

# Dermatologie

Philip B. Wood jan 2004

## 1. INTRODUCTION

*Dermatologie = étude des maladies de la peau et ses annexes (ongles, cheveux, poils)*

*Examen de la peau : 1. Macroscopique – On a besoin d'un bon éclairage et une loupe.*

*2. Microscopique – On prend une « biopsie » (gr bios, vie ; opsis, vue) Un fragment d'organe qu'on coupe très mince pour un étude cellulaire par le microscope*

*La peau noire normale*

La structure normale de la peau. (Epiderme : couche basale de l'épiderme et la pigmentation, corps muqueux de Malpighi, cellules épithéliales squameuses.)

Derme : La glande sébacée, une follicule pileux, la glande sudoripare, tissu conjonctif, tissu adipeux, enveloppe fasciale, couche musculaire)

La pigmentation cutanée protège des rayons ultraviolets. C'est l'abondance et le mode de répartition du pigment mélanique qui déterminent la pigmentation raciale physiologique. Elle met à l'abri des photodermatoses, des érythèmes solaires et de la plupart des cancers cutanés qui ont une prédilection pour les zones peu pigmentées (mélanome de la plante des pieds...)

Cette pigmentation est inhomogène. Certaines zones sont hypopigmentées : plante des pieds, paume des mains. D'autres sont hyperpigmentées : face postérieure des coudes, face antérieure des genoux, dos des articulations des doigts.

Fonctions de la peau : Protection mécanique, Excrétion sébum Régulation de la chaleur (perspiration et vasodilatation)  
Elimination de l'eau Respiration (absorption d'O<sub>2</sub>) Protection de la lumière Barrière microbienne Absorption des produits chimiques

Le revêtement cutané préserve l'organisme des agressions extérieures : c'est une barrière naturelle tant mécanique que chimique qui s'oppose à la pénétration de substances exogènes comme le passage des micro-organismes ou celui des molécules. La peau est constituée de trois couches anatomiques : l'épiderme, le derme, l'hypoderme. L'épiderme est la seule partie du corps qui puisse vivre exposé à l'air sans s'infecter spontanément à condition que la couche cornée soit intacte.

En Afrique en plus que les rayons solaires un manque d'hygiène joue un rôle important dans la pathogenèse des dermatites. Tandis que les graisses naturelles de la peau ont un effet protectrice la surabondance des graisses sales, favorise la croissance des microbes.

C'est un symptôme dermatologique banal. Il peut être associé à une dermatose ou isolé; (donc primitif ou secondaire).

En zone tropicale le prurit est généralement d'origine parasitaire (onchocercose, trypanosomiase africaine à la phase lymphatico-sanguine, loase, gale, pédiculose... ). Il ne faut cependant pas négliger les causes systémiques (maladies thyroïdiennes, hépatiques, rénales, diabète, hémopathies malignes et autres cancers), les toxidermies, l'infection par le VIH, et, chez les sujets âgés, tenir compte de la sécheresse de la peau favorisée par une exposition excessive au soleil.

Les prurits anogénitaux relèvent d'une affection proctologique, d'une oxyurose, d'une infection génitale (*Trichomonas, Candida*), d'une dermatite de contact, d'une dermatose localisée, de troubles psychosomatiques.

*Prurigo* est une réaction papulo-vésiculeuse ou plus rarement bulleuse créée ou entretenue par le grattage. Il est fréquent chez l'enfant (*prurigo strophulus*) et les adultes atopiques au décours d'un prurit occasionné notamment par des micro-acariens, des piqûres d'insectes (puces, aoutats) ou de méduses... Il doit être distingué des simples réactions urticariennes de cause alimentaire ou médicamenteuse, des infestations parasitaires (helminthiases en phase d'invasion, larva migrans, dermatite des nageurs due aux cercaires d'animaux), des urticaires de contact occasionnés par la soie des chenilles, les écailles de certains papillons, les cantharides, enfin des réactions à la piqûre de tique ou d'oursin.

En zone tropicale, les piqûres d'insectes se compliquent souvent de pyodermites, d'urticaire, de prurigo, d'eczéma secondaire à des topiques locaux. Ce « complexe tropical de la piqûre d'insecte » nécessite des antiseptiques locaux, des antibiotiques généraux et souvent l'application de corticoïdes locaux.

L'infection par le VIH s'accompagne souvent de prurit et prurigo. Ceux-ci n'ont en eux-mêmes aucun caractère distinctif, mais ils peuvent être révélateurs.

Examen physique :

En dermatologie, la démarche diagnostique par la reconnaissance de la lésion élémentaire particulièrement leur :

1. répartition folliculaire – relation au pilosités
2. l'agencement annulaire – les bords d'une lésion sont toujours les plus importants
3. Le caractère exubérant des lésions.
4. les lésions papuleuses, ou nodulaires – qui débordent la surface de la peau
5. Les vésicules – pleine de liquide (pustules plein de pus)
6. Les bulles – des très grandes vésicules
7. Les ulcérations – perte de continuité de la peau
8. Les squames et kératoses – avec la formation de peau dur blanchâtre en islots (squames) ou étendues (kératoses)
9. Les excoriations – grattage
10. Les croûtes
11. Une cicatrice

12. La lichenification – peau épaisse.
13. Des macules sont difficiles à voir sauf avec un changement de la pigmentation parce qu'ils sont plats sur la peau. Les causes sont 1. Les maladies virales : Rougeole, rubéole, érythème infectieux, mononucléose, Adénovirus, arbovirus, rétrovirus. 2. Autres : syphilis, typhoïde, streptocoques, rickettsies, vaccins, réactions médicamenteuses.
14. Les érythèmes purpuriques sont masqués par la pigmentation. Surtout, un bon éclairage à la lumière du jour est indispensable pour révéler l'aspect congestif de la peau, la couleur grise de l'érythème ou violette d'une lésion purpurique. Sinon, l'apparition secondaire d'une desquamation permettra le diagnostic rétrospectif d'un érythème (rougeole, toidermie...) Cette desquamation est plus visible sur peau noire ou l'aspect blanchâtre des squames contraste nettement.

Examens paraclinique – peu.

