

Dermatologie Tropicale



DESC pathologie infectieuse et tropicale (2010)

Dr Antoine Mahé (Meaux, France)

Évolution spécialité sur les vingt dernières années !

- "Grandes endémies" tropicales classiques
- "Nouvelles" Maladies
- Intérêt rénové pour ancien problème: les IST
- La "dermatologie sous les tropiques" ne se limite pas aux maladies tropicales

*1. Que reste-t-il des "grandes endémies"
classiques ?*

Lèpre

Évolution du nombre de cas de lèpre dans le monde

Recensés

Estimés

1985

5 millions

12 millions

1990

4 millions

6 millions

1995

1 million

2 millions

2006

< 300.000

-----> *an 2000 (OMS) :*

"élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (prévalence < 1/10.000)"

atteint, sauf dans 15 pays

(Brésil, Inde, Myanmar, Madagascar, Mozambique,...)

Dans ces pays : prévalence < 5 / 10.000 (0.05 %)

Lèpre → *Nouveaux enjeux* (OMS)

⇒ Évolution *classification* et *traitement*

- classification clinique MB/PB: > 5 éléments
- raccourcissement traitement MB à 1 an
- traitement "minute" (ROM)

⇒ Phase de "post-élimination"

- *intégration dans système général de soins*
- effort de diagnostic précoce

→ *Dangers !!*

→ 1. *Démobilisation*

→ 2. *Réactions*

→ 3. *Infirmités*

→ 4. *Sur-diagnostic ??*

Enquête de prévalence des lésions hypochromiques

(Faye et al, *Lepr rev*, 2001)

- . Mali, milieu rural, 1.729 enfants < 15 ans
- . prévalence hypochromie = 4% : eczématides (1/4), pityriasis versicolor (1/4), nævus achromique, autres causes
- . prévalence lèpre = 1/10.000 (5 fois moins chez l'enfant)

→ *Chez l'enfant, la lèpre est 400 à 2.000 fois plus rare que les autres causes d'hypochromie !*

2. *"Nouvelles" maladies*

Peau et VIH : *quel intérêt ?*

- 100% des PVVIH auront une dermatose...
- Beaucoup peuvent être source d'une *nuisance* importante, et nécessiter un *traitement propre*
- Certaines dermatoses sont révélatrices → connaître leur *Valeur Prédictive Positive*
- D'autres ont une signification pronostique → *indicateur rapide du degré d'immunodépression* → *Caractère classant*
- Un signe dermatologique "*anodin*" peut avoir une signification médicale *majeure*

Valeur diagnostique

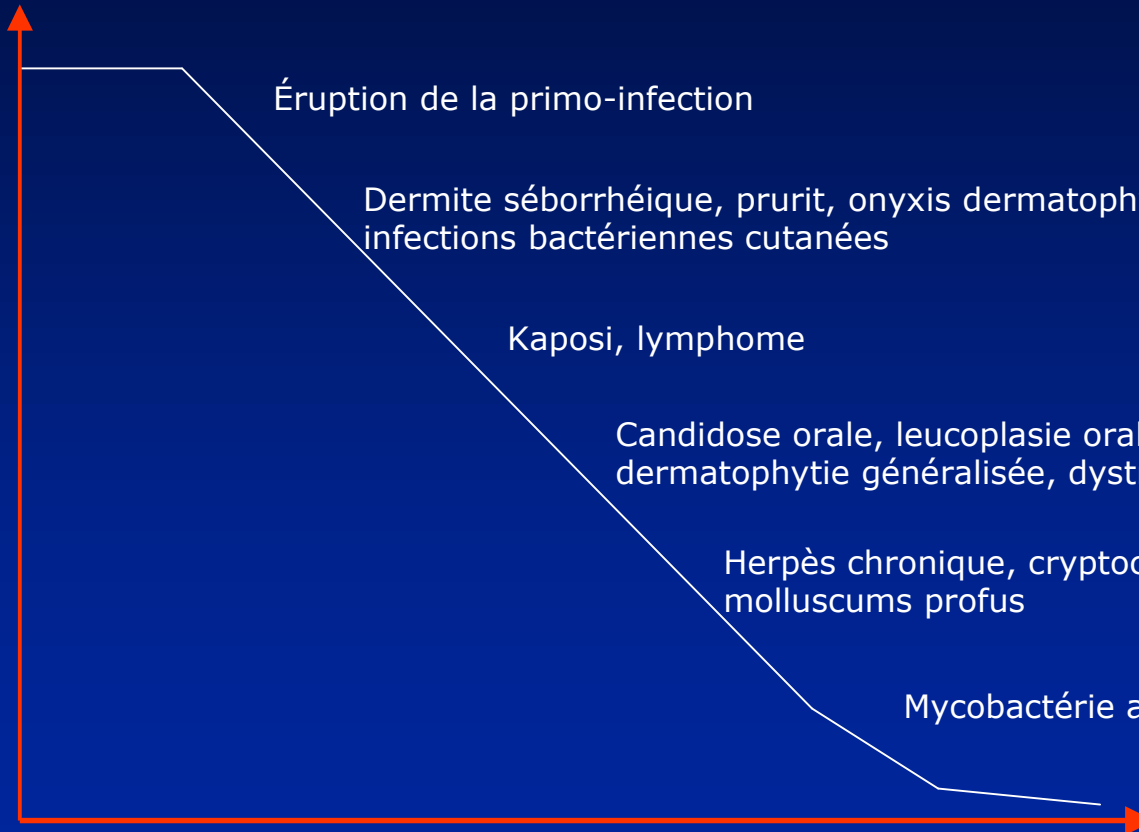
Proportion de sujets présentant une dermatose s'avérant séropositifs = "*valeur prédictive positive*" (VPP) pour une séropositivité VIH

