

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO
(UPB)**

**INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(IN.S.SA)**



Année Universitaire : 2014-2015

Thèse N° 37

**LES ECZEMAS EN CONSULTATION DERMATOLOGIQUE
AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURÔ
SANOU DE BOBO-DIOULASSO : ASPECTS
EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mai 2015

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Madame MILLOGO Mariama Stéphanie épouse MILLOGO

Née le 02 Mai 1987 à Abidjan (Côte d'Ivoire)

JURY

Directeur de Thèse

Professeur Fatou BARRO/TRAORE

Co-directeur de thèse

Dr Boukary DIALLO

Président : Professeur Adama TRAORE

Membres : Dr Carole Gilberte KYELEM

Dr Boukary DIALLO

Dr Emile BIRBA

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES
DE LA SANTE (IN.S.SA)
Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO
Unité- Progrès- Justice

AVERTISSEMENT

PAR DELIBERATION, LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'INSTITUT
SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA.)/UPB A ARRETE
QUE

**LES OPINIONS EMISES DANS LES THESES DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS**

ET QU'IL N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION.

Pour le Conseil Scientifique,

Le Directeur

Pr T. Robert GUIGUEMDE

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF
ET DES ENSEIGNANTS DE L'INSSA**



LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015)

.....

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Directeur | MCA Macaire OUEDRAOGO |
| 2. Directeur Adjoint | MCA Léon G.B.SAVADOGO |
| 3. Chef du département médecine et spécialités
médicales | MCA Zakari NIKIEMA |
| 4. Chef du département de Gynécologie- Obstétrique | MCA Souleymane OUATTARA |
| 5. Chef de département de Santé publique | MCA Léon G. B. SAVADOGO |
| 6. Directeur des stages | MCA Patrick DAKOURE |
| 7. Chef du département de Chirurgie et spécialités
chirurgicales | Dr Bakary SANON |
| 8. Chef du département de Pédiatrie | Dr K. Raymond CESSOUMA |
| 9. Chef du département des Sciences
fondamentales et mixtes | Dr Salifo SAWADOGO |
| 10. Secrétaire principale | Mme Georgette YONI /SOMDA |

11. Chef du Service Administratif et Financier	M. Nazaire ZERBO
12. Chef du Service de la Scolarité	M. Yacouba YAMBA
13. Responsable du Service des Ressources Humaines	M. Seydou BANCE
14. Responsable de la Bibliothèque	M. Mohéddine TRAORE
15. Secrétaire du Directeur	Mme Fati SANGARE/OUIMINGA

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015)
.....

1. PROFESSEURS TITULAIRES

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 2. Robert T. GUIGUEMDE * | Parasitologie-Mycologie |
| 3. Blami DAO** | Gynécologie-obstétrique |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Macaire OUEDRAOGO | Médecine interne/Endocrinologie |
| 2. Souleymane OUATTARA | Gynécologie-obstétrique |
| 3. Issaka SOMBIE*** | Epidémiologie |
| 4. Jean Baptiste ANDONABA | Dermatologie-vénérologie |
| 5. Zakary NIKIEMA | Imagerie médicale |
| 6. Léon Blaise SAVADOGO | Epidémiologie |
| 7. Patrick W.H. DAKOURE | Orthopédie-Traumatologie |
| 8. Téné Marceline YAMEOGO | Médecine interne |
| 9. Abdoulaye ELOLA | ORL |
| 10. Sanata BAMBA | Parasitologie-Mycologie |
| 11. Rasmané BEOGO | Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale |

3. MAITRES- ASSISTANTS

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Jean Wenceslas DIALLO | Ophtalmologie |
| 2. Armel G. PODA | Maladies infectieuses |
| 3. Bakary Gustave SANON | Chirurgie -Anatomie |
| 4. Carole Gilberte KYELEM | Médecine interne |
| 5. Abdoul Salam OUEDRAOGO | Bactériologie/Virologie |
| 6. Der Adolphe SOME | Gynécologie-obstétrique |
| 7. Boukary DIALLO | Dermatologie-vénérologie |
| 8. Salifou GANDEMA | Médecine physique/ Réadaptation |
| 9. Aimé Arsène YAMEOGO | Cardiologie |

10. Sa Seydou TRAORE	Imagerie médicale
11. Raymond CESSOUMA	Pédiatrie
12. Cyprien ZARE	Chirurgie
13. Ibrahim Alain TRAORE	Anesthésie Réanimation

4. ASSISTANTS

1. Moussa KERE	Psychiatrie
2. Emile BIRBA	Pneumologie
3. Salifo SAWADOGO	Hématologie
4. Sié Drissa BARRO	Anesthésie-Réanimation
5. Yacouba SOURABIE	Immunologie
6. Aimée DAKOURE/KISSOU	Pédiatrie
7. Jean Baptiste TOUGOUMA	Cardiologie
8. Ibrahim SANGARE	Parasitologie générale
9. Souleymane FOFANA	Pharmacologie générale
10. Malick DIALLO	Chirurgie orthopédie
11. Makoura BARRO	Pédiatrie
12. Richard Wend Lasida OUEDRAOGO	ORL et Chirurgie cervico-facial
13. Adama OUATTARA	Chirurgie Urologie
14. Issouf KONATE	Dermatologie
15. Valentin KONSEGRE	Anatomie pathologique
16. Mâli KOURA	Hépto-gastro-entérologie
17. Clément Zième MEDA	Epidémiologie
18. Mariam HEMA/DOLO	Ophtalmologie
19. Jacques ZOUNGRANA	Infectiologie
20. Adama DEMBELE	Gynécologie obstétrique