Diagnostic

Thérapeutique :

Emulsion – association liquide d'huile et eau et produit      Crème – graisse eau et produit.      Lotion – Eau et produit  
 Pommade – graisse et produit      Pâte – Poudre et peut d'eau      Gel – Solution colloïdale en eau avec le produit      Spray  
 – gouttelettes d'eau et produit

## 2. Quelques lésions dermatologiques cosmopolite :

### 1. Acné

#### Physiopathologie

L'acné est d'abord un trouble héréditaire de la kératinisation : des bouchons de kératine noirs (comédons) obstruent les orifices pilo-sébacés.

À partir de la puberté, les glandes sébacées augmentent leur sécrétion, l'obstruction de l'orifice pilo-sébacé empêche l'excrétion normale du sébum, d'où plusieurs conséquences :

- formation de kystes sébacés,
- prolifération de micro-organismes (Propioni-bactérium acnés) et formation de pustules,
- hydrolyse du sébum par les lipases de ces germes et production d'acides gras libres irritants.

#### Acné de l'adolescent

Elle est très fréquente. Comédons, papules érythémateuses, pustules, kystes sébacés coexistent sur le visage, le haut du dos, parfois la face antérieure du thorax. Les aspects cliniques sont variés fonction de la prédominance ou non d'un type de lésion, de la localisation. L'acné débute dans l'adolescence et peut se poursuivre chez l'adulte jeune. Certaines thérapeutiques peuvent l'aggraver : corticoïdes, androgènes, oestrogénostatifs... ainsi que les soins cosmétiques inadaptés.

#### Traitement

1. Savon antiseptique et massage

2. On utilise le peroxyde de Benzoyl (Cutacnyl) qui est comédolytique et anti-infectieux. Ces produits sont irritants (irritation maximum vers la 3ème ou 4ème semaine de traitement).

3. Les cyclines (tétracycline 250mg/j, pour un mois doxycycline 100mg/j minocycline 250mg/j per os ont un rôle anti-infectieux et surtout antilipasique.

4. Isotrétinoïne (Acutane) pour les cas très rebelles « teratogéniques ». Dans les formes sévères, à évolution cicatricielle ou en cas d'échec des antibiotiques, possibilité d'utiliser de l'isotrétinoïne à la posologie de 0,5 à 1,5 mg/kg pendant plusieurs mois. Ce traitement nécessite, chez la femme en âge de procréer, de débiter, un mois après une contraception efficace et une réaction qualitative de grossesse négative. La contraception devra être poursuivie 1 mois après l'arrêt du traitement et un test de grossesse effectué 5 semaines après l'arrêt.

2. **Eczéma** – Une inflammation non contagieuse de la peau. Il peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Pour le stade aiguë : hypopigmenté, de bord net et la présence des squames et petites papules rouges qui produisent de la sérum.

L'eczéma est multifactorielle mais une allergie de la peau qui se manifestant par de fortes démangeaisons, par des rougeurs et par la formation de plaques sèches et de croûtes sur la peau du visage, du cou et des mains est souvent important.

## A. Eczémas de contact chez les adultes

Ils relèvent de causes allergiques multiples : topiques en vente libre (sulfamides, pénicilline, neomycine, anesthésiques locaux, anti-histaminiques ..); cosmétiques (lanoline des crèmes, hydroquinone et composés mercuriels des préparations dépigmentantes, produits capillaires divers); insecticides (responsables d'eczéma des paupières); fruits (mangues, noix de cajou..) et surtout plantes et bois exotiques responsables de dermatites irritatives, allergiques ou de photosensibilisation. Enfin, certains végétaux sont porteurs de acariens des ananas, du coton, des cocotiers, moisissures des roseaux.

### B. Eczéma infectieux chez les VIH

Il est fréquent sous les tropiques, favorisé par une immunodépression sous-jacente pouvant être induite par le virus. L'éruption succède à des piqûres d'insecte, une parasitose, des plaies infectées ou miliaire. Les lésions érythémato-croûteuses ou vésiculopustuleuses s'étendent d'une manière polycyclique, au niveau des plis et de la face dorsale des pieds.

### C. Eczéma atopique chez les enfants de 3 mois à 3 ans.

Un milieu allergique mais c'est difficile à trouver la cause (l'allergène)

Appelé « atopique » (ou étrange) par SULZBERGER, il est remarquable par le terrain sur lequel il survient. Les ascendants ou collatéraux (autres membres de la famille) ont déjà souffert de manifestations semblables ou de même nature : asthme, rhume des foies, ... Parfois, ce qu'on peut appeler ce "terrain allergique" se complète d'une éosinophilie. De plus, l'eczéma n'apparaît pas habituellement avant l'âge de 3 mois, ce qui laisse à penser qu'il implique des mécanismes incomplets avant cet âge, comme ceux de l'immunité, par exemple.

C'est essentiellement sur l'âge et la topographie des lésions que le diagnostic doit reposer :

- le début se fait à la face, sur les pommettes, le front. Jamais sur le cuir chevelu ou les sourcils, ni dans les plis ou aux abords immédiats des orifices naturels. Une particulière fréquence, les plis du coude, les creux poplités.

L'eczéma est érythémateux, mais aussi finement vésiculeux et suintant étant donné que la lésion microscopique de base est une spongiose épidermique. C'est une dermatite extrêmement prurigineuse, ce qui entraîne une surinfection habituelle.

L'évolution de cet eczéma atopique est très particulière. Elle se fait par poussées entrecoupées de rémissions plus ou moins totales.

Devant ces rechutes qui inquiètent les parents, on peut leur laisser espérer une guérison aux alentours de 18 mois. Mais il ne faut pas se dissimuler que, si tel est souvent le cas, par contre la guérison peut se faire attendre jusqu'à l'âge de 3 ans. A long terme, l'eczéma atopique du nourrisson guérira spontanément dans 80 % des cas. Mais il peut faire place alors à une manifestation allergique comme l'asthme.

Conduite à tenir

**Recommandations d'ordre général :**

1. Vêtements de coton et fil préférables à ceux de laine et de fibres synthétiques.
2. Rechercher des allergies (nutritionnelles par exemple le lait du vache)
3. Savon antiseptique
4. Bains permanganate
5. Corticostéroïdes locaux – hydrocortisone à 1%

3. **Psoriasis** – maladie congénitale de la peau hypopigmentée, de bord net avec papules et squames en plaques surtout dans le cuir chevelu et au tour des genoux. On essaye plusieurs traitements – goudron, onguent Whitfield, et corticostéroïdes.
4. **Perlèche** – fissures à l'angle de la bouche. Signe d'avitaminose B6. (Avec un régime presque uniquement de maïs.)
5. **Dermatite séborrhéique** – chez les gens de n'importe quel âge. Les squames généralement grasses qui se détachent facilement sont mélangées avec un exsudat huileux.