	Zona	Prurigo	Dermite séborrhéique	Psoriasis	Kaposi
VPP	50-95%	45-90%	50%	21%	< 100%

... candidose orale, dermatophytie profuse, molluscums contagiosums (adulte), folliculites profuses, furonculose, gale profuse, MST, toxidermies... **doivent conduire à la pratique d'une sérologie VIH**

Histoire naturelle du VIH et peau

Immunité normale



Immunité nulle

D'après E. Caumes

Le HTLV-1

"L'autre rétrovirus ..."

- découvert en 1980
- endémique dans certaines régions :
 - * sud du Japon
 - * Caraïbe / Amérique du Sud: 0,2 à 10%
 - * Afrique sub-saharienne: 5.000.000 (0,5 à 15%)

Transmission

- mère/enfant: allaitement +++, (in utero)
- rapports sexuels : H → F ++
- voie sanguine : transfusion, toxicomanie IV

Histoire naturelle

Aucune complication dans plus de 90% des cas...

- > risque ATL: 2-4 % (incidence = 1/1.000/an)
- > risque PST: 0,25%
- > autres: exceptionnelles...

Pathologie associée au HTLV-1 (1)

Leucémie/lymphome T de l'adulte (LTA) (1)

Forme typique leucémique aiguë

- polyadénopathie, HSM
- atteinte cutanée (50%): polymorphe ++
- leucémie lymphoïde à cellules « en trèfle »
- hypercalcémie (50% des cas)
- pronostic médiocre (médiane survie: 6 mois)

Autres formes

- leucémie chronique
- lymphome pur
- *formes « smoldering » cutanées pures : 60% survie à 4 ans, pseudo-MF*

Diagnostic

- immunocytologie (lymphocytes T CD4+ CD8- CD25+), sérologie HTLV-I (ELISA, western blot),
- *intégration clonale provirus dans cellules tumorales +++*

Traitement

- traitement symptomatique (hypercalcémie,...)
- chimiothérapie conventionnelle: rémissions de courte durée (formes lymphomateuses)
- formes leucémiques: **AZT (1g/j) + interféron (9 millions/j) ++**, (+/- arsenic trioxide), AC anti-récepteur interleukine 2
- *greffe de moëlle allogénique*

3. Un intérêt "rénové" pour un ancien problème: les IST

Fréquence des IST dans le monde

(OMS, 1995)	syphilis	gono	chlam	tricho
Cas annuels (millions) (Monde)	12	62	89	170
Prév (H/F, %) (Af subS)	3/4	2/3	4/7	1/14
Incid (/an °/°°) (Af subS)	12/15	57/65	55/65	119

Gravité propre des IST

salpingite, GEU, stérilité, cancer du col, atteintes néonatales, syphilis tertiaires et néo-natales...