* Doyen émérite

**En disponibilité

*** En détachement

**I. LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES
(2014 à 2015)**

1 ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB

1. Aboubacar TOGUYENI	Génétique
2. Ahmed SERE	Physique
3. Bétaboalé NAON	Physique
4. Georges Anicet OUEDRAOGO	Biochimie
5. Juliette DIALLO/TRANCHOT	Biologie cellulaire
6. M'Bi KABORE	Physique
7. Samadou COULIBALY	Anglais médical
8. Théodore M. Y. TAPSOBA	Maths et Statistiques
9. Younoussa MILLOGO	Chimie

2 ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB

1. Abel KABRE	Neurochirurgie
2. Adama LENGANI	Néphrologie
3. Adama TRAORE	Dermatologie
4. Alain ZOUBGA	Pneumologie
5. Alhassane SANOU	Anglais médical
6. Amadou TOURE	Histologie Embryologie
7. André SAMADOULOUGOU	Cardiologie
8. Appolinaire SAWADOGO	Pathologie digestive médicale
9. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
10. Assita SANOU/LAMIEN	Anatomie pathologique
11. Athanase MILLOGO	Neurologie
12. Boubacar NACRO	Pédiatrie
13. Braïma SESSOUMA	Biochimie
14. Busia KOFFI	Médecine traditionnelle
15. Daman SANO	Cancérologie
16. Dieu Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie

17. Djakaria CISSE	Anglais médical
18. Fallou CISSE	Physiologie
19. Germain SAWADOGO	Biochimie clinique
20. Joachim SANOU	Anesthésie Réanimation
21. Kampadilemba OUOBA	ORL
22. Nazinigouba OUEDRAOGO	Physiologie
23. Norbert RAMDE	Médecine légale
24. Noufounikoun MEDA	Ophtalmologie
25. Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI	Anatomie pathologique
26. Pierre GUISSOU	Pharmacologie générale
27. Lassana SANGARE	Bactériologie/Virologie
28. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
29. Théophile Lincoln TAPSOBA	Biophysique
30. Timothée KAMBOU	Urologie
31. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
32. Zékiba TARNAGDA	Maladies infectieuses
33.Hama DIALLO	Bioéthique
34.Idrissa SAVADOGO	Anatomie pathologique
35.Seydou BARRO	Informatique
36.Mme Liliane DABIRE/MEDA	Anglais médical
37.Mme Mathurine C. KOULIBALY/KANKO	Anglais médical

DEDICACES

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...

Je dédie cette thèse à...

A l'Éternel Dieu Tout Puissant,

Aucun mot ne pourrait, un tant soit peu, exprimer la grandeur des sentiments que j'éprouve pour vous. Que votre Grâce soit toujours sur nous.

A mon père (in memoriam),

Papa, mon plus grand regret est que tu nous aies quitté si tôt. J'avais encore tant besoin de toi, toi qui avait toujours été là pour moi dans les moments joyeux ou difficiles. Il n'y a pas de plus grand amour que celui qui unit un père à sa fille, un amour si grand que même la mort ne peut l'occulter. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accordé ton soutien inconditionnel. Je sais que de là où tu es, tu veilles toujours sur moi. Puisse DIEU te garder toujours auprès de lui. Amen !

A ma mère,

Maman, à ta façon si particulière, tu m'as toujours soutenue et démontrée ton amour. Que DIEU te bénisse et te comble de tous ses bienfaits et puisses-tu rester à nos côtés aussi longtemps que possible.

A mon mari Dé Victor Millogo,

Mon chéri, je n'ai pas de mots pour te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi et pour ma famille. Depuis ma première année de médecine tu m'as soutenue et encouragée dans mes moments de doute, insufflée du courage dans mes périodes de découragement. Tu m'as toujours comprise même quand j'ai fait passer mes études avant mes devoirs d'épouse. Tu es la béquille sur laquelle je m'appuie. Merci pour tout et puisses-tu toujours rester à mes côtés. Que DIEU te bénisse et te comble de grâce !
Amen !

A mes frères et sœurs Blaise, Arlette, Christelle, Patricia et Christian,

Nous nous sommes souvent chamaillés et même querellés, mais vous avez toujours été avec moi dans les moments importants. Je vous remercie pour votre soutien inconditionnel et vos conseils avisés. Que DIEU vous bénisse et vous comble de ses bienfaits.

