

## PROFIL DES DERMATOSES CHEZ LES DIABÉTIQUES EN CONSULTATION DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE AU CHU GABRIEL TOURE

### *Profile Of Dermatoses In Diabetics' Consultation In The Dermatology Department At CHU Gabriel TOURE*

**Konaté I<sup>1</sup>, Karabinta Y<sup>1, 2</sup>, Ouembe ADL<sup>3</sup>, Konaré HD<sup>1, 3</sup>, Sidibé AT<sup>1, 4</sup>**

1. Faculté de médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Mali ; 2. Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), Bamako, Mali ; 3. Service de Dermatologie-Vénérologie du CHU Gabriel TOURE ; 4. Service de Médecine interne de l'Hôpital du Mali.

**Auteur correspondant :** Dr KONATE Issa, Maitre-Assistant, FMOS/USTTB, BP : 251, Bamako/Mali, Tél (+223) 76 10 11 20, Email : [izos\\_k@yahoo.fr](mailto:izos_k@yahoo.fr)

Le diabète est défini comme un état d'hyperglycémie chronique, avec une glycémie veineuse à jeun  $\geq$  à 1,26 g/l (7 mmol/l) à deux reprises ou une glycémie veineuse  $\geq$  à 2 g/l (11mmol/l) à n'importe quel moment de la journée [1].

Au cours du diabète, les modifications dermiques ont été plus étudiées que celles de l'épiderme [1]. Le collagène des diabétiques subit une glycosylation non enzymatique qui le rend moins soluble et plus résistant aux collagénoses. Cette diminution de la dégradation du collagène et des autres macromolécules du tissu conjonctif s'explique en partie par l'épaississement du derme, plus rigide. Les fibres élastiques à l'opposé sont raréfiées, anormales en ultrastructure, riches en composants microfibrillaires. Ces anomalies associées à la perte des fibres d'ancrage de la jonction dermo-épidermique expliquent la diminution de la résistance de la peau du diabétique aux agressions physiques et l'abaissement de la pression nécessaire à la formation des bulles par aspiration [1]. Parmi les dermatoses rencontrées chez les diabétiques, il y a d'une part celles qui sont quasi spécifiques au diabète, mais qui ne sont pas contrôlées par la régulation de la glycémie et d'autres parts ce qui ne sont nullement spécifiques, mais sont favorablement influencées par la normalisation du métabolisme glucidique et qui sont chez 20% des diabétiques à l'origine de la découverte du diabète sucré tel qu'une candidose génitale. Il y a enfin celles qui apparaissent en même temps évoluant parallèlement au diabète, imputables à la même cause endocrinienne (acanthosis nigricans hyperinsulinique par exemple) ou au terrain génétique (progéria de l'adulte).

L'objectif était de déterminer la fréquence des dermatoses non infectieuses et infectieuses rencontrées chez les diabétiques dans le service de Dermatologie au CHU de Gabriel TOURE.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de tous les cas de dermatoses diagnostiquées chez les diabétiques en consultation dans le service de dermatologie durant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013, soit 12 mois. Le consentement verbal a été demandé et obtenu de tous les patients avant l'inclusion. Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels SPSS version 12.0 for Windows et world.

Durant la période d'étude, nous avons colligé 72 cas de dermatoses sur terrain diabétique sur un total de 918 patients consultés dans le service de dermatologie du CHU Gabriel TOURE soit 12,75%. Le sexe féminin a représenté 63,9 % contre 36,1% pour sexe masculin. La moyenne d'âge a été de 50,5 ans avec des extrêmes de 15 et 81 ans. La tranche d'âge de 36-55 ans a représenté 47,2%, la tranche d'âge de 56-75 ans 33,3%, la tranche d'âge de 16-35 ans 16,7% et celle de 61-80 ans 2,8%. Les lésions élémentaires observées étaient: des squames (33,3%), les vésicules (14,2%), des kératoses (11,1%), les ulcérations (8,5%), des croûtes (8,3%), les lichenifications (7,2%), les pustules (8,5%), les bulles (6%), les papules (4,13). Les dermatoses infectieuses représentaient 73,5% des cas dont 37,5 % d'origine fongique, 25% d'origine bactérienne, 5,5% d'origine parasitaire et virale. Les dermatoses inflammatoires ont représenté 26,5% des cas dont l'Eczéma (21,1%), Bullose des diabétiques (16,25%), Lichen (12,4%), Xérose (12%), Acropulpite (9%).