2. Impact de la prise en charge des IST curables sur la transmission du VIH

Étude de Mwuenza (Tanzanie, 1995) (*Lancet* 530-6; 346:1995)

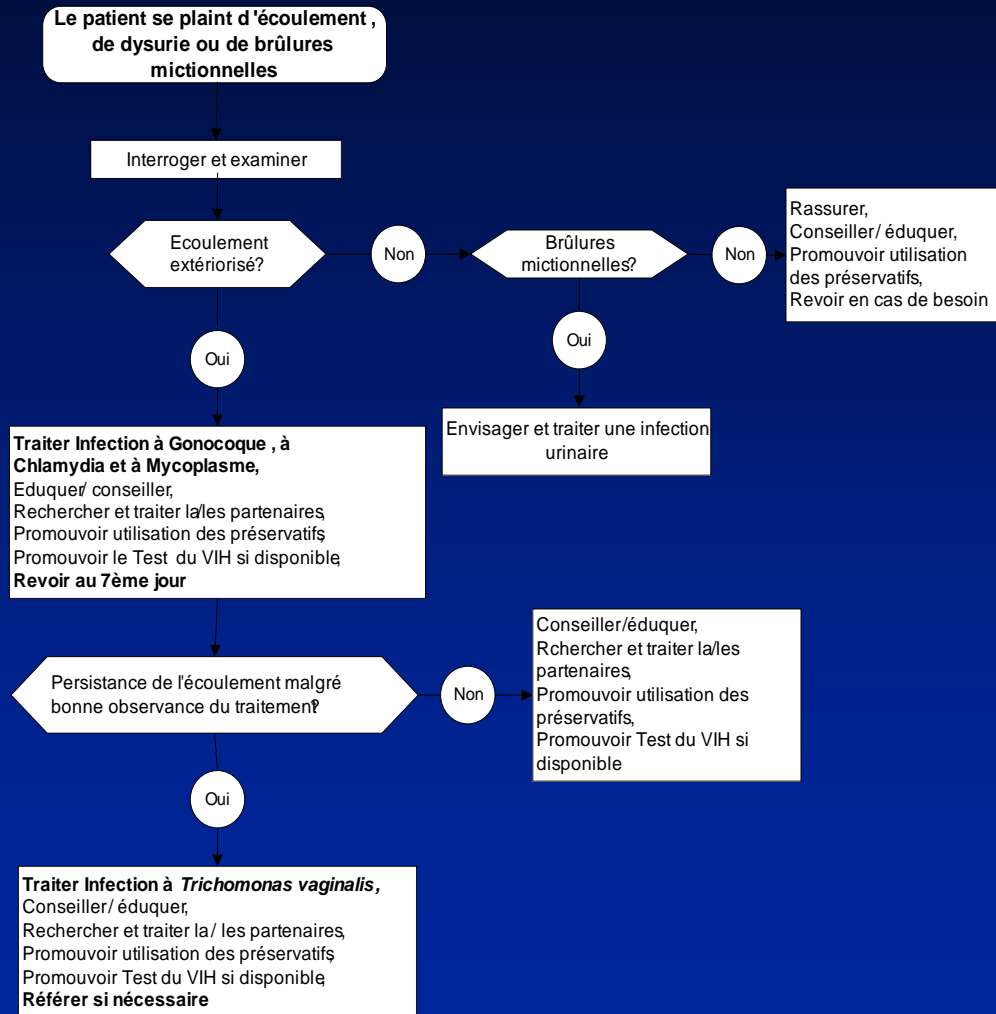
- comparaison incidence VIH dans 2 communautés randomisées: l'une où intervention sur IST curables symptomatiques (prise en charge intégrée, standardisée) / l'autre non
- ***réduction de l'incidence du VIH de 40%*** (1,2% vs 1,9%), sans modification comportements

> une lutte organisée et simple contre les principales IST curables est un des moyens permettant de *réduire l'incidence du VIH* de façon significative, particulièrement pertinent pour PVD

> la lutte contre les IST doit être un *pilier de la lutte contre l'expansion du VIH*, notamment au début de l'épidémie (groupes à risque ++)

> *objectifs communs de prévention* : promotion de la réduction des comportements à risque +++++

Algorithme « écoulement urétral chez l'homme »



TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

1. Traitement d'infection à gonocoque, chlamydia et mycoplasme :

ciprofloxacine Cp 500 mg : 1 Cp en prise unique
+ doxycycline 100 mg : 2 Cp/j au cours d'un repas 7 j

Ou :

ceftriaxone 250 mg IM une injection unique
+ doxycycline 100 mg : 2 Cp/j au cours d'un repas 7 j