A monsieur et madame SON,

Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments pour vous. Vous m'avez traitée comme si j'étais votre propre fille. Votre abnégation, votre bonté, votre gentillesse, votre simplicité font de vous, les êtres les plus incroyables que j'ai jamais rencontrés. Vous m'avez fait croire de nouveau à la beauté de la nature humaine. Que DIEU vous bénisse ainsi que votre famille.

A mes chers oncles et tante Mauricé Millogo, Pascal Millogo, Anna Millogo et Soumana Millogo

Pour vos conseils avisés et votre soutien dans les moments importants, je vous remercie de tout cœur. Que DIEU vous bénisse et toute votre famille.

A mes chers amis Sanon Laetitia, Ido Corinne, Konaté Mireille, Dao Ginette, Ouédraogo Vanessa, Kiendrébeogo Aguératou,

Je vous remercie pour avoir été avec moi aux moments les plus importants de ma vie. Je vous remercie pour votre soutien inconditionnel. Que DIEU vous bénisse abondamment ainsi que toute votre famille.

A monsieur Blaise Dahourou,

Je te remercie pour ta précieuse aide tout au long de l'élaboration de ma thèse. Grâce à tes explications et à ta disponibilité, tu m'as rendu ce travail très agréable. Que Dieu te bénisse ainsi que toute ta famille.

A Claudette Yaméogo,

Tu as toujours été l'étudiante parfaite, toujours attentive aux cours et disponible dans les activités extrascolaires. Grâce à toi, j'ai toujours pu me mettre à niveau. Merci beaucoup pour tout. Le Tout Puissant te le rendra au centuple ! Amen.

A tous les membres de ma famille,

Soyez toujours assurés de ma considération et de mon respect pour vous. Que Dieu vous bénisse et vous comble de ses bienfaits.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail, et en particulier,

- **Au Professeur Barro-Traoré Fatou**, dermatologue-vénérologue; merci Chère Maître, d'avoir accepté la direction de notre thèse malgré votre calendrier très chargé. Votre implication considérable dans notre travail a permis son heureux aboutissement. Nous vous en sommes très reconnaissants. Que le Tout Puissant vous bénisse ainsi que toute votre famille.
- **Au Docteur Jean Baptiste Andonaba, Maître de conférence agrégé**, chef de service de Dermatologie du CHU Sourô Sanou; merci cher Maître d'avoir accepté la réalisation de notre travail dans votre service et pour tous les apports que vous nous avez fait pour l'amélioration de notre travail. Que Dieu vous bénisse.
- **Au Docteur Boukary Diallo** pour votre disponibilité, votre sens du travail bien fait, votre rigueur et votre souci des détails. C'est grâce à votre concours inestimable que nous avons pu réaliser ce travail. Merci beaucoup pour tout et que Dieu vous comble au-delà de vos attentes.
- **Au Docteur Konaté**, nous avons beaucoup apprécié votre sens de l'humour, votre gaîté de cœur de tous les jours et votre sens de communication interpersonnelle. Merci beaucoup de m'avoir soutenu tout au long de ce travail.
- **A Monsieur Ouédraogo Moumouni** pour votre disponibilité et votre soutien! Que le Tout Puissant vous bénisse.
- **A Monsieur Dahourou Blaise** pour votre disponibilité et votre apport logistique dans notre travail. Merci pour tout et que le Seigneur te bénisse.

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail, et en particulier,

- **Au Professeur Barro-Traoré Fatou**, dermatologue-vénérologue; merci Chère Maître, d'avoir accepté la direction de notre thèse malgré votre calendrier très chargé. Votre implication considérable dans notre travail a permis son heureux aboutissement. Nous vous en sommes très reconnaissants. Que le Tout Puissant vous bénisse ainsi que toute votre famille.
- **Au Docteur Jean Baptiste Andonaba, Maître de conférence agrégé**, chef de service de Dermatologie du CHU Sourô Sanou; merci cher Maître d'avoir accepté la réalisation de notre travail dans votre service et pour tous les apports que vous nous avez fait pour l'amélioration de notre travail. Que Dieu vous bénisse.
- **Au Docteur Boukary Diallo** pour votre disponibilité, votre sens du travail bien fait, votre rigueur et votre souci des détails. C'est grâce à votre concours inestimable que nous avons pu réaliser ce travail. Merci beaucoup pour tout et que Dieu vous comble au-delà de vos attentes.
- **Au Docteur Konaté**, nous avons beaucoup apprécié votre sens de l'humour, votre gaîté de cœur de tous les jours et votre sens de communication interpersonnelle. Merci beaucoup de m'avoir soutenu tout au long de ce travail.
- **A Monsieur Ouédraogo Moumouni** pour votre disponibilité et votre soutien! Que le Tout Puissant vous bénisse.
- **A Monsieur Dahourou Blaise** pour votre disponibilité et votre apport logistique dans notre travail. Merci pour tout et que le Seigneur te bénisse.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et président du jury,

Professeur Adama TRAORE

Vous êtes :

