les cancers solides, les dermatoses bulleuses, les hémopathies. Dans notre étude, la scabiose a été notée dans 29,34%. Ce taux est différent de celui de Salmane, réalisé en 2014 à Dakar portant sur 478 cas de gale, le prurigo a été noté dans 1,23% [47].

L'association prurigo et infection à VIH a été démontrée dans de nombreuses études [48, 49, 50, 51, 52, 53, 54]. Elle représente 4% dans notre étude. Ce taux est inférieur à ceux d'une étude sénégalaise, réalisé en 2011 par Deguenovo et al qui avaient trouvé une prévalence de 20% [50]. Mabiala, Konaré et Atadokpède ont objectivé respectivement l'existence du prurigo chez les sujets infectés par le VIH dans 16,85%, 20,6% et 25,1% des cas [52, 53, 54].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le prurigo est un syndrome faisant évoquer des étiologies multiples en milieu tropical. Les principales causes étaient considérées comme parasitaires et métaboliques.

Notre étude a démontré que parmi ces multiples affections, l'atopie occupait près de la moitié des cas où ce prurigo représente soit un signe accompagnant la DA ou alors constitue son équivalent. Ce prurigo était noté à un âge plus tardif supérieur à 30ans avec une localisation à la fois au tronc et aux membres que la DA soit présente ou non.

Les prick test respiratoire ont démontré leurs utilités en confirmant de manière certaine l'atopie.

La plupart de ces études ont montré une grande sensibilité aux pneumallergènes des sujets atopiques présentant un prurigo. Cette forte sensibilité aux pneumallergènes des sujets présentant un prurigo justifie les recommandations.

Pour les médecins et les dermatologues

- Penser à un terrain atopique devant tout cas de prurigo
- Faire des tests allergologiques plus particulièrement le prick test respiratoire
- Etablir une éducation thérapeutique avec des mesures d'éviction et des mesures symptomatiques comportant l'hydratation et le traitement du prurit.

Pour le patient

- Limiter les facteurs d'irritation cutanée et bien hydrater la peau
- Aérer les habitations,
- Limiter les peluches
- Utiliser les matelas et des housses anti acariens
- Eviter le contact avec les animaux domestiques
- Consulter un spécialiste devant l'apparition des lésions de prurigo ou l'aggravation de celles-ci

-

Pour l'autorité :

- Mettre à la disposition des populations les tests allergologiques.
- Faciliter et promouvoir des Allergologues et Dermatologues

REFERENCES

1. Maruani A, Samimi M, Lorelle G.

Les prurigos.

Presse Med. 2009,38 :1099-1105.

2009 Elsevier Masson SAS.

2. Prins C, Saurat J H.

Prurigo

Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles

6ème édition 2017.

3. Labadie FG.

Qu'entend-on par prurigo de l'enfant ?

Progrès. Dermatol. Allergol Toulouse 2006.

4. Manga N.M, Diop S.A, Ndour C.T et al.

Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de FANN, Dakar : circonstance diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients.

Méd. Mal. Infect. 2009; 39(2), 95-100.

5. Furue. M, Yamazaki S, Jimbow K et al.

Prevalence of dermalogical disorder in japans: A nationwide, cross sectional, multicenter hospital-based study.

J. Dermatol 1Avr 2011 ; 38 (4) ; 310-20.

6. Conférence de consensus.

Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant.

Conférence plénière du Mercredi 20 Octobre 2004 (Institut Pasteur).

7. Bieber T.

Eczémas, dermatite atopique, érythrodermies Dans : SAURAT JH.
Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 6e édition. 2017.

8. Raynaud F.

La dermatite atopique de l'enfant.
Méd Thérapeut. Pédiatr. 2000, 3 (1) :10-5

9. Hello M, Aubert H, Barnier C et al

Dermatite atopique de l'adulte.
Rev. Méd. Interne. 2016 ; 37 ; 91-99

10. Dammak A, Guillet G

Dermatite atopique de l'enfant
J. Pédiatr. Pueric. 2011 ; 24, 84-102

11. Catteau B.

Dermatite atopique: épidémiologie et données cliniques actuelles
Rev. Fr. Allergol. Immunol. Clin. 2003; 42: 373-7

12. Maridet C, Parromat M, Miquel J et al.

Prurigo chronique de l'enfant formes cliniques et profil de sensibilisation
aux allergènes de l'environnement ; Etude prospective.

Th. Méd. Univ. Bordeaux, 2016, N° 3062.

