

Panorama des principales affections dermatologiques en milieu tropical Actualités 2011

Professeur Pierre Aubry. Texte mis à jour le 03/01/2012

1. Généralités

La « dermatologie tropicale » regroupe la prise en charge des manifestations cutané-muqueuses en rapport avec un agent infectieux parasitaire, fongique, bactérien ou viral ou avec un animal, en général un arthropode ou un végétal, dont l'épidémiologie est spécifiquement tropicale. Ces manifestations cutané-muqueuses ont déjà été étudiées avec la maladie causale, qu'il s'agisse :

- des infections mycosiques : histoplasmoses, cryptococcose, chromomycose, sporotrichose, mycétomes,
- des infections bactériennes : lèpre, tuberculose, ulcère de Buruli, tréponématoses endémiques,
- des infections parasitaires : amibiase, leishmanioses, filarioses, trypanosomiasés, schistosomoses,
- des infections virales : arboviroses, infection à VIH/Sida, monkey-pox, ...

La « dermatologie sous les tropiques » regroupe les dermatoses rencontrées sous les tropiques, dermatoses pour la plupart communes aux pays industrialisés et aux pays en développement, mais avec des prévalences variables et des modes d'expression différents sous les tropiques.

Les dermatoses cosmopolites, bien connues, dans les pays du nord, comme l'eczéma ou le psoriasis, ne sont pas étudiées. Nous étudions les mycoses cutanées superficielles, les pyodermites, les ectoparasitoses et les piqûres d'insectes, les toxidermies, les anomalies de la pigmentation cutanée, les chéloïdes, les complications de la dépigmentation cosmétique sur peau noire, le pityriasis rosé de Gibert et les dermatoses lichenoïdes.

2. Les mycoses cutanées.

Les mycoses cutanées sont dues à trois types de champignons : les levures, les dermatophytes et les moisissures

2.1. Les malassezioses

Les malassezioses sont des levures classées dans le genre *Malassezia*. Ce sont des levures kératinophiles, appartenant à la flore commensale de l'homme et des animaux à sang chaud. Elles sont responsables chez l'homme du pityriasis versicolor et de la dermatite séborrhéique.

2.1.1. Le pityriasis versicolor.

C'est une mycose superficielle, très fréquente, bénigne, cosmopolite, due à une levure lipophile, saprophyte de la peau : *Malassezia furfur*. Son incidence est très forte dans les pays tropicaux chauds et humides. La lésion élémentaire est une macule arrondie ou ovale squameuse, à limites nettes, la confluence des macules réalisant des lésions de taille variable, lésions finement squameuses (signe du copeau), achromiques, très inesthétiques sur peau noire. L'atteinte siège dans les zones cutanées les plus riches en glandes sébacées : tronc, cou, épaules, avant-bras. Seules les paumes et plantes sont toujours indemnes. Le diagnostic est clinique, un diagnostic différentiel se pose avec la lèpre indéterminée. Le diagnostic biologique se fait après prélèvement des squames à la curette ou au vaccinostyle par examen direct et culture. Le traitement fait appel au décapage local et au traitement antifongique : sulfure de sélénium (SELSUN®), azolés (KETODERM®, PEVARYL®, FAZOL®, TROSYD®), terbinafine (LAMISIL®), ciclopiroxolamine (MYCOSTER®) en applications locales pendant 3 mois.

2.1.2. La dermatite séborrhéique est une dermatose érythémato-squameuse, plus fréquente et plus extensive chez les immunodéprimés, en particulier en cas de sida. Les localisations les plus fréquentes sont le cuir chevelu et le visage. Le pityriasis capitis est une forme particulière de la dermatite séborrhéique affectant spécifiquement le cuir chevelu. Le traitement associe des produits d'usage dermatologique nettoyants, keratolytiques, antiseptiques et un topique azolé ou ciclopirox (SEBIPROX®).

2.2. Les candidoses cutanées et phanériennes

Elles sont dues à des levures : *Candida sp.*

2.2.1 Les candidoses cutanées. Elles se traduisent par des intertrigos des grands plis (plis inguinaux, sous-mammaires, axillaires, inter fessier) ou des petits plis (plis interdigitaux, commissure labiale, rarement inter orteils). La peau est érythémateuse, suintante, fissurée au fond du pli recouvert d'un enduit blanchâtre. Les contours irréguliers de la lésion sont limités par une bordure « en collerette desquamative ».

2.2.2 Les candidoses unguéales. L'atteinte débute par un péri-onyxis, tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sous-unguéal. L'ongle est parasité secondairement. Il prend une teinte jaune verdâtre, marron ou noire. Les atteintes unguéales candidosiques siègent préférentiellement aux doigts.

Le diagnostic est basé sur l'examen direct : spores et filaments pseudo mycéliens et la culture sur milieu de Sabouraud en cas d'isolement de *Candida albicans*, non saprophyte de la peau, ni de l'ongle.