- **Professeur titulaire en Dermatologie-vénérologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou**
- **Chef du service de Dermatologie-vénérologie au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO)**
- **Ancien Interne Des Hôpitaux**
- **Coordinateur du DES de Dermatologie-vénérologie au CHU-YO**
- **Président de la Société Burkinabé de Dermatologie, d'Esthétique et de Cosmétologie (SOBUDEC)**
- **Président de la Société de Dermatologie d'Afrique Francophone (SODAF)**
- **Ancien directeur générale de l'Ecole National de la Santé Publique (ENESP)**
- **Ancien Secrétaire Général du Ministère de la Santé**
- **Ancien Ministre de la Santé**
- **Officier de l'Ordre National**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, en dépit de votre calendrier chargé. Nous avons eu l'insigne honneur de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation. Vos qualités humaines et scientifiques, votre quête permanente du savoir et du travail bien fait, font de vous un maître admiré par ses élèves, respecté de ses pairs et reconnu dans les hautes sphères de l'Etat. C'est une chance incommensurable pour nous que vous ayez accepté d'apporter votre pierre dans l'édifice de notre travail.

Veillez trouver dans ce travail, cher Maître, l'expression de notre estime, notre profonde admiration et gratitude.

Que DIEU vous bénisse et vous comble au-delà de vos attentes, vous et votre famille.

**A notre Maître et directrice de thèse,
Professeur Fatou BARRO/TRAORE**

Vous êtes :

- **Professeur Titulaire en dermatologie-vénérologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou**
- **Conseiller à l'Ambassade du Burkina Faso en République Fédérale d'Allemagne**

Chère Maître, nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de vos encadrements théorique et pratique mais vos grandes connaissances scientifiques et vos qualités d'enseignant ont dépassé nos frontières. C'est un grand privilège pour nous aujourd'hui d'avoir travaillé sous votre direction. En effet, par vos corrections méticuleuses et vos suggestions, vous nous avez constamment guidés dans l'élaboration de ce travail. Nous voudrions être digne de la confiance que vous nous avez accordée et nous vous prions, cher Maître, de trouver ici, le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.

Que DIEU vous bénisse et vous comble au-delà de vos attentes, vous et votre famille

A notre Maître et juge,

Docteur Carole Gilberte KYELEM

Vous êtes :

- **Maître- Assistante en Médecine Interne à l'INSSA**
- **Médecin spécialisée en Médecine Interne au CHUSS**
- **Responsable de la Santé et Sécurité au Travail au CHUSS**

Chère Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Cela dénote de l'intérêt que vous portez à la formation de vos étudiants. Nous vous en sommes très reconnaissants. Nous avons eu l'occasion de bénéficier de vos encadrements théorique et pratique au cours de notre formation. Ce qui nous a permis d'apprécier votre dévouement pour la santé des malades, votre disponibilité à partager vos connaissances et votre simplicité. Tout cela fait de vous un Maître très attachant.

Veillez croire, chère Maître, à l'assurance de notre respect et notre considération.

Que DIEU vous porte toujours plus haut ainsi que toute votre famille.

A notre Maître et co-directeur de thèse,

Docteur Boukary DIALLO

Vous êtes:

- **Maître Assistant en Dermatologie-vénérologie à l'INSSA de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso**
- **Médecin spécialisé en Dermatologie-vénérologie au CHUSS**

Cher Maître, nous avons eu l'insigne honneur de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation et nous vous remercions pour la confiance que vous avez placée en nous, en nous confiant ce travail. Votre compétence, votre rigueur, votre humilité et vos immenses qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. De plus, vous nous avez guidés avec beaucoup de compréhension et de patience, nous permettant ainsi de profiter de vos grandes connaissances scientifiques. Vous êtes et vous resterez toujours pour nous une référence et un bel exemple à suivre.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre estime, de notre considération et de notre grande gratitude.

Que LE TOUT PUISSANT vous bénisse et vous comble au-delà de vos attentes, vous et votre famille.

A notre Maître et juge,

Docteur Emile BIRBA

Vous êtes :

- **Assistant en pneumo-phtisiologie à l'INSSA**
- **Médecin spécialisé en Pneumo-phtisiologie au CHUSS**
- **Allergologue**

Cher Maître, vous avez bien voulu vous intéresser à ce travail en acceptant avec spontanéité de faire partie de ce jury et apporter votre contribution à notre travail. Permettez nous, de vous en remercier. Nous avons eu l'occasion de profiter de vos grandes connaissances scientifiques au cours de vos enseignements et de notre passage dans votre service. Nous avons ainsi apprécié votre disponibilité, votre gentillesse et votre simplicité.

En acceptant juger ce travail, vous nous faites un grand honneur.