[https://doi. Org/10.1016/j.annder 2016.09.138](https://doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.138)Getrights and content.

13. Assimi G G.

La dermatite atopique de l'adulte à Dakar : une étude prospective de 80 cas.
Th. Méd. UCAD. Dakar, 2011, n°167.

14. Traoré A, Kouéta F, Sanou I et al.

Les dermatoses courantes de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical.

Méd Afr Noire 1997 ; 45 :38-46.

15. Tanaka M, Aiba S, Matsumura N et al.

Prurigo nodularis consist of two distinct forms: early-onset atopic and late onset non-atopic.

Dermatol Basel Switz. 1995 ; 190 (4); 269-76.

16. Moussirou Soumbou G, Zoa Assoumou S, Mourembou G et al.

Le prurigo strophulus en consultation de dermatologie au CHU d'Angondje au Gabon : Aspects épidémiologie et cliniques

Bull Méd Owendo 2017 ; 15 (43)

17. Iking A, Grundmann S, Chatziyorgakidis E et al.

Prurigo as a symptom of atopic and non-atopic diseases: aetiological survey in a consecutive cohort of 108 patients.

J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2013 ;27(5):550-7.

18. Adegbidi H, Degboé B, Saka B et al.

Profil des dermatoses immunoallergiques chez les enfants dans le service de dermatologie du CNHU-C (Bénin).

Med Sante Trop 2014 ; 24 : 446-448.

doi : 10.1684/mst.2014.0405

19. Técléssou J N, Mouhari Touré A, Akako S et al.

Facteur de risque et manifestations allergiques associées à la dermatite atopique à Lomé (Togo) : étude multicentrique portant sur 476 enfants de 0 à 15 ans.

Méd et Santé tropicale 2016 ; 26 :88-91.

20. Ostlere LS, Cowen T.

Neuropeptides in the skin of patient with AD
Clin Exp Dermatol 1995 ; 20 : 462-467.

21. Bigliardi PL.

Prurit : causes, diagnostic et traitement
Rev Med Suisse 2006(2) 312-31

22. Weigelt N.

Prurigo nodularis: Systematic analysis of 58 histological criteria in patients.
J. Cutan Pathol 2010, 37(5) 578-86

23. Lenga A.

The Prurigo Strophulus in Brazzaville: Demonstration of Vectors and Study
of Some Associated Bioecological Parameters
Pakistan J. Zool., 2013 ;45(1), 121-128.

24. Ngwane S, Meledie A, Mvele D et al.

Prurigo strophulus simplex banalisé.
Ann Dermatol Venereol 2007 ;134 :104.

25. Diepgen TL, Fartasch M.

Recent epidemiological and genetic studies in atopic dermatitis
Acta Dermatol Venereol Suppl 1992; 176: 13-8

26. Diepgen TL, Blettner G

Analysis of familial aggregation of atopic eczema and other atopic diseases
by odd ration regression models
J. Invest Dermatol 1996; 106: 977-81

27. Avenel-Audran M.

Dermatite atopique. Quoi de neuf en 2012 ? Dans : Vigan M. Progrès en Dermato-allergologie - GERDA. 2012.

28. Parromat M, Maridet C, Boralevi F.

Le prurigo atopique à propos de trois observations
Rev. Fr. Allergol 2017.

29. Sangara A, Kacou D E, Yobou P et al.

Aspect épidémiologiques et sérologie rétrovirale des 213 cas de prurigos au service de dermatologie du CHU de Treichville (Abidjan)
Méd Afr Noir 2011 48(6) 248-252

30. Viraben R.

Prurigo strophulus: cutaneous manifestation of hypersensitivity to environmental arthropode
Ann. Dermatol. Venerol. 1996 ; 123(11): 751-6.

31. Avenel. Audran M.

Prurigo de l'enfant. In : Progrès en dermato allergologie
Toulouse, Paris : John Libbey Eurotext ; 2006. P27-35.

32. Gaté J.

A propos de dermatite atopique (eczéma infantile et prurigo de Besnier)
Dermatol 1957 ;115 :223-231.

