

## FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS DERMATOLOGIQUES DANS LES ACTIVITÉS DU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE DE L'HÔPITAL NATIONAL DU POINT G A BAMAKO.

### Frequency of skin consultations in the activities of internal medicine service at national hospital of point g in bamako.

Kodio B<sup>1</sup>, Cissé I Ah<sup>1</sup>, Konaré Hd<sup>2</sup>, Dembélé M<sup>1</sup>, Rhaly A<sup>3</sup>.

1. Service de Médecine Interne, CHU du Point G; 2. Service de dermatologie CHU du Gabriel Touré ; 3. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie.

**Auteur correspondant :** Dr KODIO Boureima, Service de Rhumatologie, CHU du Point G, BP : 333, Bamako Mali. Téléphone : +223 75 79 10 55 Email : boureimakodio@gmail.com

#### RÉSUMÉ

**But:** Étudier les aspects épidémioclinique, paraclinique et thérapeutique des affections cutanées recensées dans le service de Médecine Interne. **Patients et méthode:** il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers colligés du 1<sup>er</sup> Janvier 1997 au 30 Septembre 2000. Ont été retenus les dossiers des patients ayant consulté et/ou hospitalisé pour un motif dermatologique. **Résultats :** La moyenne d'âge était de 36,42±16,52 ans. Le sexe féminin prédominait avec 55,06% pour un ratio de 0,81. La consultation dermatologique représentait 30,41% des activités du service de Médecine Interne. Les dermatoses prurigineuses ont prédominé (60,12%) parmi celles de cause infectieuse (45,46%), les dermatoses réactionnelles inflammatoires (26,49%); les dermatoses tumorales (10,39%); les dermatoses auto-immunes (6,56%) et les vascularites (1,19%). Le prurigo, le zona et la maladie de Kaposi avec des fréquences respectives de 22,41%; 16,38% et 12,93% étaient le plus souvent associés au VIH/SIDA. La thérapeutique a consisté à la prescription d'antiseptique, de dermocorticoïdes, de préparation magistrale, d'antibiotique et d'antimycosique per os. **Conclusion:** Les affections dermatologiques sont souvent fréquentes en Médecine Interne, de causes surtout infectieuse et réactionnelle. La maladie de Kaposi en raison de son association avec le VIH, est la fréquente tumeur cutanée recensée. Les médicaments usuels demeurent efficaces. **Mots clés :** Consultation, Dermatologie, Médecine Interne.

#### SUMMARY

**Aim:** To investigate epidemiologic clinical, paraclinical and therapeutic appearances of skin diseases identified in the Internal Medicine Department. **Patients and methods:** This was a retrospective descriptive study on records collected from January 1<sup>st</sup>, 1997 to September 30<sup>th</sup>, 2000. Have been selected records of patients who consulted and / or hospitalized for a dermatological reason. **Results:** The average age was 36.42 ± 16.52 years. Female sex predominated with 55.06% for a ratio of 0.81. Dermatological consultation represented 30.41% of the activities of Internal Medicine. The pruritic dermatoses predominated (60.12%) among those infectious etiologies (45.46%), inflammatory dermatoses reaction (26.49%), dermatitis tumor (10.39%), autoimmune dermatoses (6.56%) and vasculitis (1.19%). Prurigo, herpes zoster and Kaposi's sarcoma with frequencies of 22.41%, 16.38% and 12.93% were most often associated with HIV / AIDS. The therapy consisted of prescription antiseptic, topical corticosteroids of compounding, antibiotic and antifungal orally. **Conclusion:** Skin conditions are often common in internal medicine, infectious causes and especially reaction. Kaposi's sarcoma because of its association with HIV is common skin tumor identified. The usual drugs remain effective. **Keywords:** Consultation, Dermatology, Internal Medicine.

#### INTRODUCTION

Les premières descriptions des affections dermatologiques remontent aux papyrus égyptiens [1]. Les maladies cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans les pays tropicaux où elles représentent 30 % des consultations en milieu rural [2].