Que le TOUT PUISSANT vous bénisse abondamment ainsi que toute votre famille.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

RESUME	xxvii
ABSTRACT	xxviii
SIGLES ET ABREVIATIONS	xxix
LISTE DES TABLEAUX	xxx
LISTE DES FIGURES	xxxi
INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME	2
PREMIERE PARTIE : GENERALITES ET REVUE DE LA LITTERATURE	4
I. GENERALITES	6
1.1. DEFINITIONS	6
1.2. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA PEAU	7
1.3. PHYSIOPATHOLOGIE DES ECZEMAS	9
1.3.1. Physiopathologie de l'eczéma de contact	9
1.3.2. Physiopathologie de la dermatite atopique	10
1.4. SIGNES CLINIQUES DES ECZEMAS	11
1.4.1. Forme typique: l'eczéma aigu	11
1.4.2. Les formes cliniques	12
1.5. SIGNES PARACLINIQUES	13
1.5.1. Histologie	13
1.5.2. Numération formule sanguine	14
1.6. DIAGNOSTIC	14
1.6.1. Diagnostic positif.....	14
1.6.2. Diagnostic différentiel	17
1.6.3. Diagnostic étiologique.....	18
1.6.4. Evolution	22
1.6.5. Complications.....	22
1.7. Traitement	23
1.7.1. Traitement de la dermatite atopique	23
1.7.2. Le traitement de l'eczéma de contact	25
II. REVUE DE LA LITTERATURE	28
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	31

<i>I. OBJECTIFS DE L'ETUDE</i>	33
1.1. OBJECTIF GENERAL	33
1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	33
<i>II. CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE</i>	35
2.1. CADRE D'ETUDE	35
2.1.1. Le Burkina Faso [27,29]	35
2.1.2. La ville de Bobo-Dioulasso [28,29].....	35
2.1.3. Le CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso	36
2.2. CHAMP D'ETUDE	36
<i>III. METHODOLOGIE</i>	38
3.1. Type et période d'étude	38
3.2. Population d'étude	38
3.3.1. Echantillonnage	38
3.2.2. Critères d'inclusion.....	38
3.2.3. Critères de non inclusion	39
3.4. Variables étudiées	39
3.4.1. Variables sociodémographiques	39
3.4.2. Variables cliniques	39
3.4.3. Variables concernant les traitements administrés	40
3.4.4. Variables concernant l'évolution après traitement	40
3.5. Définitions opérationnelles	40
3.6. Collecte des données	40
3.7. Analyse des données	41
<i>IV. CONSIDERATIONS ETHIQUES</i>	44
<i>V. RESULTATS</i>	46
5.1. Données générales	46
5.1.1. Fréquence globale des eczémas	46
5.1.2. Fréquence des eczémas en fonction de l'année	46
5.2. Aspects socio- démographiques	47
5.2.1. Sexe	47
5.2.2. Age	47
5.2.3. Provenance des patients.....	49

5.2.4. Profession	49
5.3. Aspects cliniques des eczémas.....	50
5.3.1. Types étiologiques d'eczémas	50
5.3.4. Notion de la rémission/recrudescence	54
5.3.5. Topographie des lésions	55
5.3.6. Complications.....	57
5.3.7. Atopie personnelle et/ou familiale.....	59
5.3.8. Notion d'immunodépression liée au VIH.....	59
5.3.9. Maladies dermatologiques associées	59
5.4. Aspects étiologiques	59
5.4.1 Facteurs favorisants	59
5.4.2. Sources d'allergènes identifiées	60
5.5. Aspects thérapeutiques et évolutifs	62
5.5.1. Traitements administrés.....	62
5.5.2. Evolution après traitement.....	63
VI. DISCUSSION	66
6.1. Limites de notre étude	66
6.2. Données globales	66
6.3. Aspects sociodémographiques.....	67
6.3.1. Sexe	67
6.3.2. Age	67
6.3.3. Provenance des patients.....	67
6.4. Aspects cliniques des eczémas.....	68
6.4.1. Différents types d'eczémas	68
6.4.3. Evolution de la symptomatologie	69
6.4.4. Notion de rémission/recrudescence	69
6.4.5. Topographie des lésions	70
6.4.6. Complications.....	70
6.4.7. Notion d'atopie personnelle et familiale.....	70
6.5. Aspects étiologiques des eczémas	71
6.5.1. Facteurs favorisants	71
6.5.2. Sources d'allergie identifiées.....	71
6.6. Aspects thérapeutiques.....	71
6.6.1. Traitements administrés.....	71
6.6.2. Evolution après traitement.....	72
CONCLUSION.....	74

<i>SUGGESTIONS</i>	77
<i>REFERENCES</i>	80
<i>ANNEXES</i>	86
<i>SERMENT D'HIPPOCRATE</i>	94

RESUME

RESUME

Introduction: Les eczémas sont des dermatoses allergiques très fréquentes, graves de par le lourd fardeau socio-économique et psychologique qu'ils engendrent. Le but de notre travail était de contribuer à une meilleure connaissance des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des eczémas dans le service de dermatologie du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale, descriptive sur une période de 6 ans (2008 - 2013), en milieu hospitalier dermatologique. Elle a concerné tous les dossiers de patients chez qui le diagnostic d'eczéma a été posé.