33. Ghadi A, Dutau G, Rancé F.

Étude des sensibilisations chez l'enfant atopique à Marrakech. Étude prospective chez 160 enfants entre 2002 et 2005
Rev Fr Allergol Immunol Clin 2007; 47 (6); 409-415

34. Gueddari H, Douaqui M, Ouedraogo M et al.

Etude de la sensibilisation aux 3acariens Dermatophagoide pteronyssinus, Dermatophagoide farinae, Blonia tropicalis
Rev. Fr. Allergol. 2014 ; 54 (3) 107-112

35. Bessot J.C, Pauli G.

Les acariens domestiques et leurs allergènes. Biologie et écologie des acariens.
Rev. Mal. Respir 2011 ; 28, 227-239

36. Shah D, Hales J, Cooper D et al.

Rôle important des acariens dans la dermatite atopique de l'adulte
J. Allergy. Clin. Innumol. 2002 ;106(6), 1012-8

37. Guilleminault L, Viala-Gastan C.

Blomia Tropicalis : Un acarien sous les tropiques
Rev. Mal. Respir. 2017 ; 34 (8) ; 791-801

38. Mbatchou NH, Agodokpède G, Mapoure N Y et al.

Prévalence de la sensibilité aux pneumallergènes chez les patients atopiques
. Etude préliminaire à Douala, Cameroun
Rev. Méd. Ph. 2013, 3(2) ;354-358.

39. Gagara Issoufou M A, Assoa M M, Adambounou A S et al.

Profil de sensibilité aux pneumallergènes des patients asthmatique à Niamey
J. Fr. Viet. Pneu. 2016, 21(7) ;1-52.

40. Rahérison C, Villanueva P, Labarthe F.

Asthme et sensibilité à Alternaria données épidémiologique
Rev. Fr. Allergol. 1998 ;38 (4) ; 357-360.

41. Tobola. Y, Oattara K, Soumaré D et al.

Sensibilité cutanée à *Alternaria* versus contrôle de l'asthme
Rev. Fr. Allergol. 2017 ; 57(3) ; p270.

42. Amon-Tanoh-Dik F, Cardenat M, Ouattara S et al.

Etude de la sensibilité à la moisissure *Alternaria* chez les patients asthmatiques du Maghreb et d'Afrique consultant pour des symptômes de rhinite, de conjonctivite et ou d'asthme.
Rev. Fr. Allergol. 2018 ;58(3) ; 212-214.

43. Maiouak S, Benjeloon H, Zaghba N et al.

Asthme et sensibilisation cutanée à *Alternaria alternata*
Rev. Mal. Respir. 2015 ; 32(S) ; A59-A60.

44. Dictionnaire française Larousse

45. Dib S, Grimfeld A, Sahraoui F et al.

Prévalence de l'allergie aux latex chez les nourrissons et les jeunes enfants asthmatiques
Rev. Fr. Allergol. Immunol 2001 ; 41(4) ;382-388.

46. Mavale-Manuel S, Paty E, Scheinmann P et al

Allergie au latex chez l'enfant
Arch. Pédiatr 2003 ; 10(8) ; 700-706.

47. Selmane Y.

La gale : Aspects épidémiologiques, cliniques, et prise en charge thérapeutique en dermatologie dans la région de Dakar
Th. Méd. UCAD. 2014 ; N°214.

48. Monsel G, Ly F, Canesti A et al.

Prévalence des manifestations dermatologiques chez les malades infectées par le VIH au Sénégal et association avec le degré de l'immunodépression.
Ann. Dermatol. Vénéro. 2008 (3) 187-193.

49. Pitche P, Bakondé B, Tidjani O et al.

Prurigo au cours du sida en milieu hospitalier à Lomé
Méd. Afr. Noire 1997, 44(1) ; 10-12.

50. Degenonvo L. F, Diop S. A, Védogbeton A et al.

Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire anonyme au Sénégal
Santé Publique 2011, 23(4) ; 297-304.

51. Zannous D M, Kindé Gazard D, Vigan J et al.

Profil clinique et immunologique des patients infectés par le VIH dépisté à Cotonou Bénin
Méd. Mal. Infect. 2004 ; 34(5), 225-228.

52. Mabilia I, M

Manifestations cutanées au cours de l'infection à VIH
Th. Méd Ucad 2006 ; N°3.

53. Konaré H D, Cissé I A, Oumar AA. et al.

Prévalence des dermatoses chez les enfants infectés par le VIH en milieu tropical. Mali
Rev.Tunis. Infect. Juillet 2013, 7(3) ; 111-115.

54. Atadokpède F, Yedomon H, Adegbidi H et al

Manifestations cutanéomuqueuses des personnes vivantes avec le virus de l'immunodéficience humaine à Cotonou, Bénin
Méd. Trop. 2008, 68 ;273-276.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères D'Hanifin et Rajka

Critères diagnostiques majeurs

Prurit

Topographie et aspect typique des lésions :

Lichénification des plis chez l'enfant ou à disposition linéaire chez les adultes

Visage et face d'extension des membres chez les enfants et les nourrissons

Eruption récidivante et/ou chronique.

