

BILAN DES ADMISSIONS A L'HÔPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO.

Summary Of Admissions To The Bamako Dermatology Hospital.

Karabinta Y^{1,2}, Dicko AA^{1,2}, Kaboré M⁴, Guindo B¹, Kéita A¹, Gassama M^{1,2}, Karambé T³, Savané M¹, Munkedy Y¹, Faye O^{1,2}

1. Service de Dermatologie, Hôpital de Dermatologie de Bamako, Mali ; 2. Faculté de Médecine et Odonto-stomatologie, USTTB, Bamako, Mali ; 3. Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE, Bamako, Mali ; 4. Service de Maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire Point G, Bamako, Mali.

Auteur correspondant : Dr Kaboré Mikaila, Médecin, Service de Maladies infectieuses, CHU Point G, Bamako/Mali, Tél (+223) 50348407 / (+226) 70712015, BP 333 ; Email : mikailakab@gmail.com

RESUME

Objectif : Faire le bilan des différentes affections dermatologiques prises en charge au sein de l'hôpital sur une période de cinq années. **Patients et méthodes :** Etude rétrospective et descriptive menée de janvier 2015 à décembre 2019 à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako, basée sur les dossiers des patients reçus en consultation. **Résultats :** Durant la période, 6322 nouvelles consultations ont été enregistrées. La moyenne d'âge était de 42±12,5 ans avec des extrêmes de deux mois et 82 ans. Le sex-ratio était de 0,6. La majorité de nos patients (76,1%) était venue directement de la maison. Sur le plan socioprofessionnel, les patients étaient surtout des paysans (45%), des ménagères (23,9%) et des ouvriers (12%). Parmi les 6322 consultants, 27,1% ont été hospitalisés. Sur le plan diagnostique, les affections cutanées étaient dominées par les infections (56,1%), suivies des allergies (15,4%) ; les maladies de système (12,0%) ; les dermatoses génétiques (7,5%) et celles tumorales (5,2%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 46±18,7 jours chez les adultes et de 21±11,6 jours chez les enfants. **Conclusion :** Cette étude a permis de recenser les affections cutanées faisant objet de consultation en dermatologie qui sont dominées par les infections et les allergies. **Mots clés:** Consultation, Dermatose, Hôpital de Dermatologie, Bamako.

SUMMARY

Objective: It was to take stock of the dermatological conditions managed within the hospital over a period of five years. **Patients and methods:** Retrospective and descriptive study performed from January 2015 to December 2019 at the Bamako Dermatology Hospital, based on the records of patients received in consultation. **Results:** During the period, 6,322 new consultations were recorded. The mean age was 42 ± 12.5 years with extremes of two months and 82 years. The sex ratio was 0.6. The majority of our patients (76.1%) came directly from home. Socio-professionally, the patients were mainly peasants (45%), housewives (23.9%) and workers (12%). Among the 6,322 consultants, 27.1% were hospitalized. In terms of diagnosis, skin conditions were dominated by infections (56.1%), followed by allergies (15.4%); system diseases (12.0%); genetic dermatoses (7.5%) and tumor dermatoses (5.2%). The average length of hospital stay was 46 ± 18.7 days in adults and 21 ± 11.6 days in children. **Conclusion:** This study made it possible to identify the skin conditions subject to consultation in dermatology which are dominated by infections and allergies. **Keywords:** Consultation, Dermatoses, Dermatology Hospital, Bamako.