Nous avons obtenu une prévalence hospitalière de 12,75% des dermatoses sur terrain diabétique. Ce résultat est inférieur à celui de Willcox et al. qui ont rapporté une prévalence des dermatoses chez les diabétiques dans 36% [2]. Dans notre étude le sexe ratio a été de 0,56. Ce résultat était comparable à celui de Khorchani et al. qui ont rapporté un sexe ratio de 0,82 [3].

Cliniquement, les dermatoses infectieuses ont représenté 73,5% dans notre étude (Tableau I). Cela s'explique par l'immunodépression induite par le diabète. Ce résultat est légèrement supérieur à celui rapporté par Feleke et al. en 2007 soit 62,8% [4]. Les dermatoses inflammatoires ont représenté 26,5% des cas. Cela peut s'expliquer par le fait que les diabétiques ont une peau sèche (xérose cutanée). Ce chiffre est supérieur à celui de Gad et al. qui ont apporté 12,4% des dermatoses inflammatoires [5]. Il est inférieur à celui de Khorchani et al. qui ont apporté 55,3% des dermatoses inflammatoires [3].

#### **CONCLUSION**

Les dermatoses sont fréquentes et diversifiées chez les diabétiques. Celles d'origine infectieuses sont plus nombreuses. L'hyperglycémie permanente entraîne une immunodépression qui favorise la survenue des dermatoses infectieuses avec des complications redoutables. Un dépistage

précoce suivi d'une prise en charge rapide est nécessaire pour réduire la fréquence des dermatoses chez les diabétiques.

**REFERENCES**

1. **Guillausseau PJ.** Diabète sucré de type 1 et 2, deuxième partie : diabète de type 2. Rev.Prat ; 2003 ; 29 :1437-63.
2. **Willcox PA, Rayner BL, Whitelaw DA.** Community acquired *Staphylococcus aureus* bacteraemia. QJM. 1998; 91 (1):41-7.
3. **Khorchani P, Haouet H, Amri M, Zanned I, Babba H, Azaiz R.** Epidémiologique and clinical profile of superficial mycoses in the Monastir region (Tunisia). Retrospective study (1991-1994) of 3578 cases. Arch Inst Pasteur Tunis. 1996;73(3-4):179-84
4. **Feleke Y, Mengistu Y, Enguselassie F.** Diabetic infections clinical and bactériological study at tikur anbessa specialized university hospital Addis Ababa (ETHIOPIA). Ethiop Med J. 2007; 45(2):171-9.
5. **Gad ZM, Youssef N, Sherif AA, Hasab AA, Mahfouz AA, Hassan MN.** An epidemiologic study of the fungal skin flora among the elderly in Alexandria. Epidemiol Infect. 1987; 99(1):213-9.

**Tableau I:** Répartition des patients selon les lésions élémentaires, le type de dermatose et le type de diabète.

Lésions élémentaires	Effectifs (N=72)	Pourcentage (%)
Squames	24	33,3
Vésicules	10	14,2
Kératoses	8	11,1
Croutes	6	8,5
Ulcérations,	6	8,5
Pustules	6	8,5
Lichenification	5	7,2
Bulles	4	5,9
Papules	3	4,1
Type de dermatose	Effectifs (N=72)	Pourcentage (%)
Dermatoses infectieuses	53	73,5
Dermatoses inflammatoires	19	26,5
Type de diabète	Effectifs (N=72)	Pourcentage (%)
Diabète type I	51	71,4
Diabète type II	21	28,6



**Figure 1 :** Lichen plan diffus du diabétique  
**Figure 2 :** dermo-hypodermite bactérienne chez un diabétique