Cet essor des affections dermatologiques a été renforcé par la pandémie du SIDA, la précarité socio-économique et les facteurs environnementaux [3,4]. Pourtant la moitié de ces pays n'ont pas de dermatologistes en nombre suffisant ; cela occasionne une faible couverture en soins de la peau surtout chez les enfants qui ont toujours des particularités dans toutes les spécialités médicales [5].

Au Mali, on effectue à l'Institut Marchoux (actuel CNAM) seul service de référence dermatologique plus de 10 850 consultations

par an [6]. Elles sont dominées par les infections bactériennes et parasitaires, les maladies systémiques et les conséquences de la dermocosmétologie cortisonique.

Les données sont très parcellaires au Mali, Il n'y a jamais pas eu d'études connues concernant la dermatologie générale et dans un service hospitalier non spécialisé.

Le but de ce travail est de déterminer la fréquence des consultations dermatologiques au sein des activités d'un service de Médecine Interne au Mali.

#### PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une rétrospective descriptive menée du 1<sup>er</sup> Janvier 1997 au 30 septembre 2000 dans le service de Médecine Interne.

Nous avons colligé les dossiers des malades ayant consulté, ou été hospitalisés pour un motif dermatologique. Ont été retenus dans

cette étude, tout patient ayant un dossier médical comportant les données démographiques, cliniques, paracliniques. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par SPSS 12.0. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été observés.

## RÉSULTATS

Nous avons colligés 1440 dossiers individuels de consultation. La limite a été principalement le biais du recrutement hospitalier. La consultation dermatologique représentait 30,41 % des activités du service de Médecine Interne.

L'âge des patients variait de 0 à 82 ans avec une moyenne de  $36,42 \pm 16,52$  ans. La classe modale était [26 - 55 [soit 57,99 % des patients. On notait une prédominance féminine avec 55,06 % avec un ratio de 0,81.

Le prurit était le plus fréquent symptôme soit 60,12% avec une prédominance des lésions papuleuses. L'anémie non typée a été rapportée dans 65,85 % des cas. L'examen anatomopathologique cutané retrouvât 4 cas d'érythème noueux, 2 cas d'épidermodysplasie verruciforme HHV5 et HHV8, 2 cas de bilharziose cutanée, 2 cas de granulome tuberculoïde et 1 cas de dermatofibrosarcome de DARIER FERRAND. Les prélèvements vaginaux avaient permis d'isoler le *Candida albicans* (48,38%), le *Gardnerella vaginalis* (25,81%) et le *Trichomonas vaginalis* dans 22,58% des cas.

Les dermatoses d'étiologie infectieuse ont prédominé avec 45,46 %. Les types de dermatoses recensées ont récapitulé dans le **tableau I**; les dermatoses tumorales dans le **tableau II** et les manifestations cutanées recensées au cours du VIH ont été résumé dans le **tableau III**. La maladie de Kaposi (18,40% des dermatoses tumorales) représente 12,93% des manifestations cutanéomuqueuses au cours du VIH.

Selon les symptômes et les lésions, les prescriptions ont été essentiellement des anti-H1 (89,12%); du KMNO4 (78,38%) ; la vitamine A acide topique (48,72%); les dermocorticoïdes (44,12%); les anti-dermatophytiques (23,18%) et les préparations magistrales à base d'urée, d'acide salicylique et vaseline.

## DISCUSSION

Le caractère rétrospectif, le recueil non exhaustif des données du fait des informations manquantes dans certains dossiers cliniques et l'insuffisance des supports étaient les limites de cette étude. Malgré ces limites, elle a permis d'étudier les aspects épidémioclinique, paraclinique et thérapeutique des affections cutanées dans le service de Médecine Interne. Les affections cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans les pays tropicaux où elles représentent 30% des

consultations en milieu rural [2]. La consultation dermatologique représentait 30,41% des activités du service de Médecine Interne. Cette prévalence est supérieure à celle (10%) d'une étude menée par Mahé et coll. [7] au sein des centres de santé non spécialisés.

Une fois sur deux (57,99%) les patients étaient jeunes avec un âge moyen de  $36,42 \pm 16,52$  ans avec une classe modale de [26-55], les extrêmes sont 0 et 82 ans. TRAORE D [8] avait rapporté un âge moyen  $36,5 \pm 8,8$  ans. Nous avons noté une prédominance féminine 55,06% avec un ratio de 0,81.