Antécédents personnels et/ou familiaux d'atopie (asthme, rhinite allergique, dermatite atopique)

Critères diagnostiques mineurs

Xérose

Ichtyose et/ou hyper linéarité palmaire et/ou kératose pilaire

Réaction cutanée de type I

Elévation du taux sérique d'IgE

Age de début précoce

Tendance aux infections cutanées

Dermite des mains et des pieds

Eczéma du mamelon

Chéilite

Conjonctivite récidivante

Double pli sous-palpébral (signe de Dennie-Morgan)

Kératocône

Cataracte antérieure sous-capsulaire

Pigmentation périorbitaire

Annexe 2 : Critères diagnostiques de « United Kingdom Working Party »

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse associé à 3 ou plus des critères suivants :

1. Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et / ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.
2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans).
3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année.
4. Eczéma des grands plis ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans.
5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement).

FICHE D'ENQUETE

THEME : PRURIGO DU SUJET ATOPIQUE

Date

Iconographie n°

I. ETAT CIVIL

Prénoms :

Nom :

Age :

Sexe :

Masculin

féminin

Profession :

Ethnie :

Adresse :

Téléphone :

Provenance :

Situation matrimoniale :

Marie Célibataire Divorce Veuf (ve)

ANTECEDANTS

Médicaux :

Traitement en cours :

Antécédents chirurgicaux :

Terrains d'atopie :

*Atopie personnelle :

✓ Critères majeurs : (3 au moins)

-Prurit

-Aspect et localisation : adultes : lichénifications des plis

Enfant : atteinte visage et des faces d'extension

-Chronicité

-Antécédents personnels :

Asthme Rhinite allergique Eczéma atopique

Antécédents personnels et/ou familiaux d'atopie (asthme, rhinite allergique, dermatite atopique)

✓ Critères mineurs : (3 au moins)

Xérose Ichtyose hyper linéarité des paumes
kératose pileaire

Début précoce Tendance aux infections cutanées Chéilite

Conjonctivite récidivante Pli sous-orbitaire de Dennie-Morgan

Évolution influencée par des facteurs environnementaux et émotionnels

Pigmentation peri orbitaire

Critères de l'atopie chez l'enfant :

-Dermatose prurigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte

-Dermatite des plis de flexion et/ou des joues chez les enfants < 10 ans

-Asthme ou de rhinite allergique

-Xérose cutanée diffuse au cours de l'année précédente

-Eczéma des plis, des joues, du front ou la convexité des membres chez l'enfant < 4 ans

-début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans

-Equivalent d'atopie de l'adulte :

-Prurit - Rhinite permanente ou saisonnière -Toux nocturne

- LCET - Allergie alimentaire - Allergie médicamenteuse

-Eczéma dans l'enfance

*Atopie familiale :

-père précisé.....

-mère précisé.....

-fratrie : préciser.....

-descendance précisé

-Parent de 2ème degré précisé

Terrain : Diabète HTA

Phytothérapie : Orale Locale Nature Quantit

HABITUDES ET MODE DE VIE

Tabac :

Habitation :

CLINIQUE

Durée d'évolution :

Signes fonctionnels :

Douleur

Prurit

Signes physiques :

Papule

Croûte

Vésicule

Bulle

Pustule

Nodule

Cicatrice

Excoriation

Lésions érythémato squameuses suintantes

Siège des lésions : Diffuse localisée

Membres inférieurs Membres supérieurs

Tronc

Visage

Dermatose associée :

Intertrigo Herpes Candidose buccale
Dermite séborrhéique Zona Lichen
Impétigo Autre (précisé)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Test allergologique : patch test :

Prick test : Alimentaire Respiratoire

Sérologie HIV

Glycémie à jeun

Selles KOAP

NFS

δ G T PAL Bilirubine

Transaminases

TRAITEMENT :

*préventif

Education thérapeutique Mesures hygiéno-diététiques

Eviction

.....

*curatif

Dermocorticoides Emollients Antiprurigineux Antibiotiques
autres.....

VI-Evolution :

-Favorable (les signes qui sont parties)

.....

-Défavorable (les signes qui persistent)

-Perdue de vue

Surveillance à M1.....

M2.....

M3.....

Complications.....