L'identification des colonies de *Candida albicans* et de dermatophytes signe l'onychomycose. Il est essentiel de différencier les deux étiologies, le traitement étant différent.

Le traitement des candidoses unguéales fait appel aux antifongiques locaux (dérivés imidazolés, ciclopiroxolamine) pendant 3 semaines. En cas de péri-onyxis important, le traitement antifongique est prescrit par voie locale et générale (itraconazole [SPORANOX®] 200 à 400 mg/j). Il faut éliminer les facteurs favorisants.

2.3. Les dermatophytoses

Elles sont dues à des champignons filamenteux se reproduisant par spores : les dermatophytes. Une de leur principale caractéristique est leur kératophilie, ce qui explique l'atteinte préférentielle de la couche cornée de l'épiderme ou la kératine des phanères.

2.3.1. Les teignes du cuir chevelu

Les teignes sont des affections du cuir chevelu liées à l'envahissement des cheveux ou des poils par des champignons kératinophiles, les dermatophytes.

Il y a deux genres : *Microsporum* et *Trichophyton* et trois types d'espèces : espèces anthropophiles (réservoir humain et transmission humaine), espèces zoophiles (animaux, atteintes humaines sporadiques), espèces géophiles (sol, atteintes humaines rares).

Les teignes sont classées selon la classification de Sabouraud en :

- teignes tondantes microsporiques à grandes plaques à *Microsporum sp.*, anthropophiles (*Microsporum langeroni*) : grandes plaques arrondies recouvertes de squames grisâtres,
- teignes tondantes trichophytiques à petites plaques à *Trichophyton sp.* (*T. soudanense*, *T. violaceum*, *T. tonsurans*) : petites plaques squameuses, croûteuses, sèches ou purulentes, au sein desquelles se trouvent les cheveux parsemés, cassés très courts,
- teignes suppurées (kérion, sycosis) : placard inflammatoire purulent, de survenue brutale, réalisant une sorte de « macaron » en relief, ponctué d'orifices pilaires dilatés, d'où s'écoule du pus, avec expulsion de cheveux (kérion de Celse), zoophiles (*Trichophyton*, *Microsporum*),
- teigne favique ou favus d'Afrique du nord : plaques alopeciques érythémato-squameuses, avec présence de « godets faviques » qui sont des dépressions cupuliformes recouvertes de croûtes molles et jaunâtres. L'agent causal est *Trichophyton schoenleinii*.

Les teignes sont ubiquitaires ou tropicales. Elles atteignent surtout l'enfant de 6 à 11 ans.

Le diagnostic clinique repose sur la lésion élémentaire constituée par la cassure du cheveu et la présence de squames.

Le diagnostic positif est obtenu par grattage des squames à la curette pour examen direct et culture des prélèvements sur milieu de Sabouraud. L'apport du laboratoire est indispensable dans les suspicions de teignes.

Le traitement des teignes tondantes fait appel à la griséofulvine (GRISEFULINE®) 15 à 20 mg chez l'enfant pendant 6 à 8 semaines. Le kétoconazole est utilisable en 2^{ème} intention pendant 6 à 8 semaines. La terbinafine (LAMISIL®) est efficace à la dose de 3 à 6 mg/kg/j pendant 4 semaines pour *Trichophyton* et 6 à 8 semaines pour *Microsporum*

Les teignes suppurées relèvent des mêmes mesures thérapeutiques et d'un traitement anti-inflammatoire cortisoné pour une brève durée.

La prévention des teignes consiste à ne pas utiliser la lame comme outil de coiffure, à sensibiliser les coiffeurs publics pour une hygiène des ustensiles de travail, à dépister les sujets contacts (examen de la fratrie et des parents), mais aussi les animaux de compagnie..

L'éviction scolaire n'est plus préconisée : risque de contagion faible, traitements assez rapidement efficaces..

2.3.2. Les dermatophytoses de la peau glabre.

2.3.2.1. Les dermatophytoses circinées.

La lésion cutanée de la peau glabre est une lésion érythémato-vésiculo-squameuse, prurigineuse, arrondie ou ovale, finement squameuse, à évolution centrifuge. Un diagnostic différentiel se pose avec la lèpre tuberculoïde. La confluence de plusieurs lésions donne naissance à des placards polycycliques. « L'herpès circiné », terme anciennement utilisé et aujourd'hui obsolète, est rarement isolé, souvent associé à l'atteinte des plis inguinaux (eczéma marginé de Hebra) ou à un « *athletic foot* ».

2.3.2.2. Le tokelau ou tinea imbricata

Le Tokelau ou tinea imbricata à *Trichophyton concentricum* est une mycose superficielle sur peau glabre, caractérisée au début par une macule brune recouverte de squames, qui s'étend lentement en périphérie. Elle réalise des lésions en cercles concentriques recouvrant de larges zones de peau avec une desquamation étendue. Le Tokelau est répandu dans des foyers bien localisés des zones tropicales (certaines îles du Pacifique).