Cette légère prédominance féminine a été observée par Tchangaï-Walla au Togo [5] avec 53,7%. Les femmes au foyer étaient prédominantes avec 27,99%.

Le maître symptôme était le prurit 60,12% conforme aux études antérieures [9]. L'anémie probablement inflammatoire était fréquente 65,85%. Traoré D [8] a rapporté 67% de cas d'anémie inflammatoire. Les dermatoses infectieuses constituaient la première cause de consultation dans notre étude avec 45,46 % dominées par les mycoses avec 62,73%, bactériennes et mycobactériennes 22,57%. Les dermites réactionnelles avec 26,49%, constituaient la deuxième cause, dominées par le prurigo : 33,33% et l'eczéma atopique : 18,01%. Ces constats ont été évoqués antérieurement par A Mahé et coll [10]. Sékkat et coll. [11], ont aussi constaté que les dermatoses infectieuses étaient la première cause de consultation à Rabat avec 63,5% contre 19,05% de dermites allergiques. Au Burkina Faso, Traoré et coll. [12] ont aussi rapporté cette prédominance des dermatoses infectieuses avec 39,40% des cas, puis les dermites allergiques : le prurigo 49,20% et l'eczéma atopique 33,40%. Par contre au Togo [5], les dermatoses allergiques : 36,40% semblent plus fréquentes que les dermatoses infectieuses 34,10%. La prévalence des infections cutanées dans notre série s'expliquerait par le climat tropical plus aride du Mali favorisant la survenue de ces dernières [2]. Les dermatoses inflammatoires représentaient 05,37%, dominées par le lichen 44,45%, la Kératodermie palmoplantaire 20% et le psoriasis 04,44%. Ce constat diffère de celui fait en Algérie [13] 66,10% de troubles de différenciation épidermique dominé par le psoriasis. Les dermatoses tumorales représentaient 10,39%, en Algérie [13] 2%, 1,47% au Bénin et 3,96% au Sénégal [14].

Les manifestations cutanéomuqueuses observées au cours de l'infection à VIH et du SIDA sont riches et diversifiées. Le prurigo, le zona et la maladie de Kaposi respectivement 22,41 % ; 16,38% et 12,93 % étaient liés à une sérologie rétrovirale positive. Dans notre série 26/48 des patients qui avaient un prurigo sont séropositif au VIH soit 35,14%. Cette fréquence avoisine celle d'autres pays

tropicaux : 60% en Guadeloupe, 49% en Haïti, 48% au Bénin, 47% en RDC (ex-Zaïre) et 33,33% au Togo [15]; et Traoré D seulement 8% [8]. Aux USA et en Europe, il est essentiellement rapporté chez les immigrants [15]. Le zona a prévalu chez les patients séropositifs au VIH 16,38%. Yedemon H.G. et collà Cotonou ont observé 20% [16]; Colebunders [17] à Kinshasa 11% de 284 patients hospitalisés pour SIDA. La maladie de Kaposi en Afrique noire, est en nette recrudescence avec l'expansion de l'infection à VIH [14]. Elle représente 12,93% des manifestations cutanéomuqueuses au cours du VIH. Sa prévalence est en nette diminution 30% en 1982 et 5% en 1987 [16]. Elle est respectivement de 0,55% en Palestine, 7% au Maroc [18], 10% au Congo démocratique, 5% au Cameroun, 2,5% à Bangui [19], 1,7% au Mali [20].

L'attitude logique concernant l'élaboration d'une classification thérapeutique consistait à regrouper les médicaments selon leurs propriétés pharmacologiques et/ou leurs indications. La préparation magistrale associant vaseline, urée et acide salicylique dont les concentrations sont variables mais adaptées à l'objectif thérapeutique (hydratation, kératolyse, anti-inflammatoire) a été la plus prescrite.