La dermatite séborrhéique est une inflammation courante de la peau qui n'a pas encore de vraie cause connue. Dans les premiers mois, cette inflammation se caractérise par l'apparition de « croûtes de lait » sur le corps, le visage et le cuir chevelu. Une levure *Pityrosporum ovale* peut jouer un rôle.

Les symptômes varient sur plusieurs mois, et disparaissent généralement vers l'âge de 2 ans. La dermatite peut toutefois réapparaître après la puberté et revenir cycliquement toute la vie.

Principaux symptômes : Rougeurs et squames, essentiellement dans les plis de la peau, mais également sur d'autres parties du corps (cuir chevelu, visage, cou, aisselles, torse, bas ventre); Démangeaisons dans certains cas.; Épaisses squames jaunâtres sur le cuir chevelu (casque séborrhéique). Des zones squameuses sur le front, derrière les oreilles, sur les sourcils peuvent accompagner le casque séborrhéique.

Pellicules sur le cuir chevelu. Des pellicules blanches de peau morte apparaissent dans les cheveux, près du cuir chevelu.

Traitement :

1. Nettoyez les zones affectées avec un savon doux, liquide et antiseptique.
2. Shampoing anti-pelliculaire avec pyrithione de zinc ou sélénium
3. Appliquez une crème antifongique (cotrimazole). Les squames disparaissent souvent spontanément au bout de quelques semaines ou quelques mois, mais vous pouvez retirer les squames disgracieuses en massant doucement le cuir chevelu avec très peu de l'huile pour bébé ou de la vaseline salicylée que vous laisserez toute la nuit. Le lendemain, peignez les cheveux afin d'éliminer les squames ramollies, puis lavez-les avec un shampoing anti-pelliculaire.
6. **Les lichénifications** (rendre comme du bois), fréquentes, sont la conséquence de la tendance à l'hyperkératose des peaux brunes. Il s'agit d'un épaississement de la peau apparaissant secondairement à un grattage

répété (toute prurigineuse) ou à une autre variété de traumatisme chronique (nodule du prieur, cals hyperkératosiques de Pi, dermite des chaufferettes, onchocercose, manque d'hygiene)

### 3. Changements de pigmentation

La Pigmentation est fragile :

Hypopigmentation (albicantes)	Hyperpigmentation (nigriantes)
Dermatoses inflammatoires, entraînant une accélération du « turn-over » de la kératinisation (dermatoses érythémato-squameuses) :	dermatoses où il y a atteinte de la couche basale :

Psoriasis, eczéma, dermite séborrhéique, épidermomycose, pityriasis versicolor, pityriasis rosé de Gibert, lupus érythémateux chronique.	Toxidermie (Fansidar et cotrimoxazole) (notamment érythème pigmenté fixe), traumatismes (vaccins, cicatrice chirurgicales, excoriations, brûlures), lichen plan, infections cutanées, sclérodermie, toutes les maladies bulleuses et toutes les dermatoses prurigineuses.
Plus: lichen scléro-atrophique, sclérodermie en plaque, vitiligo, albinisme, nævus achromique, lèpre.	
Hypochromies post-enseulement  Hypochromies par dépigmentation artificielle de la peau par l'application de cosmétiques.	

**Albinisme** : - Une maladie de transmission autosomique récessif – souvent le parents pensent ceci est a cause de sorcellerie. La peau est pale, cheveux blancs, yeux roses souvent avec nystagmus. Sans protection de la soleil tous engendra les cataractes et tumeurs de la peau. Encourager : la porte d'un chapeau, l'utilisation des manches longues et un parapluie. *Grande danger de cancer de la peau.*

#### 4. INFECTIONS bactériennes et impétigo :

##### 1. L'impétigo

C'est une dermatose très contagieuse qui devient très fréquente dès le début de la fréquentation scolaire et sa constatation impose l'éviction par menace de propagation rapide aux autres élèves.

Il est caractérisé par une éruption bulleuse, provoquée surtout par le streptocoque, quelquefois le staphylocoque.

L'affection débute par une petite bulle de 0 à 1,5 cm de diamètre développée par décollement à partir d'une tâche érythémateuse. Au bout de quelques heures, la bulle de contenu d'abord clair, se trouble et deviennent pustule. Très rapidement elle se rompt ou se dessèche tandis que le liquide se concrète en **une croûte avec pus - jaunâtre mellicérique** (comme le miel). Cette croûte enlevée, à la pince ou arrachée par grattage, laisse apparaître une ulcération très superficielle, arrondie, laissant sourdre une discrète sérosité : celle-ci durcit en une nouvelle croûte. La lésion est strictement épidermique, sans infiltration, ni ulcération.

Le point de départ de l'impétigo est dû à une inoculation cutanée (des streptocoques) à partir de lésions diverses : coryza avec petites fissures des orifices nasaires, otite moyenne, dermatose prurigineuse infectée de causes diverses (eczéma, prurigo, gale ou simple écorchure, ...)

Le siège d'élection est le visage, notamment autour des lèvres, sur les joues, cette localisation représente la forme la plus banale et la plus fréquemment rencontrée dans le jeune âge. Elle s'étend rapidement à partir de la lésion initiale.

Mais on peut observer des impétigos du cuir chevelu, du tronc, ou des membres. Dans le territoire infecté, existent des adénopathies inflammatoires et dans les formes étendues il faut craindre une néphrite impétigineuse compliquant les lésions mal soignées et traînantes.

La lésion type de l'impétigo étant purement épidermique, il ne subsiste pas de cicatrice.

Prevention : savon

Traitement :1. Savon. Bien traité, l'impétigo évolue en 4 ou 5 jours. Il faut procéder dans la majorité des cas, seulement à un traitement local : les lésions doivent être détergées de leurs croûtes par pulvérisations d'eau et savon antiseptique, puis applications locales de solution de violet de gentiane, vert de méthyle, de même que l'application de pommades antibiotiques.