2.3.2.3. Le syndrome dermatophytique chronique.

Il survient chez des sujets ayant un déficit immunologique ou soumis à un traitement prolongé par corticoïdes ou autres immunosuppresseurs. Les lésions sont polymorphes et étendues au niveau des plantes des pieds et des paumes des mains. *T. rubrum* est pratiquement toujours en cause.

2.3.3. Les dermatophytoses des plis ou intertrigos

2.3.3.1. Intertrigos des petits plis

L'atteinte réalise un intertrigo interdigitoplaire à *T. rubrum* et à *T. interdigitale*, d'aspect variable : simple desquamation, fissures, couenne blanche, vésiculo-bulles (plus spécialement au niveau du 4^{ème} espace). L'extension peut se faire à la plante du pied, réalisant le pied d'athlète ou « *athletic foot* » et à d'autres sites :

2.3.3.2. Intertrigos des grands plis.

Au niveau des plis inguinaux (ancien eczéma marginé de Hebra), plis axillaires, pli inter fessier, Le diagnostic différentiel des intertrigos dermatophytiques se fait avec les intertrigos d'origine candidosique.

Le traitement fait appel à la griséofulvine (GRISEFULINE®) comprimés : 1g/j chez l'adulte, 15 à 20 mg chez l'enfant, pendant une durée fonction de la localisation :

- eczéma marginé de Hebra : 4 à 8 semaines,

- dermatophytes des ongles des orteils : 6 à 12 mois,

et aux topiques locaux : imidazolés, ciclopiroxolamine, terbinafine.

2.3.4. Les dermatophytoses des paumes des mains

Elles sont dues à *T. rubrum*. Le patient, en général de sexe masculin, est atteint d'un intertrigo des deux pieds et présente une atteinte de la paume des mains d'aspect farineux avec hyperkératose, pouvant n'atteindre qu'une seule paume, réalisant le classique tableau « deux pieds, une main ».

2.3.5. Les dermatophytoses unguéales ou onyxis à dermatophytes.

Ils réalisent une onycholyse par décollement de la tablette de son lit, avec atteinte de la région lunulaire, le plus souvent atteinte des orteils (80%), des doigts (20%). Le traitement classique repose sur la GRISEFULINE® et les molécules imidazolées pendant 6 à 12 mois (orteils) ou 4 à 8 mois (doigts). La terbinafine [LAMISIL®] est actuellement le médicament de référence : 3 semaines pour les mains, 3 mois pour les pieds. Le traitement systémique doit s'associer à un traitement mécanique de meulage de l'ongle malade.

La confirmation du diagnostic des onyxis est indispensable puisqu'elle justifie un traitement systémique qui ne souffre pas d'erreur diagnostique. En cas de recherche négative, il faut faire 3 nouvelles recherches fongiques (dont un test au permanganate de potassium [KOH], une mise en culture et si négative une analyse par PCR. Lorsque les examens sont négatifs, et compte tenu que l'agent en cause est le plus souvent *T. rubrum*, il faut discuter l'instauration d'un traitement antifongique systémique.

2.4. Les mycoses cutanées dues à des moisissures : les Scytalidioses

Ce sont des moisissures appartenant au groupe des champignons à filaments (hyphes) septés. Ce sont des phytopathogènes qui parasitent les plantes cultivées en zone tropicale. Ils survivent sur le sol

et l'homme se contamine en marchant pieds nus. Ils sont responsables d'infections superficielles très proches des dermatophyties d'où leur appellation de «pseudo-dermatophytes» : *Scytalium sp* est une des étiologies des onchomycoses (onchopathie volontiers étendue et pigmentée, touchant tous les ongles des orteils); mais aussi de l'atteinte des mains réalisant une hyperkératose farineuse des plis de flexion interphalangiens et palmaires, de l'atteinte plantaire également bilatérale, intertrigos interorteils fissuraires. Les scytalidioses sont aussi cause d'atteintes sous-cutanées profondes et de formes invasives chez des patients présentant une immunodépression importante. Le diagnostic repose sur l'examen direct qui met en évidence des hyphes et sur la culture. Le traitement fait appel à l'amphotéricine B (en application locale, associée à une prise systémique en cas d'atteinte matricielle ou de dissémination palmoplantaire) ou au voriconazole. Les critères de guérison en cas d'onchopathie sont la normalisation à 100% de l'aspect des ongles et la négativité des prélèvements mycologiques.