## CONCLUSION

Les lésions dermatologiques sont fréquentes chez les consultés dans le service de Médecine Interne. Les dermatoses sont prurigineuses infectieuses et affectent plus les femmes. Les dermatites réactionnelles sont dominées par le prurigo atopique. La maladie de Kaposi est souvent associée au VIH. Les topiques constituent l'essentiel du traitement.

*Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt*

## REFERENCES :

- 1-Heroin P. Dermatoses et infections cutanées en milieu tropical. *Far* 1990;35:3.
- 2-Pierard G.E, Caumes E, Francimont C. Dermatologie tropicale. Bruxelles, Éditions de l'université de Bruxelles 1993; 605p.
- 3-Aubry P. Le sida tropical. In épidémiologie des maladies parasitaires. Tome 3. Opportunistes. Éditions médicales nationales 2003;1 : 78-89
- 4-Basset A, Basset M, Liautaud B. Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire. Paris, Éditions Pradel 1988; 1:11-17.
- 5-Tchangai-Walla K, Pitché P, Agbéré A. Les motifs de consultations des enfants en dermatologie à Lomé (Togo). *Med Afr Noire*, 1995; 42:391-2

6-Traoré B. Bilan de huit (8) années d'hospitalisation dermatologique à l'institut Marchoux de 1990 à 1997. Thèse de médecine, Bamako 2000; 70 : 46

7-Mahé A, Faye O, Fanello S. Dermatologie et santé publique dans les pays en voie de développement. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; 96 (5) : 351-56

8-Traoré D. Valeur pronostic des affections cutanéomuqueuses au cours du VIH-SIDA dans les services de Médecine Interne et d'Hémo-oncologie de l'Hôpital National du Point G. Thèse de Médecine Bamako 2000; 70 : 46

9-Saurat J H. Dermatologie vénéréologie. Masson, 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée; Paris, 1991, 911 pages.

10-Mahé A, Cissé I Ah, Faye O. Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol* 1998; 37:673-676.

11-Sékkat A, Sedrati O, Derdabi D. Les dermatoses de l'enfant dans le service de dermatologie de H.M.I.Mohamed V (CHU-Rabat). *Nouv Dermatol* 1992; 3:8.

12-Traoré A, Kouéta F, Sanou I, et al. Les dermatoses courantes de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical. *Med Afr. Noire* 1997; 45: 38- 46.

13-Boudghene S O, Belbachir A. Importance des dermatoses infectieuses en Algérie. *Médecine du Maghreb* 2005;126 :15-20

14-Pitche P, Tchamdja S, Napo-Koura G. Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé. *Med Afr Noire* 1997; 44:15-17

15-Pitche P, Bakonde B, Tidjani O. Le prurigo au cours du sida en milieu hospitalier à Lomé. *Med Afr. Noire* 1997; 44:10-12

16-Yedemon H.G, Doango-Padonou F, Adjibi A. Les manifestations cutanéomuqueuses au cours de l'immunodéficience Humaine (VIH), à propos de 25 cas observés dans le service de dermato-vénéréologie du C.N.C.H.U. de Cotonou. *Med Afr Noire* 1997; 38:807-14

17-Colebunders R, Mann J.M, Francis H. Herpes zoster and HIV infection in Africa. *J Infect Dis* 1988; 157: 314-18.

18-Mzabi Regaya S, Regaya M.A, Krattch A. Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques et histo-génétiques du sarcome de Kaposi. *Tunisie Med* 1993 ; 71 :151-8.

19-Bandas Y, Koffi B, Bobossi S.G. Maladie de Kaposi à Bangui : Aspect épidémiologique, anatomo-clinique et étiopathogénique, relation avec HHV8. *Bull Soc PathExot*, 2002; 49: 455-9.