2. L'antibiothérapie par voie générale ne doit être envisagée que dans les impétigos diffus et rebelles.

2. **Folliculite** est une infection des poils par les staphylocoques. Ordinairement banale (on conseil un meilleur hygiene) il peut être plus important chez des patients immunodéprimés.

3. **Erythrasma** : Peut être confondu avec une infection fongique dans les aines, l'aisselle ou sous les seins. Brun rougeâtre, bien délimite ceci c'est une infection bactérienne qui est aide par une crème a érythromycine a 2%.

#### 4. Pyodermites tropicales

Ce sont des infections chroniques, sévère extensives, favorisées par la chaleur et l'humidité la malnutrition et peut-être une prédisposition génétique. Elles sont dues à des staphylocoques dorés associées ou non à des streptocoques du groupe A.

De nombreuses formes cliniques sont possibles : ecthyma, le plus souvent des membres inférieurs lésions de folliculite pustuleuse, ulcérations profondes a bordure pustulo- hémorragique, cellulites lymphangites, adénites. Les soins locaux doivent être associés à une antibiothérapie prolongé

#### 5. Ulcère phagédénique tropical

C'est un ulcère chronique extensif et destructeur se développant généralement sur une plaie cutanée négligée; il est favorisé par la malnutrition les avitaminoses, les anémies et survient surtout chez l'homme jeune. L'ulcère phagedénique est répandu dans les régions chaudes et humides du globe.

Cliniquement, l'ulcère débute en règle au niveau d'un traumatisme, d'une plaie, d'une piqûre d'insecte et siège généralement sur la jambe, la cheville ou le pied. C'est d'abord une ulcération douloureuse, d'aspect banal; progressivement l'ulcère devient indolore, extensif, très creusant; ses bords sont nets, surélevés, indurés et décollés; son fond est bourgeonnant, recouvert d'un enduit sanieux, sphacélique; il n'existe ni lymphangite, ni adénite, ni fièvre sauf en cas de surinfection; l'évolution, interminable, s'étale sur plusieurs mois ou même années. Les destructions ostéo-articulaires et tendineuses, les cicatrices rétractiles ou hyperplasiques grèvent lourdement le pronostic fonctionnel. Enfin, au bout de plusieurs années d'évolution, l'ulcère peut se cancériser (épithélioma spinocellulaire).

Les ulcères phagédéniques doivent être distingués des autres ulcères tropicaux : ulcères infectieux (ecthyma, tréponématose, diphtérie, tuberculose, mycobactérioses atypiques), ulcères parasitaires (leishmanioses), ulcères mycosiques (sporotrichose, blastomycoses, histoplasmoses), ulcères trophiques d'origine vasculaire (artérite, insuffisance veineuse), nerveuse (lèpre) ou en rapport avec une hémoglobinopathie.

Le traitement de l'ulcère phagédénique associe renutrition, prophylaxie antitétanique, antibiothérapie (pénicilline G à fortes doses) et soins locaux. Un parage chirurgical, des plasties de recouvrement (Greffes de la peau), voire l'amputation, sont parfois indiqués.

#### 6. Ulcère de Buruli

Dû à *Mycobacterium ulcerans*, il a été longtemps confondu avec l'ulcère phagédénique en raison de la difficulté de mise en évidence de la Mycobactérie (pousse à 30% des cas), mais il s'en distingue par ses caractères propres. Il s'observe dans trois foyers principaux : Afrique Centrale, Australie et Nouvelle-Guinée, Guyane. L'ulcère de Buruli, au troisième rang des infections à mycobactéries chez le sujet sain après la tuberculose et la lèpre, est la plus mal comprise de ces maladies. Les premiers cas avaient été décrits dès 1897 par Sir Albert Cook en Ouganda. La plupart des malades sont des femmes et des enfants qui vivent dans des régions rurales à proximité de cours d'eau ou de terrains humides. On ne sait pas grand chose du mode de transmission

de l'infection à l'être humain. Prévalence : l'ulcère de Buruli, du nom d'une région de l'Ouganda où jusqu'à 16 % de la population de certains villages est touchée.

Symptômes : La maladie débute par un gonflement indolore au niveau de la peau. Un nodule contenant de nombreuses mycobactéries se développe dans les tissus surface sous-cutanée, puis il y a une ulcération surminée de la peau. Contrairement à d'autres mycobactéries, *M. ulcerans* produit une toxine qui détruit les tissus et inhibe le système immunitaire. Elle peut détruire des surfaces cutanées étendues entraînant ainsi d'énormes déformations.

Traitement : L'antibiothérapie n'a donné aucun résultat jusqu'ici. Le seul traitement disponible actuellement est la résection chirurgicale de la lésion accompagnée au besoin d'une greffe de peau. Cette intervention est à la fois coûteuse et dangereuse. La vaccination par le BCG (Bacille Calmette-Guérin) semble stimuler l'immunité et offrir une certaine protection à court terme.

Reconnaissant que l'ulcère de Buruli constitue une menace émergente pour la santé publique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a institué l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli (GBUI) chargée de coordonner les activités de lutte et de recherche dans le monde entier.

**6. La lepre.** Lésions hypopigmentées avec anesthésie – moins que 5 lésions = paucibacillaires, 5 ou plus = multibacillaires.

**7. Pian** (framboise) Maintenant rare. *Treponema pertenue*. Très sensible à la pénicilline. Prophylaxie - savon

**8 Syphilis.** Rare – sensible à pénicilline. Chancre primaire, éruptions généralisées secondaires, gomme ou démence tertiaire. Transmission maternelle-fœtale.

**9. Les affections bactériennes cutanées rares :** La tuberculose est fréquente en Asie et en Amérique Latine, (scrofuloderme ou plus rarement lésion verruqueuse ou ulcéreuse). Charbon, rhinosclérome, mycobactéries atypiques, diphtérie sont rares. Amibiase au tour de l'anus.

#### 10. L'érythème fessier

L'érythème fessier semble être la dermatose la plus répandue, se manifestant sous des aspects variés : étendue ou limitée, localisée ou plus volontiers dans les plis, ou sur les régions convexes des fesses.