Résultats: Parmi les 952 patients inclus, la prévalence des eczémas toute étiologie confondue était de 17,3 % avec une sex-ratio de 0,83. L'âge moyen était $31,8 \pm 1,27$ ans, la tranche d'âge des 20 à 29 ans et la profession "élèves ou étudiants" (203 cas) étaient les plus concernées. Une notion d'atopie personnelle était notée chez 10,8 % des patients, surtout la rhinite allergique. L'eczéma de contact représentait 57,9 % et la dermatite atopique 32,7 % des cas contre 9 % pour les autres. Les lésions se situaient, en majorité, aux membres pour l'eczéma de contact (88,1 % des cas) et aux plis pour la dermatite atopique (56,4 %). Les chaussures constituaient la source d'allergie la plus observée. Dans 53,9 % des cas, l'évolution était chronique avec des complications chez 28,5 % des patients, notamment la lichénification, l'impétiginisation et l'érythrodermie. Les dermocorticoïdes (89,9 %) et les antihistaminiques (78,6 %) étaient les traitements les plus administrés. Seuls 43,4 % des patients étaient revenus à la seconde consultation et parmi eux, l'évolution était favorable à plus de 80 % quelque soit le traitement administré et le type d'eczéma.

Conclusion : La prévalence des eczémas est élevée en consultation dermatologique à Bobo-Dioulasso; le diagnostic étiologique était limité du fait de l'absence des tests allergologiques. Alors, des actions doivent être menées pour l'identification des allergènes en vue d'une prise en charge efficiente.

Mots Clés : Eczéma, eczéma de contact, dermatite atopique, Bobo-Dioulasso

Auteur : MILLOGO/MILLOGO Mariama Stéphanie

Téléphone : (00226) 71 64 30 35 **Email :** amairam2010@yahoo.fr

ABSTRACT

Introduction: Eczemas are very common allergic dermatitis, severe by the heavy socio-economic and psychological burden they generate. The purpose of our study was to contribute to a better understanding of epidemiological, clinical and therapeutic aspects of eczemas in the Department of Dermatology of the Teaching Hospital Sourou Sanou of Bobo-Dioulasso.

Materials and Methods: This was a descriptive, analytic and retrospective study over a 6 years period (2008-2013), in dermatological hospital-based environment. It covered all patient records which had diagnosed eczema.

Results: Among the 952 patients included, the prevalence of eczema, considering every etiology, was 17.3 %, with a sex ratio of 0.83. The average age was 31.8 years \pm 1, 27, the age group of 20 to 29, and the occupation pupils/students (203 cases) were the most affected. A notion of personal atopy was present in 10.8 % of the patients, especially allergic rhinitis. Contact dermatitis represented 57.9 % and atopic dermatitis 32.7 % of cases against 9 % for others. The erythema-scaly form was the dominating clinical form with 59.9 %. Locations were mostly to limbs with contact dermatitis (88.1 % of cases) and to folds with atopic dermatitis (56.4 %). Shoes were the dominating allergy source. In 53.9 % of cases, the evolution was chronic with complications in 28.5% of patients, especially lichenification, and the impetiginisation erythroderma. Dermocorticoids (89.9 %) and antihistamines (78.6 %) were the most administered treatments. Only 43.4 % of patients had returned for the second consultation and among them, the outcome was favorable to more than 80 % with any treatment administered and type of eczema.

Conclusion: The prevalence of eczema is high in dermatology consultation in Bobo-Dioulasso; the etiology's diagnosis was mostly clinic due to the absence of allergy testing. Then, actions need to be taken in order to identify the allergens and ensure an efficient medical care.