3. Les pyodermites.

Elles constituent les plus fréquentes des affections cutanées dans les régions tropicales. Leur expression clinique est volontiers végétante. En climat humide et chaud, toute piqûre d'arthropode ou toute excoriation cutanée peut se surinfecter par des pyogènes. On appelle pyodermites des lésions cutanées purulentes dues à des germes banals cosmopolites : streptocoques, staphylocoques. *Staphylococcus aureus* est la bactérie la plus fréquente au cours des infections cutanées communautaires. Les données concernant les *S. aureus* résistants à la méticilline (SARM) restent limitées en Afrique. Dans une étude récente menée au Togo, un tiers des souches étaient des SARM et la prescription des antibiotiques dans la prise en charge des infections cutanées doit tenir compte de cette donnée.

3.1. L'impétigo. Il est d'origine streptococcique (streptocoque du groupe A) ou au staphylocoque ou à l'association des deux. Il est fréquent chez le nourrisson et chez l'enfant. Il siège au niveau de la face et des extrémités. Il se caractérise par des vésicules qui donnent des croûtes jaunâtres avec un exsudat purulent. La forme bulleuse est fréquente en zone tropicale. Il peut survenir sur une dermatose préexistante : gale, varicelle, eczéma. Le traitement associe antiseptiques et antibiotiques locaux, et une antibiothérapie générale (antibiotiques de référence en milieu tropical : les macrolides) en cas d'impétigo streptococcique ou d'infection staphylococcique traînante.

3.2. L'ecthyma. C'est un impétigo creusant du derme le plus souvent d'origine streptococcique. Il touche les sujets dénutris, immunodéprimés ou d'hygiène précaire. Il siège préférentiellement au niveau des membres inférieurs et réalise une ulcération nécrosante recouverte d'une croûte épaisse noirâtre, entourée d'un halo érythémateux. La guérison se fait lentement au prix d'une cicatrice atrophique et dyschromique. Dans les pays chauds et humides, cette ulcération devient chronique, phagédénique et expose à long terme au risque de carcinome épidermoïde.

L'ecthyma gangreneux est une ulcération nécrotique avec un pourtour inflammatoire débutant généralement par une lésion bulleuse. Il est dû à *Pseudomonas aeruginosae* et survient chez un immunodéprimé. Il siège dans les régions périnéale, axillaire et les membres.

Le traitement de l'ecthyma est local et général. L'antibiothérapie générale est indispensable en pays tropical, les macrolides sont à utiliser en priorité. Le traitement local est un traitement d'appoint (acide fusidique pommade [FUCIDINE®]). Le traitement général s'étend sur au moins deux semaines. Il faut y associer des mesures d'hygiène, l'examen de l'entourage, la vaccination antitétanique.

3.3 La pseudofolliculite de la barbe et le sycosis de la barbe. La pseudofolliculite de la barbe est due à une inflammation du follicule pilosébacé, liée à l'incarnation des poils rasés, atteignant avec prédilection les sujets à peau noire et à cheveux frisés. Si certaines bactéries sont mises en évidence (en particulier *Staphylococcus epidermidis*), elles ne constituent pas le *primum movens* de l'affection. Le traitement consiste en l'abstention de tout rasage et l'emploi d'antiseptiques. Le sycosis de la barbe est une folliculite profonde, généralement staphylococcique. Cliniquement, il s'agit de papules et pustules folliculaires évoluant vers un érythème, des croûtes et une infiltration de la peau.

3.4. Les dermohypodermes bactériennes.

Les dermohypodermes bactériennes (DHB) sont des infections des couches profondes de la peau (derme et hypoderme) et regroupent l'érysipèle, les cellulites et les fasciites nécrosantes. Elles sont dues habituellement au streptocoque (*Streptococcus pyogenes*), mais elles peuvent être staphylococcique (*S. aureus*). Elles réalisent un placard érythémateux, chaud, douloureux, bien circonscrit, à bordure périphérique surélevée. Elles s'accompagnent de fièvre, de frissons,

d'adénopathies satellites, de lymphangites. Elles siègent habituellement aux membres inférieurs. Il faut rechercher une porte d'entrée cutanée, une infection à VIH/Sida, la prise d'AINS. Il faut rechercher des thromboses veineuses profondes.

L'érysipèle staphylococcique est caractérisé par l'aspect bulleux des lésions. Les cellulites orbitaires sont rares. Fièvre et œdème local sont toujours présents. Tout œdème inflammatoire de la région orbitaire impose la recherche d'une porte d'entrée et de complications ophtalmologiques et neurologiques. Attention aux thrombophlébites des sinus caverneux dans les cellulites rétroseptales. Le germe le plus souvent trouvé est *Staphylococcus aureus*.

Les fasciites nécrosantes entraînent une nécrose du tissu conjonctif et adipeux avec présence de purpura nécrotique, de zones cutanées bleutées ou pâles, de zones hypo ou anesthésiques associées à une altération de l'état général, ne régressant pas sous antibiotiques, et nécessitant une exploration chirurgicale montrant une nécrose du fascia.