La cause est le contact prolongé avec les selles et les urines, le plus souvent dans des couches ou des culottes occlusives qui favorisent la macération du siège. Ainsi plusieurs facteurs peuvent entraîner un érythème fessier :

1. L'hyperacidité des selles, C'est un érythème particulièrement érosif, siégeant près de l'anus, s'étendant de façon centrifuge. Sur le plan local, il faut s'abstenir de toute corticothérapie. Une simple pâte à l'eau, à l'oxyde de zinc, au rôle protecteur suffira pour obtenir la guérison qui survient en quelques jours.

2. la fermentation ammoniacale de l'urine, Par opposition à ce type d'érythème fessier qui s'observe dans les premiers mois de vie chez le nourrisson au sein, l'érythème dit "ammoniacal" survient plus volontiers chez un enfant plus âgé et à l'alimentation déjà diversifiée. C'est un érythème peu érosif, siégeant presque exclusivement sur les parties convexes au niveau des langes imbibés d'urines : fosses lombaires, face intérieure des cuisses. Il est dû à la dégradation de l'urée urinaire en ammoniac par le bactérium ammoniogène.

Le traitement est assez simple. Fesses à l'air le plus possible et changes fréquents. Localement, une pâte d'oxyde de zinc suffira pour attendre la guérison.

3. l'irritation provoquée par les couches, les détergents, le plastique des culottes, Les habitudes de la civilisation moderne sont responsables du 3ème type d'érythème fessier. Il s'agit de celui qui est lié à une intolérance.

4. l'infection microbienne ou mycosique. Il doit être évoqué, devant un érythème débutant aux plis, pouvant prendre un aspect en Y dont les branches partent de chacun des plis inguino-cruraux pour remonter en arrière en une ligne unique jusqu'au sommet du pli interfessier. Cet érythème est rouge vif, volontiers érosif et extensif. Il est plus évocateur d'une mycose à *Candida* lorsqu'il est de couleur rouge sombre. La mère en rattachera volontiers l'apparition à une poussée dentaire ou à une infection rhino-pharyngée banale.

En sommaire : Traitement :

1. Savon

2. Ne laisse jamais les couches longtemps sans le changer. Laisser l'enfant sans couches ou culots à la maison.

3. Crème d'oxyde de zinc pour protéger la peau.

4. Poudre de bébé

5. Bp à boire

## 5. Infections mycotiques : dermatomycose

**Dermatophytose** (*epidermomycose*) = mycose superficielle – hypopigmentée, de bord net et de la présence des squames. Plus fréquent dans les régions inguinales, pieds et tête. (voir plus loin) *Tinea versicolor* – est une dermatomycose très fréquente qui donne les multiples petites taches rondes hypopigmentées sans inflammation.

**1. Les mycoses superficielles.** Elles sont banales et très répandues. Les lésions n'intéressent que la couche cornée de l'épiderme. Ce sont des taches planes de taille variable, à limite nette mais irrégulière et extension centrifuge. Elles sont recouvertes de squames fines qu'on peut détacher à la curette sans faire saigner, laissant apparaître l'épiderme sous-jacent (signe du « coupeau »). Leur coloration est hypochromique sur la peau noire.

L'examen microscopique direct des squames prélevées à l'aide d'une cellophane adhésive (scotch test), colorées ou non par une goutte d'encre bleue, permet d'observer les grappes de spores rondes et le feutrage mycélien.

Le traitement est local. L'application le soir d'alcool iodé (1%) ou onguent salicylé (0,5%) (Ong. Whitfield). On peut également utiliser l'une des nombreuses lotions ou crèmes antifongiques du commerce. Le médicament le plus efficace est le ketoconazole.

Dermatophytes : Appartiennent à trois genres : *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*. Le réservoir d'infection puisse être le sol (une origine tellurique) ou les autres animaux par contact direct ou indirect (par les vêtements).

**L'herpès circiné** siège en un point quelconque du revêtement cutané et se présente comme une tache érythémato-squameuse s'étendant de façon excentrique pour former un placard arrondi, bordé de petites vésicules couvertes de squames et guérissant au centre. Il peut se surinfecter, s'eczématiser ou se lichenifier. Rx Ong Whitfield

**Le pied d'athlète** se présente comme des lésions macérées de desquamations interdigitales. Il est favorisé par la macération donc le port de chaussures en climat chaud. Il est dû à divers dermatophytes souvent associés à des levures et des bactéries. Rx Poudre antimycotique

**Les teignes du cuir chevelu** sont répandues notamment chez l'enfant. Elles débutent insidieusement par une petite tache rose puis apparaissent 4 à 6 plaques rondes ou ovales de 4 à 6 cm parfois confluentes. Les plaques sont grisâtres recouvertes de squames et presque tous les cheveux qui en émergent sont cassés à 3-4 mm de leur orifice pileux. La guérison se fait spontanément à la puberté sans alopecie résiduelle. Rx Griseofulvine per os.

**L'onxyx dermatophytique** se caractérise par une atteinte de l'extrémité (bord libre) de l'ongle, qui prend un aspect feuilleté épais et rongé. Il n'y a pas de perionyxis à la différence de la candidose. Griseofulvine per os pour les onyxes.

**2. Les mycoses profondes** : sont plus rares mycétomes, chromomycoses, sporotrichose, blastomycoses, phycomycose. Ulcération ou infections chroniques dans les tissus sous-cutanés avec nodules. Traitement : iode de potasse ou amphotéricine B (très toxique)

## 6. Les parasitoses cutanées. Gale et pédiculose

Elles sont nombreuses : leishmanioses, filarioses, larbush, myiasas, cysticercoses, schistosomiasas (humaines et animales) amibiase, pédiculose, scabiose.

La plupart des affections énumérées ont déjà été étudiées. Nous insisterons simplement sur certains aspects de la dermatologie sur peau noire, sur les dermatoses infectieuses tropicales, les prurites et prurigios, les eczémas, les toxidermies, les tumeurs.

### *La gale*

Il s'agit d'une affection qui devient de plus en plus fréquente.