INTRODUCTION

Les affections cutanées constituent un problème de santé publique dans les pays en développement [1,2]. La prise en charge des affections cutanées s'effectue dans une vaste discipline médicale appelée la Dermatologie-Vénérologie. Près de 30% des consultations en médecine interne présentent une dermatose et/ou infection sexuellement transmissible (IST) [2]. De nos jours, d'énormes progrès ont été réalisés dans la connaissance des différentes pathologies et les nouvelles molécules pour leur prise en charge. La prise en charge d'une dermatose nécessite une approche globale de celle de l'état général du patient mais aussi celle de toute la collectivité dont il est issu. L'épidémiologie de ces affections varie selon les pays ainsi que les catégories de populations concernées [1,3-6]. Au Mali, plusieurs études ont déjà fait le point des dermatoses chez les enfants [4], les

personnes âgées en hospitalisation [5]. Dans un service de médecine interne à Bamako, la consultation dermatologique représentait 30,4% des activités du service [2]. Au regard de l'absence de données récentes faisant une cartographie de toutes les affections prises en charge au sein de l'Hôpital de Dermatologie Bamako, nous avons initié cette étude dont le but était de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de tous les cas de dermatoses reçues en consultation et ayant conduit à une hospitalisation au sein de l'hôpital sur cinq années.

PATIENTS ET METHODES

L'étude a été conduite au sein du service de dermatologie de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako. Situé au cœur du District de Bamako, il est le centre de référence nationale pour la prise en charge des affections cutanées au Mali. Ces principales fonctions sont la consult

journalière, la prise en charge des albinos, les petites chirurgies et les thérapies ciblées (Cryothérapie à Azote liquide et l'Electrocoagulation). Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de tous les cas de dermatoses diagnostiquées dans le service durant la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2019 soit cinq années. Parmi les dermatoses rencontrées, plusieurs d'entre elles ont fait l'objet d'une hospitalisation. Cette hospitalisation était motivée soit par la gravité du tableau clinique, soit pour un intérêt scientifique (dermatoses incluses dans les projets de recherche), soit pour permettre une profonde investigation diagnostique afin de mettre en route une thérapeutique adéquate. C'est sur la base de l'examen clinique, de l'apport des bilans biologiques et/ou histologiques que le diagnostic étiologique des affections cutanées a été retenu chez chaque patient. Les variables ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête. Il s'agissait de variables sociodémographiques (âge, sexe, profession), diagnostiques et thérapeutiques. Le traitement et l'analyse statistique des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Epi info 6.04. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne (\pm écart type) ou en médiane [+ intervalle interquartile IIQ] selon l'allure de la courbe de distribution des valeurs de ces variables. La moyenne a été calculée lorsque la courbe était symétrique et la médiane dans le cas contraire. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion ou pourcentage. L'analyse a été réalisée sur des données anonymisées, collectées à partir des dossiers cliniques des patients ayant fréquenté l'hôpital pour des soins. Aucune enquête supplémentaire n'a été effectuée. Par conséquent, aucun consentement préalable en connaissance de cause des patients n'était requis.

RESULTATS

En cinq années, le service de dermatologie a enregistré 6322 nouvelles consultations toutes pathologies confondues (soit une moyenne annuelle de 1264,4 consultations). Les hommes représentaient 37,9% (n= 2376) et les femmes 64,1% (n= 3946) avec un sex-ratio (H/F) de 0,6. La moyenne d'âge était de 42 ans \pm 12,5 ans avec des extrêmes de deux mois et 82 ans. Les enfants représentaient 22,6% de la population d'étude (n= 1429). La majorité de nos patients (76,1%) était venue directement de la maison, tandis que les autres (23,9% soit 1512 patients) étaient référés par des structures sanitaires périphériques. Les paysans (45%), les femmes aux foyers (23,9%) et les ouvriers (12%) étaient les groupes socioprofessionnels les plus fréquemment reçus en consultation. Parmi les 6322 consultants, 27,1% (n= 1713) ont été hospitalisés. Les hommes représentaient 64,2% des hospitalisés (n= 1100). La durée moyenne

d'hospitalisation était de 46 \pm 18,7 jours chez les adultes et de 21 \pm 11,6 jours chez les enfants.

Sur le plan diagnostique, les affections cutanées étaient dominées par les causes infectieuses (56,1%), suivies des causes allergiques (15,4%) et les maladies de système (12,0%). La toxidermie était retrouvée dans 3,7% des admissions (*Figure 1*).