Ce sont des urgences nécessitant une antibiothérapie parentérale. (bêta-lactamines en cas d'érysipèle, amoxicilline-acide clavulanique avec un aminoside en cas de cellulite infectieuse, associé à un traitement chirurgical en cas de cellulite nécrosante et de fasciite nécrosante. En cas de staphylocoques résistants à la méticilline (SARM), il faut adapter l'antibiothérapie.

4. Les ectoparasitoses et les piqûres d'insectes

4.1. Les pédiculoses. On distingue la pédiculose de la tête due à *Pediculus humanus* variété *capitis*, la pédiculose du corps due à *Pediculus humanus* variété *corporis* et la pédiculose pubienne ou phtiriase due à *Phthirus pubis*. La pédiculose de la tête est la plus fréquente. Elle atteint surtout les enfants de 3 à 11 ans. La pédiculose du corps atteint des individus itinérants, à bas niveau social. Leur transmission est interhumaine. La phtiriase est à transmission sexuelle (c'est une infection sexuellement transmissible). Elles entraînent un prurit, des lésions de grattage pouvant se surinfecter : impétigo, pyodermite. L'examen met en évidence les lentes (1 mm). Le traitement doit être pédiculicide et lenticide. On prescrit des organophosphorés (malathion) en lotion ou des pyréthrinés de synthèse en lotion, aérosols, shampoing. Le problème actuel est celui des résistances aux divers insecticides. L'ivermectine est une alternative en 2^{ème} intention en cas d'échec à un traitement par insecticides locaux.

4.2. La gale humaine. Elle est due à un acarien : *Sarcoptes scabiei*, parasite humain obligatoire qui vit dans l'épiderme. Elle se transmet par contact direct. Elle entraîne un prurit surtout nocturne, des lésions au niveau des espaces inter digitaux des mains, au niveau des poignets, des coudes, de l'ombilic, des fesses, des cuisses, des seins chez la femme. Les lésions spécifiques sont les sillons scabieus, des vésicules perlées (mains), des nodules (organes génitaux externes, creux axillaires). Les lésions secondaires non spécifiques sont fréquentes : lichénification, eczématisation, impétigo. La gale norvégienne est une érythrodermie prurigineuse et croûteuse avec onyxis et hyperkératose palmo-plantaire farineuse vue chez les sujets VIH ou HTLV1 positifs. Le diagnostic de la gale est clinique. Le traitement fait appel au benzoate de benzyle (ASCABIOL® lotion), aux pyréthrinés (SPREGAL® en aérosol). La gale norvégienne est traitée par l'ivermectine.

4.3. Les piqûres d'insectes.

Les manifestations cliniques réalisent :

- des manifestations communes : la réaction élémentaire la plus fréquente est l'urticaire papuleuse. Il s'agit d'un œdème très prurigineux, localisé au siège de la piqûre, qui évolue vers une papule également prurigineuse durant plusieurs jours. L'œdème peut être centré par un point hémorragique et la papule surmontée d'une vésicule. Les réactions bulleuses aux membres inférieurs sont fréquentes chez les enfants. Les lésions siègent de préférence en zones découvertes. Le grattage peut modifier les lésions qui deviennent inflammatoires et eczématisées, voire surinfectées.

- le prurigo aigu ou prurigo strophulus est une forme particulière de réaction d'hypersensibilité retardée aux piqûres d'insectes (moustiques, puces, punaises). C'est une éruption aiguë de papules très prurigineuses vue surtout chez l'enfant de 2 à 7 ans, siégeant au niveau des régions découvertes (moustiques) ou au niveau des parties couvertes (puces),

- un prurigo subaigu et chronique est l'évolution des lésions aiguës passées inaperçues. Ce sont des papules multiples excoriées.

Elles entraînent des complications infectieuses : pyodermite, impétigo, cellulite infectieuse, septicémies. Rappelons qu'elles transmettent aussi des maladies : paludisme, arboviroses, filarioses, trypanosomiases, rickettsioses,

Les insectes en cause sont :

- des hyménoptères : abeilles, guêpes, frelons, bourdons, ...
 - des diptères : moustiques, mouches, glossines,
 - des punaises (les punaises de lit sont de retour dans le monde entier, elles peuvent être réservoir et vecteurs de bactéries résistantes (SARM),
 - des réduves,
 - des puces (dont la puce chique),.
 - des lépidoptères : chenilles cause de la dermatite des chenilles ou érucisme; papillons, cause de la papillonite,
 - des coléoptères ou scarabées, dont l'effet pathogène est du au dépôt d'une substance irritante (cantharidine). C'est le cas après contact avec *Paederus sabelis* en Guinée.
 - des tiques : les morsures de tiques sont dues à des tiques molles pouvant être cause de réactions inflammatoires locales ou de réactions anaphylactiques systémiques.
 - des araignées, dont la morsure peut causer une pustulose exanthématique aiguë généralisée.
- Le traitement des piqûres d'insectes repose sur les dermocorticoïdes agissant sur les réactions d'hypersensibilité. Le traitement préventif est basé sur les répulsifs : DEET, 35/35, perméthrine.