Elle est due au *Sarcoptes Scabei* qui vient se localiser dans la peau. La femelle creuse dans l'épiderme une galerie dans laquelle elle dépose ses œufs. Le sujet parasité a un prurit à prédominance nocturne qui, du reste, est observé sur d'autres membres de la famille ; ce fait est très évocateur de gale. La lésion de base se présente sous la forme d'un sillon, d'un trait fin, à trajet sinueux de teinte noirâtre que l'on peut mieux reconnaître à la loupe : une extrémité de ce sillon est marquée souvent par une petite élevation qui est "l'éminence acarienne". Ces sillons peuvent être nombreux et particulièrement siéger aux mains, aux poignets, dans les espaces interdigitaux. Chez les enfants, et ce, d'autant plus qu'ils sont jeunes, l'éruption est volontiers polymorphe faite de papules, de vésicules, de croûtes, de lésions de grattage ; la face est respectée ; les lésions sont plus souvent disséminées sur le thorax, l'abdomen, les membres que sur les régions génitales (ce qui est mieux observé chez les adultes).

Très souvent, la gale est infectée en raison des lésions de grattage, se compliquant d'impétigo ou d'eczéma.

Chez le nourrisson, la gale a une topographie particulière : lésions papulo-nodulaires des creux axillaires, du périnée, du scrotum, grains perlés des paumes et des plantes, possibilités de lésions du visage.

**Traitement** : il est mis en route sur l'aspect clinique des lésions. Les modalités dépendant du choix personnel de chacun. On peut proposer :

Gale non compliquée :

- savonnage soigneux sauf visage;
- puis douche ou bain chaud (38°) 10 à 20 minutes ;
- frotter avec une brosse souple ou un gant de crin les zones les plus atteintes. Rincer, essuyer ;
- sur peau encore humide, application benzyl benzoate ;
- nouvelle application 24 heures plus tard, sans toilette préalable ;
- en remettre sur les mains après chaque lavage.

Avant chaque application, changer literie et vêtements, puis lessivage. Traiter toute la famille le même jour.

### ***Puces :***

Les puces du corps sont TRES rares dans ces jours.

***Djiques :*** (chiques) Petite puce mesurant 1 à 1,5mm dont la femelle est un parasite permanent de la peau, tandis que le male et les laves vivent sur le sol. La femelle fécondée pénètre et vit dans la peau des orteils ou des pieds qu'elle parasite, parfois massivement et produisant des démangeaisons. Le djique puisse être enlevé sans anesthésie. On ne doit laisser un morceau de djique car le cadavre mort peut se surinfecter et être à l'origine d'un tétanos. Les djiques sont la cause la plus fréquente du tétanos à Kinshasa. Les djiques sont fréquentes chez les lépreux et d'autres avec les membres anesthésiques.

Les porcs sont les porteurs des djiques qui sont toujours plus fréquentes chez les êtres humains proche aux porcheries.

## Pédiculose

Chez l'enfant la pédiculose du cuir chevelu est très fréquente prenant même parfois l'allure d'une épidémie dans les collectivités. Elle se traduit par un prurit intéressant le cuir chevelu, la nuque et même la partie supérieure du dos. Ce prurit entraîne des lésions de grattage qui peuvent de surinfecter.

Le diagnostic est affirmé par la découverte des poux en écartant les cheveux et des lentes (œufs) : ovoïdes, blanc-grisâtres, adhérentes au cheveu. Ces lentes ne doivent pas être confondues avec des cellules desquamées. Le diagnostic doit être systématiquement envisagé devant tout prurit du cuir chevelu même chez les enfants soignés des milieux favorisés. Traitement préconise actuellement :

- soit des poudres insecticides (D.D.T., Aphotiria , Elentol ) suivie d'un shampoing 30 minutes après et d'un brossage fin. La désinfection de la literie et des vêtements se fait avec le même produit.

- le shampoing HEGOR antiparasite, seul actif sur adultes et lentes sera plutôt utilisé à titre préventif.

Traiter également tous les membres de la famille et tous les enfants dans les collectivités.

## Myiases

Myiases cutanées et sous cutanées : sont liées au parasitisme de l'homme par des larves de mouches ou asticots. On voit les laves dans les plaies ou les sinus nasales. Certaines de ces larves sont des parasites obligatoires; d'autres vivent normalement sur des matières organiques en décomposition et se développent accidentellement chez l'homme.

Les myiases furonculeuses (il se voit comme un petit abcès de la peau ou furoncle) donne une tuméfaction mobile rouge et douloureuse pseudofuronculeuse (Le ver de Cayor, répandu en Afrique et la larve de *Cordylobia anthropophagia*.) Les œufs de ce mouche sont pendu sur les linges, serviettes ou les drapes humides et pénètre activement la peau de l'homme. En une semaine il ressort à l'extérieur comme le bourbillon d'un furoncle. Tout au centre de ce gonflement se trouve un point noir qui représente le syphon de respiration du larve. Donc on fait l'asphyxie larvaire par occlusion (vaseline, huile de paraffine) quand les larves sortent activement. Le tiabendazole (Mintezol) est aussi actif.

## Larbish

Syndromes de larva migrans cutanée. L'ankylostome du chien du chat et des autres carnivores, après leur pénétration cutanée chez l'homme restent superficielles et continuent à cheminer pendant plusieurs semaines dans le stratum germinatum de la peau en y creusant de véritables galeries. L'homme s'infeste par voie cutanée au contact d'un sol souillé des déjections animales. Cela explique la fréquence des larbishes fessiers des enfants jouant dans la boue ou le sable humide. On voit les cordons serpiginieux douloureux qui progressent de quelques millimètres ou centimètres par jour, selon un trajet capricieux. Le tiabendazole (Mintezole) donne d'excellents résultats en application locale (3g dans 30g de vaseline applique matin et soir pendant 3 à 8 jours). L'ivermectine (12mg en prise unique) est aussi efficace.