Traitement de la partenaire si enceinte ou allaitante :

ceftriaxone 250 mg IM une injection unique
+ érythromycine Cp 500 mg : 2 Cp x 2/j 7 j

2. Traitement d'infection à *Trichomonas vaginalis*

métronidazole Cp 250 mg : 2 g en prise unique

La dermatologie "sous les tropiques" ne se limite pas aux maladies tropicales

Motifs de consultations dermatologiques en milieu tropical

Guadeloupe

acné	19%
myc. superficielles	13%
eczéma	11%
dermite seb	6%

m. tropicales 0.5%

Mali

gale	17%
myc. superficielles	14%
pyodermites	6%
eczéma	20%

m. tropicales 1%

"The exotic and unusual may have often been overstressed in reviews of skin diseases in tropical countries"

(Verhagen, Arch Dermatol 1968;98:577-86)

**Les maladies de peau courantes
("banales") : *un problème de santé
publique ?***

I. Épidémiologie des MDP "banales" dans les PVD

1. Prévalence des MDP

Enquêtes de prévalence menées en population générale infantile (milieu rural)

Pays	Année	MDP	Gale	Pyodermite	Teigne
Mali	1993	34%	4,3%	12,3%	9,5%
Brésil	1975	75%	3%	12%	6,2%
Vanuatu	1989	-	16%	12%	-

2. Incidence des MDP

2.1. Centres spécialisés

Pays	Année	Gale	Pyodermite	Eczéma	Mycoses
Mali	1993	17%	5,6%	20%	13,6%
Am Sud	1972-3	21%	8,5%	25%	13%
Inde	1990	16%	9%	24,5%	6,3%

2.2. Centres non spécialisés

Proportion de consultations motivées par une maladie de *peau* dans les centres de santé non spécialisés en milieu tropical

Pays	Année	Zone	Proportion	Principales maladies
Jamaïque	1985	rurale	6%	Gale, pyodermite
Mali	1993	urbaine	12%	Pyodermite, gale
Pakistan	1983	rurale	14%	Pyodermite

"Rang" : le "quatrième", "second", "cinquième"...

3. Coût

- **Absence scolaire** (Mexique): 8 j (gale), 15 j (pyodermite)
- **Coût** (Mexique): 24 \$ (gale), 52 \$ (pyodermite) [6 \$/j = revenu moyen]
- **Incapacité travail** (Inde): 408 j/100 p/an
- Traitements non conformes (Mexique): 70% !

→ Gale

"La plus grave des MDP"

- Prévalence: 1,3-17% (Afrique sub-saharienne)
- Incidence: **> 50 millions de cas par an**
- **Gravité - Complications**
 - ✓ Glomérulonéphrite post-streptococcique, septicémie
 - ✓ **Épidémies**
 - Médical
 - Coût direct (médicaments) et indirect (journées de travail perdues,...)

Les maladies de peau sont-elles un "problème de santé publique" dans les PED ?

- **(+)** : Demande forte, sévérité objective de certaines MDP, coût
- **(-)** : Sévérité "faible" comparativement à autres problèmes sanitaires, crainte que nécessite des moyens disproportionnés

→ ***Solution : nécessité d'une réponse proportionnée: simple, peu coûteuse, et efficace...***

Le "Projet Pilote de Bamako"

- Répondre à cette demande de façon *organisée* et *proportionnée*
- En se donnant les moyens d'évaluer objectivement les actions menées

BUT

Améliorer la réponse à la demande exprimée au niveau des centres de santé périphériques