Keywords: eczema, contact dermatitis, atopic dermatitis, Bobo-Dioulasso

Author: Mariama Stephanie MILLOGO / MILLOGO

Telephone: (00226)71643035 **Email:** amairam2010@yahoo.fr

SIGLES ET ABREVIATIONS

Agricult/Eleveurs	: Agriculteurs et Eleveurs
ATCD	: Antécédents
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	: Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou
CHU-YO	: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
Coll.	: Collaborateurs
DA	: Dermatite Atopique
DES	: Diplôme d'Etude Spécialisée
Ed.	: Edition
E.contact ou EC	: Eczéma de contact
E.atopique	: Eczéma atopique
E.contact+E.atopique	: Eczéma de contact associé à l'Eczéma atopique
E.microbien ou EM	: Eczéma microbien
E.stase	: Eczéma de stase
ETFC	: Eczéma Toutes Formes Confondues
Fonct/Salariés	: Fonctionnaires et autres salariés
IgE	: Immunoglobuline E
ISAAC	: International Study of Asthma and Allergy Childhood
MI	: Membres inférieurs
OGE	: Organes Génitaux Externes
Nbre	: Nombre
PM	: Préparation Magistrale
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
TTT	: Traitement
TH2	: Lymphocyte T Auxiliaire (T « Helper » en anglais) de type 2
UFR/SDS	: Unité de Formation et de Recherche/ Science De la Santé
UV	: Ultra Violet
VIH	: Virus de l'Immuno déficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau I : Répartition par tranches d'âge et par sexe des cas d'eczéma tous types confondus chez les 202 patients d'âge inférieur ou égal à 14 ans.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau II: Répartition des types étiologiques d'eczéma en fonction des tranches d'âge de 10 ans.....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau III: Répartition des types d'eczéma en fonction des tranches d'âge de 0 à 19 ans et de plus de 19 ans.</i>	<i>51</i>
<i>Tableau IV: Répartition des types d'eczéma en fonction de la profession</i>	<i>52</i>
<i>Tableau V: Répartition des types d'eczéma en fonction de la durée de la symptomatologie</i>	<i>54</i>
<i>Tableau VI: Répartition des types d'eczémas en fonction de leur évolutivité par rémission/recrudescence</i>	<i>55</i>
<i>Tableau VII: Répartition de la topographie des lésions au cours des eczémas tous types confondus</i>	<i>56</i>
<i>Tableau VIII : Répartition de la topographie des lésions en fonction des types d'eczéma..</i>	<i>57</i>
<i>Tableau IX : Répartition des différentes complications par rapport à l'ensemble des eczémas</i>	<i>58</i>
<i>Tableau X : Répartition des complications en fonction des types d'eczémas.....</i>	<i>58</i>
<i>Tableau XI: Répartition des facteurs favorisants en fonction des types d'eczéma</i>	<i>60</i>
<i>Tableau XII : Fréquence d'identification d'une source d'allergie en fonction des types d'eczémas.....</i>	<i>60</i>
<i>Tableau XIII: Répartition des sources d'allergie identifiées au cours des eczémas tous types confondus</i>	<i>61</i>
<i>Tableau XIV : Répartition des traitements administrés en fonction des types d'eczéma.....</i>	<i>63</i>
<i>Tableau XV: Répartition des modalités évolutives sous traitement de tous les cas d'eczéma et des cas compliqués.</i>	<i>64</i>

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Représentation schématique de la peau humaine et de ses principaux composants</i>	<i>8</i>
<i>Figure 2 : Répartition des 952 cas d'eczéma, tous types confondus, en fonction de l'année</i>	<i>46</i>
<i>Figure 3 : Répartition des 952 cas d'eczéma tous types confondus, par tranches d'âge de 10 ans.....</i>	<i>47</i>
<i>Figure 4 : Répartition des 952 cas d'eczéma tous types confondus, par sexe et par tranches d'âge de 10 ans.....</i>	<i>48</i>
<i>Figure 5 : Répartition des 952 cas d'eczéma tous types confondus en fonction de la profession</i>	<i>49</i>
<i>Figure 6 : Répartition des 952 cas d'eczéma par fréquence des différents types d'eczéma.</i>	<i>50</i>
<i>Figure 7 : Répartition des 952 cas d'eczéma en différentes formes symptomatiques.....</i>	<i>53</i>
<i>Figure 8: Répartition des différents traitements administrés au cours des eczémas tous types confondus.....</i>	<i>62</i>

INTRODUCTION/ENONCE DU PROBLEME

INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME

Enraciné depuis des siècles dans le langage populaire, le mot eczéma dérive d'un verbe grec «ekzema» qui veut dire «sortir en bouillonnant» [1]. L'eczéma est une dermatose inflammatoire, non contagieuse, faite de lésions érythémato-vésiculeuses prurigineuses, en nappes ou en placards, très récidivante et dont la lésion histologique prédominante est la spongieuse du corps muqueux de Malpighi [2]. A long terme, la peau peut devenir plus épaisse, plus sèche, perdre sa pilosité et changer de pigmentation [3]. L'eczéma comporte principalement deux entités bien définies:

➤ l'eczéma de contact, plus fréquent chez l'adulte, dû à une réaction allergique d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire, déclenchée par le contact de la peau avec une substance exogène ou allergène;

➤ la dermatite atopique ou eczéma atopique, survient sur un terrain atopique et est souvent associée à d'autres maladies allergiques comme l'asthme, la rhinite, la conjonctivite, et touche principalement les jeunes enfants [3].

➤ Les autres entités sont moins fréquentes: il s'agit des eczémas dishydrosique, nummulaire, microbien, de stase et l'eczéma craquelé.

La fréquence des eczémas s'accroît au fil des années à cause des facteurs environnementaux, du fait de l'industrialisation, de l'usage de produits phytosanitaires et de phytothérapie, du changement des modes de vie... Les cas d'eczémas ont triplé depuis les 30 dernières années, en particulier chez les plus jeunes [4]. Cette augmentation de la prévalence est variable selon les conditions géographiques, démographiques ou climatiques.

Ainsi, dans les pays industrialisés, l'eczéma atteint 15 à 30 % des enfants et 2 à 10 % des adultes [5]. Des prévalences respectives de 25 % et 24 % ont été notées en Amérique du Sud et en Inde [6]. Au Mexique, en 2010, l'eczéma représentait 24,6 % des affections cutanées en milieu rural dans l'état du Yucatan [7] ; en Irak, en 2009, une prévalence de 27 % de dermatoses était enregistrée par Al Samarai [8] parmi lesquelles 33 % étaient des eczémas.