## 7. Les infections virales (herpes, verrue et molluscum):

- a) **VIH** : 90% des personnes infectées montrent un exanthème – Herpes zoster, eczéma séborrhéique, molluscum contagiosum, herpes simplex, Kaposi, toxidermie médicamenteuse. On note une dépigmentation de la peau en générale, avec les lésions hyperpigmentées
- b) **Herpes simplex** – herpes labiales ou herpes génital. « Boutons de fièvre » quand chronique. Infection initiale par contact direct, sensation brûlant, vésicules et symptômes généraux (fièvre et malaise). L'infection devient occulte ou latente (caché) dans les cellules et récidive quand la résistance de l'individu diminue. Des récidives peuvent être déclenchées par : Une exposition au soleil, traumatisme, fièvre. Des personnes immunodéficientes, peut avoir des infections plus graves et étendues. Le liquide dans les vésicules est très contagieux. Traitement : Primo- aspirine, pommade à l'oxyde de zinc. Propriétés et antiseptiques locales pour les récidives.
- c) **Varicelle**. Incubation 14 à 21 jours. Fièvre anorexie malaise puis macules, papules vésicules – les lésions aux stades différentes. Démangeaisons, grattage et surinfection.. Les croûtes tombent en 2 à 3 semaines. Rx calamine. Antihistaminique. Hygiène et antiseptiques.
- d) **Herpes zoster ou Zona**. = recrudescence d'une infection latente par le virus varicelle-zoster chez un hôte

partiellement immunise. Sensibilité le long un nerf puis vésicules suivant les dermatomes. Danger pour la branche ophtalmique du trijumeau. 10% développent des névralgies post-herpétiques. Zona est plus courant chez les atteints de VIH. Rx Analgésiques, éviter la surinfection.

- e) **Molluscum contagiosum.** Papules surélevées infectieuses causées par un pox-virus. Elles ont une fossette centrale (ombilication). Jeunes enfants, endroits chaudes – visage, aisselles, l'aîne. Disparaissent sans traitement en moins d'un an. Plus nombreuses et large chez les VIH. Rx perforez le centre avec une allumette taillée en point puis curetez avec une curette tranchante. Bleu antiseptique.
- f) **Verrue vulgaire :** Verrue – un nodule rond de hyperkeratose sur les mains ou plante du pied par une infection virale

Tumeurs épidermiques bénignes dues à un virus, les verrues sont contagieuses et fréquentes chez l'enfant. Le diagnostic clinique est aisé : d'abord papules arrondies de 1 à 3 millimètres, à surface finement granitée, la verrue s'épaissit prend un aspect mamelonnaire et kératosique, mais demeure indolore.

Les verrues sont le plus souvent localisées aux doigts et au dos des mains. Uniques au début elles deviennent souvent multiples, confluant en placards ou au contraire se disposant en traînées. L'évolution est capricieuse ; après une phase d'extension les verrues disparaissent généralement spontanément ce qui rend difficile l'appréciation de l'efficacité de certaines thérapeutiques générales et psychothérapeutiques.

On fait une cautérisation par l'acide trichloracétique à 30 %, acide salicylique, cryothérapie (neige carbonique ou de l'azote liquide), électrocoagulation.

La verrue plantaire, forme particulière et douloureuse, peut nécessiter un traitement local (ablation).

**Verrue génitale = condylome acuminé.** Le papiloma virus humaine (HPV) par contact direct. Surtout chez les VIH – croissance excessive.

*g. Les fièvres éruptives virales.* Cosmopolites, elles sont souvent plus sévères que dans les pays occidentaux (varicelle, rougeole); il existe des viroses hémorragiques originales, contagieuses (virus Lassa, Ebola, Marburg). La variole est éradiquée mais de nombreux sujets en gardent les cicatrices caractéristiques. Monkeypox est semblable mais donne peut de fièvre ou problèmes systemiques.

#### **h. Erythème infectieux**

Est une maladie banale avec une incubation de 5 à 10 jours. Avec un peu de fièvre il y a un rougeur des joues et une éruption symétrique sur les membres et tronc. Il y a les épidémies d'érythème infectieux dans une communauté.

## **8. TUMEURS**

1. **Dermatofibrome** – nodule dermique de pigmentation normal chez les vieux et plus jeunes.

### **2. Epithéliomas cutanés**

Ils sont relativement rares dans la race noire; ils sont par contre fréquents chez les sujets albinos et se développent volontiers sur une dermatose précancéreuse : Kératose actinique du visage, du cou ou des b'es, folliculite disséquante ou chéloïdienne de la nuque, chelite actinique, ulcères chroniques notamment ulcères phagedeniques.

3. **Les chéloïdes**. Elles réalisent des tuméfactions parfois monstrueuses, à surface lisse faite d'une prolifération dermique de collagène. Elles sont presque toujours secondaires à des traumatismes cutanés : plaies diverses, vaccinations, incisions (scarifications rituelles), percement d'oreilles, cicatrices chirurgicales. Mais certaines chéloïdes peuvent survenir spontanément au niveau de la région présternale ou de la nuque (acné chéloïdienne de la nuque). Cette tendance aux chéloïdes doit être présente à l'esprit avant d'entreprendre tout geste traumatisant non indispensable (biopsie cutanée, exérèse de lésions bénignes).

#### 4. **Mélanomes malins**

Ils sont rares et se développent particulièrement sur les zones peu pigmenté, (Plante des pieds, orteils ongles). Leur diagnostic est presque toujours trop tardif (tumeur bourgeonnante et métastases)

5. **Sarcome de Kaposi** Après la première description en 1872 du "sarcome cutané pigmenté multiple" par le Dermatologue viennois MORICZ KAPOSÍ, on connaît actuellement plusieurs formes : 1. Kaposi endémique: les Africains sont des sujets jeunes. Les lésions sont uniquement cutanées, pour la plupart chez les hommes et sur les membres supérieur et inférieur. On voit les lésions nodules, pourpre souvent avec l'œdème.

2. Le sarcome de Kaposi du SIDA se distingue du précédent par son évolution plus rapide, l'atteinte des femmes et des atteintes viscérales (Kaposi agressif) et la coexistence d'infections opportunistes, un déficit majeur de l'immunité cellulaire (anergie cutanée à la tuberculine et à la candidine; lymphopénie; baisse des lymphocytes T auxiliaires). Enfin, il est en rapport avec une infection par le VIH alors que ce n'est pas le cas des sarcomes de Kaposi endémique.

6. Angiomes des nouveau nes :

- de petits **angiomes**, plus ou moins rouges, qui siègent le plus souvent entre les sourcils et les cheveux de la base à la nuque et communément appelés "aigrettes". Ils sont bénins.
- il faut aussi mentionner la **tâche mongolique** qui caractérise nombre d'enfants d'origine méditerranéenne et surtout asiatique. Elle siège sur la région sacrée, les fesses et la face postérieure des cuisses. Le plus souvent, elle est d'une seule tenue, d'aspect géographique, mais elle peut être déchiquetée et fragmentée. Il ne faut pas la prendre pour une ecchymose comme cela arrive parfois. Elle est due à un trouble de migration et de maturation des mélanophores. Elle disparaît toujours, souvent assez tard, vers 3 ou 4 ans.