Concernant les dermatoses infectieuses, les étiologies fongiques étaient les plus fréquentes (37,3%) suivies de celles bactériennes (28,0%) et virales (17,4%). Les dermatoses fongiques étaient dominées par les dermatophyties sur peau glabre (26,4%), les onychomycoses (17,6%) et les teignes (16,7%). L'impétigo (25,8%) ; la lèpre (22,9%), les folliculites de rasage (14,2%), l'érysipèle (11,4%) et la furonculose (11,4%) étaient les dermatoses bactériennes les plus fréquentes. Les causes virales étaient dominées par les condylomes (37,8%) et la varicelle (18,5%). La larva migrans cutanée (44,5%) et la leishmaniose cutanée (29,5%) représentaient les étiologies parasitaires les plus fréquentes (*Tableau I*).

En dehors des dermatoses infectieuses, les causes allergiques étaient les plus fréquentes et dominées par l'eczéma de contact (62,9%) et l'urticaire (21,9%). Les manifestations cutanées des maladies systémiques étaient représentées par le lichen plan (26,5%), le psoriasis vulgaire (24,7%) le pymphegus/pymphegoïde (20,0%) et le pytiriasis rubra pillaire (10,4%). Concernant les dermatoses d'origine génétique, on rencontrait par ordre de fréquence, la kératodermie palmoplantaire (39,7%), l'épidermolyse bulleuse héréditaire (39,7%) et l'albinisme (13,9%). Le botriomycome (23,6%), le lipome (20,9%) et l'angiome (18,2%) et le molluscum pendulum (17,1%) étaient les affections cutanées de nature tumorales les plus fréquentes. Les causes toxiques étaient dominées par le syndrome de Steven Johnson (36,2%), l'érythème pigmenté fixe (30,6%) et la pustulose exanthématique aigue généralisée (12,5%) (*Tableau II*).

Parmi les dermatoses ayant motivées l'hospitalisation, nous pouvons citer dans un ordre décroissant le pemphigus, l'ulcère chronique de jambe, la toxidermie grave (syndrome de Steven-Johnson et de Lyell), l'érysipèle compliqué de fasciite nécrosante, des cas d'érythrodermie d'étiologies multiples (psoriasis, mycosis fongoïde, pustulose exanthématique aigue généralisée) et de carcinomes cutanés.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont reçu un traitement adéquat avec des suivis réguliers jusqu'à la guérison ou rémission complète pour les pathologies chroniques nécessitant un suivi au long cours. En effet, les dermatoses bulleuses auto-immunes (pemphigus, pemphigoïde, dermatite à IgA Linéaire) et les maladies systémiques (lupus

érythémateux systémique, sclérodermie et dermatomyosite) ont été prises en charge essentiellement par un glucocorticoïde et un antimalarique de synthèse. Il s'agissait du prednisone 0,5 à 2 mg/kg/24H dont la dose et la durée variaient selon la pathologie et l'arrêt se faisant de façon régressive. L'hydroxychloroquine comprimé à la dose de 6,5 mg/kg/24H en deux prises était associée au traitement. Les dermatoses infectieuses bactériennes étaient surtout traitées par les Bétalactamines par voie orale à raison de 50 mg/kg/24H parfois en topique. Les dermatoses virales ont bénéficié d'un traitement symptomatique (antiseptiques, antalgiques et antipyrétiques) avec quelquefois l'utilisation d'acyclovir 10 à 15 mg/kg/24H en trois prises pour les cas de varicelle et zona. Les dermocorticoïdes et les antihistaminiques étaient réservés aux dermatoses inflammatoires (eczéma de contact, dermatite atopique, lichen plan).

La durée moyenne d'hospitalisation était de $46 \pm 18,7$ jours chez les adultes et de $21 \pm 11,6$ jours chez les enfants.