20-Cissé H, Dao S, Oumar A.A. La Maladie de Kaposi au cours du VIH/Sida en milieu hospitalier de Bamako. *Mali Médical*, 2007; 22 (1) : 29-32

**Tableau I :** Récapitulatif des types de dermatoses recensées.

Type de Dermatoses		N	%	
Dermatoses infectieuses (381)	45,46%	Mycosique	239	62,73
		Bactérienne/mycobactérienne	86	22,57
		Virale	38	09,97
		Parasitaire	18	04,73
Dermites réactionnelles (222)	26,49%	Prurigo	74	33,33
		Eczéma atopique	40	18,01
		Urticaire et oedème de Quinck	38	17,12
		Prurit aquagenique	17	07,66
		Érythrodermies	16	07,21
Dermites inflammatoires (45)	05,37%	Lichen plan	20	44,45
		Kératodermie palmoplantaire	09	20,00
		Xérodermie	08	17,78
		Pityriasis R osé de Gibert	05	11,11
		Psoriasis	02	04,44
		Pityriasis Rubra Pilaire	01	02,22
Dermatoses auto-immunes (55)	06,56%	Vitiligo	14	25,45
		Eczématides	11	20,00
		Lupus	10	18,18
		Pemphigus, Pemphigoïde bulleuse, Herpes gestationis	05	09,09
		Syndrome de Sharp	04	07,28
		Dermatose cendrée de Ramirez	04	07,28
		Sclérodermie	04	07,28
		Dermatomyosite	02	03,63
Dermatoses tumorales (87)	10,39%	Voir tableau II		
Vascularites (10)	01,19%	Gangrène	03	30
		Vascularite non spécifique	03	30
		Vascularite purpurique	02	20
		Livedo	01	10
		Purpura rhumatoïde	01	10
Dermatoses non typées (38)	04,54%	Miliaire sudorale(14), Érythème noueux(9), Granulomatose cutanée (5), Diapneumie de pointe linguale (1), Dysplasie ectodermique (1), Glossite exfoliante marginée (1), Intolérance au gluten (1), Ochronose (1), Pseudo darier (1), Sinus pilonidal (1), ulcère tibial antérieur bilatéral (1), Pannicule (1)		

**Tableau II:** Répartition selon les dermatoses tumorales

Dermatoses tumorales		N	%
Tumeurs bénignes	Chéloïde	07	08,05
	Lipome	06	06,90
	Neurofibromatose de Von Recklinghausen	05	05,75
	Molluscum pendulum	04	04,59
	Hidradénome	03	03,45
	Histiocytofibrome	03	03,45
	Sebocystomatose	03	03,45
	Xanthome	03	03,45
	Angiome	02	02,29
	Botriomycome de la langue	02	02,29
	Verrue séborrhéique	02	02,29
	Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand	01	01,15
	Kyste sébacée	01	01,15
Tumeurs Malignes	Néoplasie mammaire	04	04,59
	Carcinome spinocellulaire	02	02,29
	Mélanome thyroïdien	02	02,29
	Acrokératose de Bazex	01	01,15
Naevi		12	13,80
Autres Tumeurs	Maladie de Kaposi	16	18,40
	Angiomatose bacillaire	05	05,75
	Épidermodysplasieverruciforme	03	03,45
Total		87	100

**Tableau III :** Répartition selon les dermatoses rencontrées au cours du VIH

Type de dermatoses		N	%
Dermatoses infectieuses	Zona	19	16,38
	Candidose buccale	11	09,48
	Dermatophytoses	11	09,48
	Herpes Cutanéomuqueux	04	03,45
	Cryptococose cutanée	03	02,59
	Dermite Séborrhéique	03	02,59
	Molluscum Contagiosum	02	01,73
	Acné	01	00,86
	Balanite	01	00,86
	Folliculite diffuse	01	00,86
Dermites réactionnelles	Prurigo	26	22,41
	Érythème pigmenté fixe	01	00,86
	Eczématides	01	00,86
	Syndrome de Steven Johnson	01	00,86
Dermatoses inflammatoires	Xérose	04	03,45
	Dystrophie capillaire	02	01,73
	Leucoplasie linguale	01	00,86
	Necrodermitelichenifiécircinée	01	00,86
Dermatoses auto-immunes	Dermatose Cendrée de Ramirez	01	00,86
Dermatoses tumorales	Maladie de Kaposi	15	12,93
	Angiomatose bacillaire	04	03,45
	Lymphome cutané	02	01,73
	Tumeur épithéliale bénigne	01	00,86
TOTAL		116	100

N = Nombre

% = Pourcentage