5. Les toxidermies. Elles sont le plus souvent de cause médicamenteuse.

5.1. L'érythème pigmenté fixe.

C'est la seule dermatose qui soit exclusivement de cause médicamenteuse. Il est très fréquent en Afrique : 20 à 40% des cas de toxidermies. Les lésions sont caractéristiques : 4 à 5 lésions siégeant au niveau des mains, des avant bras, des épaules, des cuisses, des organes génitaux externes, sous forme de placards arrondis de 1 à 10 cm de diamètre, érythémateux, apparaissant quelques minutes à quelques heures après l'ingestion du médicament, précédés de prurit. Elles guérissent en quelques jours, laissant en place une hyperpigmentation résiduelle grise ou ardoisée, bien limitée.

5.2. L'érythème polymorphe et le syndrome de Stevens-Johnson.

La place des réactions médicamenteuses dans l'étiologie de l'érythème polymorphe est très faible, la plupart des observations rapportées sont en fait des cas de **syndrome de Stevens-Johnson**. Celui-ci se caractérise par une fièvre, une éruption faite de macules souvent purpuriques, de vésicules avec détachement en lambeaux de la peau (signe de Nikolsky). Les lésions sont disséminées, prédominant sur le visage et le tronc. Il s'y associe des lésions muqueuses pluri-orificielles. L'infection à VIH/Sida est un des facteurs de risque. L'extension est imprévisible, il peut évoluer vers un syndrome de Lyell.

5.3. Le syndrome de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique.

C'est une urgence. L'infection à VIH est un facteur de risque majeur : 1 cas /1000 / an. C'est une éruption douloureuse et fébrile atteignant le visage et le tronc. Les lésions sont au départ des macules à centre foncé avec des lésions muqueuses intéressant en particulier l'œil. Puis, sur des nappes érythémateuses, apparaît un décollement épidermique en «linge mouillé». Il réalise un «syndrome de détresse cutanée aiguë» avec pertes liquidiennes (3 à 4 litres pour 50% de surface cutanée décollée), infections, principales causes de décès. La mortalité est très élevée (30% en pays tempéré). Les séquelles oculaires sont à redouter.

Les médicaments à haut risque des syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell sont les sulfamides (sulfaméthoxazole-triméthoprime, sulfadiazine, sulfasalazine, sulfadoxine); les anticomitiaux (lamotrigine, carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital), les antiinflammatoires non stéroïdiens (phénylbutazone, piroxicam, ténoxican, méloxican), des antiviraux (névirapine), des hypouricéminats (allopurinol). Il faut interrompre l'administration des médicaments dont l'arrêt brutal n'est pas dangereux.

6. Les anomalies de la pigmentation cutanée.

Les leucodermies sont caractérisées par une perte de la pigmentation normale de la peau. L'hypomélanose est une diminution de la quantité de mélanine présente dans l'épiderme ou dans les follicules pileux.

6.1. Les albinismes oculo cutanés

En Afrique, l'albinisme oculo-cutané est très fréquent et grave (il s'agit de l'AOC 2), en particulier dans certaines ethnies (les Ibos au Nigeria, 1/1000, les Bamiléké au Cameroun : 1/7900), avec une grande fréquence des cancers cutanés, principalement de type spino-cellulaire, cause des décès.

6.2. Le vitiligo : c'est une hypomélanose génétique circonscrite, réalisant des lésions d'un blanc neigeux sous forme de macules bien limitées localisées à une région du corps ou généralisées. Diagnostic différentiel avec la lèpre indéterminée.

7. Les chéloïdes

Les chéloïdes représentent une pathologie fibro-proliférative de la cicatrisation, fréquente et spécifique de la peau humaine. Il faut les distinguer des cicatrices hypertrophiques qui compliquent uniquement une plaie traumatique ou chirurgicale, prenant l'aspect d'une surélévation ferme, plus ou moins érythémateuse, pouvant régresser spontanément en 12 à 18 mois. Les chéloïdes sont des tumeurs dermiques fibroblastiques persistantes plus de 12 mois après leur survenue. Elles touchent jusqu'à 15% des populations à peau génétiquement pigmentée et y sont plus exubérantes. Elles prédominent au niveau des lobes des oreilles, des régions rétro auriculaires, du cou, de la face externe des épaules, des omoplates, du thorax en zone pré sternale. Elles sont souvent prurigineuses. Elles peuvent être secondaires à des traumatismes ou à des brûlures, mais peuvent également être spontanées, en fait probablement secondaires à des lésions minimales, comme par exemple des piqûres d'arthropodes. La très grande fréquence des pratiques rituelles, des scarifications, des tatouages, des piercing en Afrique explique leur haute prévalence sur peau noire.