DISCUSSION

Nous avons rencontré des difficultés au cours de la réalisation de cette étude notamment en ce qui concerne la complétude des dossiers cliniques. Néanmoins, les résultats issus de cette étude ont permis de faire le point sur les activités hospitalières de consultation et d'hospitalisation de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako qui est le centre de référence des maladies de la peau au Mali. Ces activités sont denses de par le taux de fréquentation des patients. En effet, nous avons noté 6322 nouvelles consultations toutes pathologies confondues au cours de la période. Les caractéristiques sociodémographiques étaient marquées par une prédominance féminine dans notre étude soit un sex-ratio qui était de 0,6. La proportion élevée des femmes pourrait s'expliquer par la plus grande souciance que la femme de sa peau par rapport à l'homme, ce qui l'amène à consulter plus fréquemment et plus précocement. Ce résultat était similaire à celui d'autres auteurs notamment Fofana et al., [5] au Mali et de Lamchahab FE et al. [1] au Maroc, qui trouvaient un sex-ratio de 0,6. La moyenne d'âge dans notre étude était de $42 \pm 12,5$ ans avec des extrêmes allant de deux mois à 82 ans. D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires. En effet, Lamchahab FE et al. [1] ainsi que Mouhari-Touré A et al., [7] trouvaient respectivement des moyennes d'âge de 40,05 ans et 43,0 ans. La majorité des patients ont consulté volontairement et cela pourrait s'expliquer par le fait que l'hôpital de Dermatologie de Bamako (Ex-CNAM) était le seul centre de référence pour la prise en charge des affections cutanées au Mali. Les groupes socioprofessionnels à savoir les paysans et les

femmes aux foyers prédominaient dans cette étude et cela est due au fait que cette couche de population, menant constamment des travaux manuels avec des risques de blessures, est plus exposée aux dermatoses infectieuses mais aussi allergiques.

Sur le plan diagnostique, les pathologies de nature infectieuses étaient les plus fréquentes, suivies des causes allergiques et les maladies de système. La toxidermie était retrouvée dans 3,7% des admissions. Le même constat a été fait par d'autres auteurs tels que Kodio au Mali [2] et Lambchahab au Maroc [1]. Les dermatoses infectieuses sont souvent favorisées par la mauvaise hygiène corporelle et vestimentaire ainsi que les conditions socioéconomiques difficiles. Les conditions climatiques dans notre contexte sont parfois évoquées comme pouvant favorisées les infections [2]. Les dermatoses infectieuses étaient dominées par les mycoses dans notre étude ainsi que celle de Kodio. Lambchahab a plutôt conclu aux bactéries comme principales causes des infections cutanées [1]. L'érysipèle était cité parmi les motifs d'hospitalisation en dermatologie tout comme dans la littérature. Il peut se compliquer de dermohypodermite nécrosante lorsque la prise en charge ne se fait pas tôt et de façon adéquate. Les dermatoses allergiques constituaient la deuxième cause de consultation dans notre étude. Elles étaient caractérisées par l'eczéma de contact, l'urticaire et la dermatite atopique. Cette fréquence des états allergiques a été aussi signalée par Lambchahab au Maroc [1]. Les maladies de système ainsi que les dermatoses tumorales sont sources d'hospitalisation de long séjour en dermatologie au regard de leur chronicité et de leur gravité potentielle. C'est le cas du pemphigus, de la pemphigoïde, du lupus, de la maladie de Kaposi entre autre.

La durée moyenne d'hospitalisation était longue de $46 \pm 18,7$ jours chez les adultes et de $21 \pm 11,6$ chez les enfants. Elle était de 20 jours dans l'étude de Lamchahab FE et al. [1] mais pouvait atteindre 65 jours pour les cas de dermatoses bulleuses. Ces longues durées de séjour hospitalier pourraient s'expliquer par la nature chronique des pathologies et le fait que ces patients consultaient souvent à un stade tardif de leur maladie. Ce temps de séjour peut aussi dépendre de la gravité de l'état des patients hospitalisés, ainsi que des complications qui surviennent au cours de l'hospitalisation [1].