1. Définir des priorités dermatologiques: *une analyse comparative*

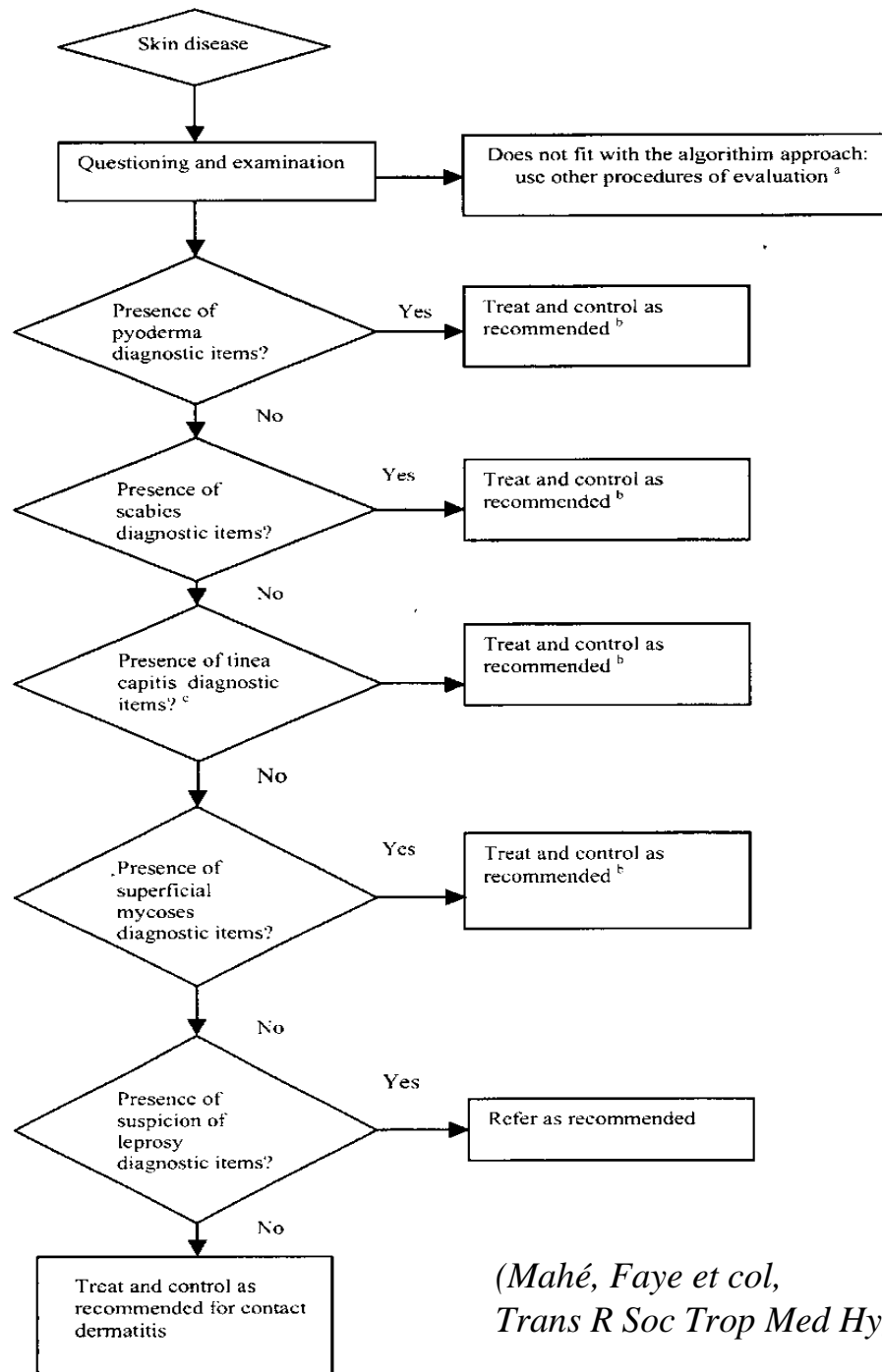
	Gravité objective	Demande (centres santé)	Faisabilité traitement	Possibilitépr évènement	Degré priorité
Gale	++	+++	+++	+/-	+++
Pyodermite	++	+++	+++	++	+++
Teigne	+/-	+/-	+	-	+
Poux	-	+/-	+	-	-

2. Améliorer les compétences dermatologiques d'agents de santé "périphériques"

Problématique

Absence d'outil adapté pour former/aider agents de santé 1^{er} niveau de soins à la pratique d'une dermatologie "de base"

→ **Algorithme "MDP"**



(Mahé, Faye et col,
Trans R Soc Trop Med Hyg, 2005)

Critères diagnostiques

combinaisons de signes
objectifs et simples

→ Traitements

liste **restreinte** de
composés disponibles
sous forme générique

3. Appliquer ce programme

Formation

- Cible: tous prescripteurs de 1^{er} niveau de recours de soin de Bamako + un district rural adjacent
- Formation = 1 journée (diapositives, cas cliniques, livret)

→ 400 agents de santé (87 MG, 218 Inf, 95 SF) formés en 22 sessions

Faciliter la mise en oeuvre

- Disponibilité en médicaments génériques

Résultats (2)