Quelques diagnostics différentiels peuvent être évoqués : tumeurs bénignes ou malignes, maladie de Kaposi, lèpre, sarcoïdose, certaines mycoses comme la lobomyose. En pratique, le diagnostic des chéloïdes est clinique.

Les mécanismes physiopathologiques demeurent mal élucidés, et il n'a pas de consensus thérapeutique. De nombreuses thérapeutiques ont été proposées : injections intralésionnelles de corticoïdes, 5 FU, interféron, bléomycine, mitomycine, cryothérapie, laser, voire excision chirurgicale dans les petites chéloïdes; association exérèses chirurgicales partielles et de traitements anti lésionnels dans les chéloïdes étendues ou multiples.

8. Les complications de la dépigmentation cosmétique sur peau noire

L'utilisation à visée cosmétique de produits dépigmentants ou éclaircissants est une pratique fréquente dans les populations citadines (Afrique noire, Comores, ...).

L'application prolongée de certains composants pharmacologiques (hydroquinone, dermocorticoïdes, mercure) peut entraîner des complications cutanées à type de :

- **dyschromie**, effet adverse le plus fréquent : dépigmentation, hyperpigmentation (dermocorticoïdes),
- **(pseudo)-ochronose exogène** avec micropapules hyperpigmentées en nappe aux zones photoexposées, notamment zygomatiques (hydroquinone)
- **acné et hypertrichose** des zones photoexposées (dermocorticoïdes)
- **vergetures** (dermocorticoïdes)

Le risque infectieux est directement proportionnel à la classe et à la quantité de dermocorticoïdes utilisés : mycoses complications infectieuses les plus fréquentes (dermatophyties, candidoses, teignes, pityriasis versicolor), pyodermites (folliculites, impétigo, ecthyma, furoncles), érysipèle, gale.

Des réactions allergiques sont dues aux dérivés mercuriels ou aux mélanges à base d'hydroquinone. Des dermatites de contact sont observées à la phase initiale du morcandage.

Des effets adverses systémiques sont observés avec l'application prolongée de quantités importantes de dermocorticoïdes : hypertension artérielle, hypercorticisme ou insuffisance surrénalienne (en cas d'arrêt brutal), ou du fait de l'utilisation de savons mercuriels (troubles neurologiques, syndrome néphrotique, toxicité fœtale chez la femme enceinte).

De plus, l'application de ces topiques dépigmentants peut modifier la sémiologie dermatologique de nombreuses affections comme la lèpre, la syphilis, ...

La prise en charge de ces pratiques est complexe et basée sur l'information et la dissuasion, en particulier des jeunes femmes urbaines et célibataires

9. Le pityriasis rosé de Gibert et les dermatoses lichenoïdes.

Ce sont des affections fréquentes posant des problèmes de diagnostic différentiel.

9.1. Le pityriasis rosé de Gibert.

C'est une affection bénigne, auto-résolutive, vue chez le sujet jeune (10 à 35 ans), évoluant en deux temps : un médaillon initial isolé, puis après 2 à 3 semaines des efflorescences successives de lésions plus nombreuses sur le tronc. A ce stade, le diagnostic se pose avec une roséole syphilitique, d'où l'intérêt du VDRL et du TPHA. Son étiologie virale est suspectée : HHV 7 ?

6.2. Le lichen plan

C'est une dermatose fréquente, primitive, réalisant une éruption papuleuse violine très prurigineuse, évoluant par poussées. Le diagnostic différentiel se pose avec la syphilis secondaire (roséole syphilitique) et la lèpre lépromateuse.

10. Deux dermatoses spécifiquement tropicales sont à connaître :

10.1. L'ulcère phagédénique ou phagédénisme tropical ou ulcère annamite ou ulcère du Gabon. Il est présent dans les régions chaudes et humides : Afrique intertropicale, Inde, Sud-est asiatique, Amérique latine, îles du Pacifique, dans les zones rurales, en rapport avec les eaux et les boues. Les lésions sont uniques ou en très petits nombres, siégeant habituellement sur les jambes ou sur les pieds. Il est d'origine infectieuse : germes anaérobies et aérobies (*Fusobacterium ulcerans* + *Bacteroides sp.* et entérobactéries et autres germes ...). La lésion fait suite à un microtraumatisme : papule qui s'ulcère, de 0,5 à 5 cm de diamètre, profonde, à bords nets, à fond nécrotique. L'ulcère phagédénique peut guérir ou s'étendre. Il est malodorant. C'est une ulcération à développement rapide vue surtout en saison des pluies. Les facteurs prédisposant sont la malnutrition, les traumatismes, les maladies débilitantes. Il est fréquent chez les travailleurs ruraux, mais aussi chez les citadins vivant dans des conditions précaires (enfants des rues).. Il évolue vers une cicatrisation toujours longue à s'installer avec hyperpigmentation séquellaire ou un élargissement de l'ulcère ou une transformation carcinomateuse (cancer spino-cellulaire)