CONCLUSION

Les affections cutanées sont fréquentes et préoccupent beaucoup plus les femmes, adultes jeunes et ceux à conditions socioéconomiques peu favorables. Elles étaient dominées par les causes infectieuses et surtout fongiques. Les dermatoses allergiques sont également un motif fréquent de consultation. L'hygiène corporelle pour les causes infectieuses et la recherche

d'atopie accompagnées d'une éviction des allergènes pourraient contribuer à la réduction de leur morbidité au sein de la population.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du document

REFERENCES

1. **Lamchahab FE, Beqqal K, Guerrouj B, Hassam B, Senouci K, Ourhroui MA.** Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénéréologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc. *Pan Afr Med J.* 2011;717.
2. **Kodio B, Cissé I, Konaré H, Dembélé M, Rhaly A.** Fréquences des consultations dermatologiques dans les activités du service de médecine interne de l'hôpital national du Point G à Bamako. *Mali Méd.* 2014;Tome XXIX(3):22-6.
3. **Coulibaly G, Korsaga-Somé N, Yongué Fomena DF, Nagalo Y, Karambiri AR, Bassolet A, et al.** Les manifestations cutanées chez les patients hémodialysés chroniques dans un pays en voie de développement. *Pan Afr Med J [Internet].* 2016 [cité 15 avr 2020];24. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/110/full/>
4. **Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cissé L, et al.** Profil épidémiologique 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 Afr Med J [Internet].* 2016 [cité 15 avr 2020];25. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/238/full/>
5. **Fofana Y, Traore B, Faye O, Dicko A, Berthe S, Tall K, et al.** Dermatoses gériatriques en hospitalisation dermatologique à Bamako (Mali). *Pan Afr Med J [Internet].* 2016 [cité 15 avr 2020];25. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/206/full/>
6. **Bissek A-CZ-K, Tabah EN, Kouotou E, Sini V, Yepnjio FN, Nditanchou R, et al.** The spectrum of skin diseases in a rural setting in Cameroon (sub-Saharan Africa). *BMC Dermatol.* 2012;12(1):7.
7. **Mouhari-Toure A, Klu A, Kombaré K, Saka B, Tchangai-Walla K, Pitche P.** Les motifs d'hospitalisation en dermatologie à Lomé (Togo). *Ann Dermatol Venereol.* 2009;136(5):448-9.

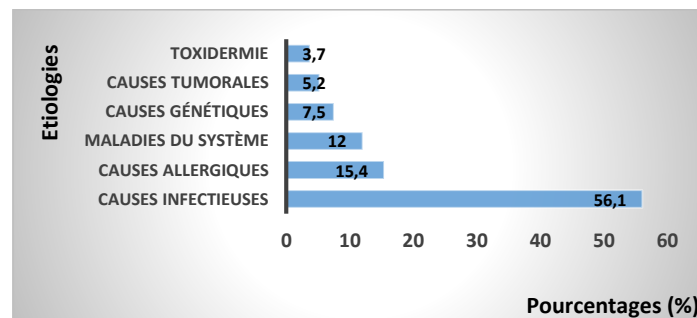


Figure 1 : Etiologies des dermatoses prises en charge à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

Tableau I : Distribution des étiologies infectieuses des dermatoses

| | Dermatoses infectieuses | Effectifs | % |
|---|--------------------------------|-----------|------|
| | Dermatophyties sur peau glabre | 392 | 26,4 |
| Fongique (n= 1483 soit 37,3%) | Onychomycose | 261 | 17,6 |
| | Teignes | 247 | 16,7 |
| | Dermatite séborrhéique | 224 | 15,1 |
| | Pytiriasis versicolor | 217 | 14,6 |
| | Impétigo | 265 | 23,8 |
| Bactérien (n=1114 soit 28,0%) | Lèpre | 255 | 22,9 |
| | Folliculite de rasage | 158 | 14,2 |
| | Erysipèle | 127 | 11,4 |
| | Furoncle/furonculose | 127 | 11,4 |
| | Fasciite nécrosante | 94 | 8,4 |
| | Hidrosadénite | 88 | 7,9 |
| | Larva migrans cutanée | 307 | 44,5 |
| Parasitaires (n= 690 soit 17,3%) | Leishmaniose cutanée | 201 | 29,1 |
| | Gale | 106 | 15,4 |
| | Pédiculose | 76 | 11,0 |
| | Mycétome | 142 | 9,6 |
| | Condylomes | 262 | 37,8 |
| Virales (n= 693 soit 17,4%) | Varicelle | 128 | 18,5 |
| | Herpès récurrent | 116 | 16,7 |
| | Molluscum contagiosum | 114 | 16,5 |
| | Zona | 73 | 10,5 |