Évaluation des *pratiques* des agents formés

Étude des registres sur 4 mois (2001, 2002, 2003: 3.362 dossiers)

	2001	2003
Cas sans diagnostic	37%	6%
Diagnostic clair et traitement adéquat	42%	85%
<i>Évaluation des pratiques en situation</i>		<i>Dg adéquat 88%</i> <i>Trt adéquat 77%</i>
Coût ordonnance <i>Réduction coût</i>	2.412 F CFA	1.597 F CFA 34%

$P < 10^{-6}$

... Résultats supérieurs infirmiers / médecins

L'utilisation cosmétique de produits dépigmentants

La dépigmentation cosmétique

1. Données épidémiologiques

- **Bamako** : 25% population adulte féminine (1991)
- **Dakar** (quartier populaire) : 67% population adulte féminine (2000)
- **Dakar** (service de dermatologie) : 50% des femmes consultant
- **Afrique Centrale** : pratique féminine et masculine ("sapeurs")

France

- Métropole: "Fréquente"... mais pas déclarée
- Antilles françaises : inhabituelle

La dépigmentation cosmétique

2. Données *pharmacologiques*

Dakar, 2001

- **hydroquinone** (89%): laits, crèmes
- **corticoïdes** (niveau 1) (70%): crèmes, gels
- **caustiques** (gels bain, *acide salicylique...*) (17%)
- **mercuriels** (10%): savons (crèmes)
- **composition inconnue** (13%)

Modalités pratiques

("mordantage"... abandonné)

- purs, ou en mélanges
- 1 à 2 fois par jour
- sur tout le corps (92%)
- **Quantités** : 1 à 4 tubes / mois --> stéroïdes: 15 à 350 g

La dépigmentation cosmétique

3. *Complications dermatologiques*

Fréquentes +++ : *50% des femmes
fréquentant l'IHS de Dakar*

La dépigmentation cosmétique

4. *Données systémiques*

Mercuriels

- iodure de mercure à 1-3%
- crèmes, savons : Roberts®, Rico®, Neko®, Jaribu®....
- Complications décrites
 - rénales: syndrome néphrotique (Kenya)
 - neurologiques: atteinte périphérique et/ou centrale (USA, Mexico, Kenya)
 - grossesse et/ou allaitement: intoxication néo-natale (rein, cataracte, anémie)

Corticoïdes locaux

- souvent groupe I (crèmes, gels): propionate clobétasol +++
- quantités importantes: 95g [15-350] /mois (Dakar)
- **Complications décrites**
 - freinage biologique ($\geq 30\text{g/mois}$) : *établi au cours UCPD* (Perret et col)
 - syndrome Cushing, ISA sevrage: cas anecdotiques
 - dépigmentation cosmétique = facteur de risque pour HTA (OR = 1.3) et diabète (OR = 3.6), *surtout si usage prolongé* (> 10 ans) (Raynaud et col, 2000)

Fréquence et effets systémiques de l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants durant la grossesse à Dakar

A Mahé, F Ly, JL Perret, F Fall, G Aymard, A Dumont

*Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Centre Hospitalier, Guediawaye (Sénégal),
Hôpital Inter-Armées, Metz, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris (France)*

Patientes et méthodes

➤ **Échantillonnage**

99 femmes enceintes (3^{ème} trimestre), recrutées aléatoirement lors d'une visite prénatale (IHS, 2003)

➤ **Investigations**

- interrogatoire: UCPD (→ analyse)
- données gynéco-obstétricales de base → *accouchement* (89/99)
- cortisolémie (64/99)

Résultats ⁽¹⁾

- 68/99 (69%) ont utilisé des produits dépigmentants durant la grossesse actuelle
- 44% des utilisatrices ont diminué la pratique, *18% augmenté*
- **Composition**
 - ✓ hydroquinone = utilisée dans 96% des cas
 - ✓ corticoïdes = 50%, classe I (82%), *60 g/mois en moyenne*
 - ✓ mercuriels = 0%
 - ✓ inconnue = 4%

Résultats (2)

Corrélations statistiques significatives ?

TA, poids maternel, évènements grossesse/accouchement:
rien

	<i>Corticoïdes classe I (+)</i>	<i>Corticoïdes classe I (-)</i>	<i>P</i>
Cortisolémie	652 nmol/l	738 nmol/l	0,007
Poids placenta	565 g	632 g	0,043
Poids n-né < 2500g	30%	11%	0,046