10.2. Tinea nigra est une infection mycosique de la peau glabre, observée le plus souvent au niveau des paumes des mains, surtout dans les régions tropicales. Les lésions sont des taches planes, noires, pouvant confiner en macules polycycliques. L'infection est asymptomatique. Les champignons en cause sont des champignons noirs, *Exophiala werneckii* et *Cladosporium castellanii*. Il faut différencier en zones tropicales Tinea nigra des syphilides secondaires nigricantes. Le traitement est local : imidazoles ou pommade de Whitfield pendant 3 semaines.

103. Le Rhinosclérome est une infection granulomateuse chronique responsable de lésions se développant habituellement dans les fosses nasales, mais pouvant siéger sur toute l'étendue de l'arbre respiratoire jusqu'aux bronches. C'est une maladie infectieuse due à *Klebsiella rhinoscleomatis*. Elle est caractérisée par une rhinite avec un écoulement purulent, une infiltration de la muqueuse nasale, avec une extension à la peau du nez et de la lèvre supérieure, réalisant une tuméfaction souvent ulcérée (nez de tapir ou nez de rhocéros). Des foyers d'endémie existent en Amérique latine, en Asie du sud-est, en Inde, en Afrique. Le diagnostic différentiel se pose avec la rhinosporidiose et la leishmaniose cutanéomuqueuse. Le diagnostic positif est histologique : présence de cellules de Mikulicz et bactériologique. Le traitement est antibiotique (ciprofloxacine) pendant au moins 6 mois. L'évolution est favorable.

Références

- Aquaron R. L'albinisme humain : aspects cliniques, génétiques, cellulaires, biochimiques et moléculaires. *Med. Trop.*, 2000, 60, 331-341.
- Barete S., Chosidow S., Bécherel P., Caumes E. Ectoparasitoses (poux et gale) et piqûres d'insectes. *Encycl. Med. Chir.*, Maladies infectieuses, 8-530-A-10, 2001, 13 p.
- Janier M., Caumes E. Manifestations dermatologiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *Encycl. Med. Chir.* Maladies infectieuses, 8-050-D-20, 2002, 17p.
- Maslin J., Morand J.J. Les scytalidioses (infections à *Scytalidium*). *Méd. Trop.*, 2002, 62, 132-134.
- Zagnoli A., Chevalier B., Sassolas B. Dermatopyties et dermatophytes. *Encycl. Med. Chir. Maladies infectieuses*, 8-614-A-10, 2003, 14p.
- Kerleguer A., Koeck J.L., Girard-Pipau F., Nicaud E. Recrudescence des ulcères phagédéniques à Djibouti pendant la saison des pluies. *Med. Trop.*, 2003, 63, 194-196.
- Aïlal F., Bousfiha A., Zouhadi Z., Bennani M., Abid A. Cellulites orbitaires chez l'enfant. A propos d'une étude rétrospective de 33 cas. *Med. Trop.*, 2004, 64, 359-362.
- Maslin J., Morand J.J., Soler C. Les teignes tropicales. *Med. Trop.*, 2005, 65, 313-320.
- Morand J.J., Ly F., Lightburn E., Mahé A. Complications de la dépigmentation cosmétique en Afrique. *Med. Trop.*, 2007, 67, 627-634.
- Morand J.J. Dermatologie sous les tropiques : quel avenir ? *Méd. Trop.*, 2009, 69, 213-214.
- Salles F., Théry G., Lari N., Adam S., Morand J.J. Problématique pathogénique et thérapeutique des chéloïdes. *Méd. Trop.* 2009, 69, 221-227.
- Chabasse D. Contet-Audonneau N. Dermatophytes et dermatophytoses. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-614-A-10, 2011.
- Bastide J-M. Malassezioses. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-603-A-10, 2011.

- Kombaté K., Dagnra AY, Saka B. et coll. Prévalence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) au cours des infections cutanées communautaires à Lomé (Togo). *Méd. Trop.*, 2011; 71. 68-70.
- Saka B., Kombaté K., Mloughari-Toure A. et coll. Dermo-hypodermes bactériennes et fasciites nécrosantes : 104 observations au Togo. *Méd. Trop.*, 2011, 71, 162-164.

Livres consultés

- Pierard G.E., Caumes E., Franchimont C., Estrada J.A. Dermatologie tropicale. Editions de l'Université de Bruxelles/AUPELF, 1993, 632 p..
- Caumes E. Atlas de dermatologie tropicale. Janssen-Cilag, 2003, 173 p.
- de Carsalade G.Y., Achirafi A., Flageul B. Lèpre et dermatoses courantes en pays tropical, DASS de Mayotte, 2008, 100 p.