Les dermatoses infectieuses représentaient 37,3% avec une forte prédominance des Dermatophyties sur peau glabre

Tableau II: Distribution des autres types de dermatoses

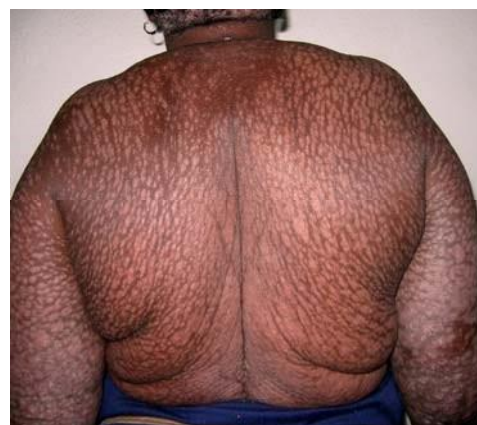
| Variabes | Effectifs | % |
|--|-----------|------|
| Dermatoses allergiques (n= 1092) | | |
| Eczéma de contact | 687 | 62,9 |
| Urticaire | 239 | 21,9 |
| Dermatite atopique | 166 | 15,2 |
| Dermatoses systémiques (n= 853) | | |
| Lichen plan | 226 | 26,5 |
| Psoriasis vulgaire | 211 | 24,7 |
| Pemphigus/pemphigoïde | 171 | 20,0 |
| Pytiriasis rubra pillaire | 89 | 10,4 |
| Lupus érythémateux | 61 | 7,2 |
| Dermatomyosite | 54 | 6,3 |
| Sclérodemie systémique | 41 | 4,8 |
| Dermatoses génétiques (n= 534) | | |
| Kératodermie palmoplantaire | 212 | 39,7 |
| Epidermolyse bulleuse héréditaire | 212 | 39,7 |
| Albinisme | 74 | 13,9 |
| Ichtyose congénitale | 22 | 4,1 |
| Xeroderma pigmentosum | 14 | 2,6 |
| Dermatoses tumorales (n= 368) | | |
| Botriomycome | 87 | 23,6 |
| Lipome | 77 | 20,9 |
| Angiome | 67 | 18,2 |
| Molluscum pendulum | 63 | 17,1 |
| Maladie de Kaposi | 56 | 15,2 |
| Neurofibromatose | 18 | 4,9 |
| Toxidermies (n= 265) | | |
| Syndrome de Steven Johnson et de Lyell | 96 | 36,2 |
| Erythème pigmenté fixe | 81 | 30,6 |
| Pustulose exanthématique aiguë généralisée | 32 | 12,1 |
| Exanthème maculo-papuleux | 28 | 10,6 |
| DRESS* | 28 | 10,6 |

*DRESS = Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse)



Iconographie 2 : Lèpre tuberculoïde polaire

L'iconographie 1 présente une lésion cutanée infectieuse de leishmaniose siégeant à la face interne du poignet droit. Des lésions d'aspect ovale cuivrée siégeant sur le dos du patient, faisant évoquées une lèpre tuberculoïde polaire, sont visualisées à l'iconographie 2.



Iconographie 3 : Mycose cutanée diffuse de la peau glabre



Iconographie 1 : Leishmaniose cutanée



Iconographie 4 : Toxidemie (syndrome de Lyell)