#### 9. **DERMATOSES ALLERGIQUES ET DYSIMMUNITAIRES et toxidermies**

1. **Urticaire** – allergique. Dermatographie – réactions histaminiques (sérotonine, bradykinine) avec vasodilatation et perméabilité des capillaires et œdème localise avec prurit. Il y a 2 types – u. allergique et u. accidentelle. Ce dernier est le contact des irritantes d'origine végétale. La cause doit être trouvée par un interrogatoire soigneux. Traitement est avec antihistaminiques ou corticostéroïdes.

2. **Lupus érythémateux** – Macule, plaque, autoimmune, atrophie. Lésion en papillon sur le visage. Il y a une photosensibilité. Traitement est avec corticostéroïdes, locales ou systémique.

3. *Lichen planus* : Petites papules discrètes à contour polygonal qui peuvent confluer en plaques plus grandes. D'étiologie inconnue on le traite avec corticostéroïdes locaux.

#### 4. *Fogo selvagem* ou *pemphigus foliaceus*

C'est une maladie bulleuse, auto-immune, liée à l'environnement, peut-être à un facteur infectieux. Elle est endémique dans certaines zones rurales du Brésil et de quelques pays africains. Histologiquement, existe un décollement du stratum granulosum par acantholyse; l'immunofluorescence révèle des anticorps anti-substance intercellulaire. Cliniquement, il débute par des bulles superficielles qui se rompent en donnant des ulcérations hémorragiques recouvertes de croûtes brunâtres. L'évolution se fait vers une érythrodermie desquamative pouvant laisser des cicatrices dépigmentées, verruqueuses ou kératosiques. Les surinfections bactériennes, candidosiques, herpétiques sont fréquentes. La mortalité est élevée.

#### 5. *Toxidermies*

Leur fréquence s'explique par la vente libre des médicaments les plus divers. Sauf exception, il est impossible de faire correspondre les médicaments à des types particuliers d'éruption. Les toxidermies bulleuses (syndrome de Stevens Johnson et de Lyell) et les érythrodermies sont les plus graves. Les troubles pigmentaires sont durables. Parmi les antipaludiques, la quinine provoque un purpura, des éruptions érythémato-vésiculo-bulleuses ou lichénoïdes. Les amino-4-quinoléines (chloroquine ' amodiaquine) déterminent parfois du prurit, des érythèmes annulaires, une pigmentation bleu-gris; elles peuvent exacerber un psoriasis ou une porphyrie. La mépracrine est responsable d'une pigmentation jaunâtre et d'éruptions lichénoïdes.

Les dérivés antimoniés (Glucantime) engendrent, en cas d'intolérance ou de surdosage, prurit, urticaire, exanthème ou éruptions papuleuses fixes. Les arsenicaux (Arsobal) peuvent se compliquer d'érythrodermie

#### 6. *Papillonite urticariante*

il s'agit d'une nuisance tropicale, propre à certains pays d'Amérique du Sud (Guyane, Venezuela, Brésil, Pérou, Argentine) et d'Afrique centrale (Gabon, Centrafrique). Elle entraîne une éruption cutanée papuleuse très prurigineuse. Cette éruption, pseudo-urticarienne, est secondaire aux pics ou « fléchettes » microscopiques disséminés dans l'atmosphère par un papillon urticant appartenant aux genres *Hylesia* (Amérique) et *Anaphae* (Afrique). Le contact avec le papillon est le plus souvent indirect. C'est la manipulation d'objets domestiques ou les déplacements dans un lieu contaminé, même plusieurs jours après le vol du papillon, qui sont à l'origine de l'éruption. Celle-ci survient dans l'heure qui suit le contact et dure de 2 à 10 jours. Elle réalise un prurigo, prédominant au niveau des zones découvertes. La meilleure attitude est d'éviter de se gratter et de se laver abondamment avec une eau très chaude. Les dermocorticoïdes et les antihistaminiques sont efficaces. La prévention repose sur la destruction des chenilles par des insecticides.

#### *Lichénification secondaire ou névrodermite*

Elle est banale en zone rurale, surtout en Asie succédant à un traumatisme minime comme une piqûre d'insecte elle réalise des plaques sèches, épaisses, bien limitées. Les formes chroniques peuvent devenir nodulaires.

## 10. AUTRES PATHOLOGIES

### *Ainhum ou dactylosis spontanea*

Cette affection d'étiologie inconnue tire son nom d'un dialecte des Nagos d'Amérique du Sud. Elle se présente d'abord comme une fissure hyperkératosique de la base d'un orteil, puis comme une bande de striction fibreuse indolore au même niveau, aboutissant à l'amputation spontanée de l'orteil au bout d'environ 5 ans. L'ainhum affecte surtout le 4<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> orteil; il peut être bilatéral. Radiologiquement on note une ostéite raréfiante et fibreuse.

L'ainhum affecte essentiellement les sujets de race noire en Afrique, en Amérique et aux Antilles. Quelques cas ont cependant été signalés en Afrique du Nord, en Asie, en Océanie. Le traitement se limite à une amputation de régularisation quand l'affection devient gênante.

### CORRESPONDANCE ENTRE CERTAINES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES ET LES ÉTIOLOGIES ENVISAGEABLES EN MILIEU TROPICAL

Macules hypochromiques	Lepre
Plaques vitiligoïdes des extrémités	Sequelles de treponematose, viteligo
Hypochromie et fines squames	Eczema
Papulo-nodules, plaques infiltrées	Lepre
Cordons serpiginieux migrateurs	Lava migrans, Loase, Lava Currens
Papulo-nodules éventuellement ulcérés, tumeurs végétantes, verruqueuses	Lieshmaniose, Mycobacteriose, Treponematose, Tumeurs, Mycoses profondes
	Prurit Onchocercose, loase, VIH, Trypanosomiase, gale, helminthiase
Émergence vermineuse	Dracunculose
Ulcères de jambe	Buruli, Drepanocytose
Granulome ulcéreux des organes génitaux	Donovanose
Adénite inguinale inflammatoire	Nicholas Fave, Chancre Mou
Ulcérations périanales	Amibiase cutanée, Herpes

[En Haut](#)