En Afrique, la prévalence des eczémas varie selon les régions et elle est en augmentation. En effet, l'étude ISAAC (International Study of Asthma and Allergy

Childhood) a montré une augmentation de la fréquence de l'eczéma de 4,7 à 21,7 % entre 1995 et 2001 dans un échantillon de pays africains [4].

Différentes études y ont été menées, soit en population générale, soit en milieu hospitalier ou en milieu spécialisé dermatologique. Ainsi, en Egypte, une prévalence de 19,82 % d'eczéma était enregistrée par Kamal Abdel Hafez et coll. [9] dans une population rurale entre 1994 et 1996. L'eczéma représentait 4 % des dermatoses diagnostiquées dans une population rurale au Cameroun en 2010 [10] et 15,5 % des motifs de consultations dans les formations sanitaires non spécialisées de la ville de Bamako au Mali, en 1993 [11].

En milieu hospitalier, Olaniyi et coll. [12] au Nigeria, notaient une prévalence de 28.6 % d'affections dermatologiques dont 14 % d'eczémas, entre Août 1999 et Juillet 2001. En Côte d'Ivoire, l'eczéma, toutes étiologies confondues, représentait 8,5 % des patients consultant en dermatologie en 2003 [13].

Au Burkina Faso, toutes les formes d'eczémas représentaient 17,7 % des dermatoses rencontrées et le premier motif de consultation dans le service de dermatologie et de vénéréologie du CHU de Bobo-Dioulasso entre 2002 et 2008 [14]. Cependant, peu d'études ont été consacrées à cette affection au Burkina Faso en dehors de celle portant sur la dermatite atopique de l'enfant au CHU de Ouagadougou [15]. Au regard de la fréquence et de l'augmentation progressive de la prévalence des eczémas dans la population, ceux-ci posent un problème de prise en charge. En effet les eczémas comme toutes les maladies chroniques peuvent être à long terme un handicap majeur et coûteux, entraînant de lourds fardeaux socio-économiques et psychologiques. En plus, la faible disponibilité des tests allergologiques dans notre pays fait que la démarche diagnostique étiologique des eczémas est surtout clinique. Il est donc essentiel dans ce contexte de comprendre toutes les situations épidémiologiques et cliniques orientant vers cette affection.

Le but de notre travail était donc, de contribuer à une meilleure connaissance des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des eczémas pour une prise en charge efficiente.

PREMIERE PARTIE:

GENERALITES/REVUE DE LA LITTERATURE

GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. DEFINITIONS [16-19]

La définition de l'eczéma est anatomoclinique: il s'agit d'une éruption polymorphe, prurigineuse, associant érythème, vésicules, croûtes et desquamation, comprenant à l'examen histologique une spongiose (distension œdémateuse des espaces interkératinocytaires) et une exocytose (migration dans l'épiderme de cellules inflammatoires d'origine sanguine).

Il n'y a pas un, mais des eczémas: l'eczéma est en effet un syndrome cutané pouvant avoir plusieurs causes.

➤ L'eczéma atopique est une pathologie génétique cutanée, inflammatoire, chronique, marquée par sa capacité d'augmenter la production de réagine (IgE), sa susceptibilité aux rhinites allergiques et à l'asthme et sa tendance à un seuil faible au prurit. Le tableau clinique est variable suivant l'âge du patient, le stade évolutif et l'ancienneté de la pathologie. L'eczéma atopique se distingue des autres formes d'eczéma par sa tendance à une évolution fréquemment résolutive chez le nourrisson et par les manifestations qui y sont associées (asthme et rhinite allergique).

➤ L'eczéma de contact ou dermatite de contact allergique est une inflammation cutanée provoquée par l'exposition à divers antigènes appelés allergènes. Pour manifester une allergie, il faut donc être exposé à une substance à laquelle l'on devient secondairement sensibilisé. Cette sensibilisation peut prendre plusieurs mois à plusieurs années, mais une fois développée, l'inflammation surviendra de 12 à 48 heures après le contact. L'inflammation se situe habituellement au niveau du point de contact avec l'allergène mais les lésions ont ensuite tendance à diffuser à distance et à se disséminer.

➤ L'eczéma dyshidrosique ou pompholyx est une variété d'eczéma siégeant sur les paumes et les faces latérales des doigts et des orteils, récurrente. L'éruption s'accompagne d'un prurit intense. Ce tableau peut être dû à un eczéma de contact ou à d'autres causes.

➤ L'eczéma nummulaire est une variété d'eczéma dans lesquelles les lésions sont bien limitées, arrondies, affectant la forme d'une pièce de monnaie. Les lésions se

produisent généralement à la face d'extension des membres mais le visage et le tronc peuvent également être touchés. La cause de l'eczéma nummulaire pourrait être bactérienne (présence d'un foyer infectieux dentaire, ORL...) mais ceci n'est pas formellement prouvé.

➤ L'eczéma dit «microbien» est le plus souvent provoqué par des bactéries (notamment le staphylocoque doré) et prédomine donc dans les zones de pullulation bactérienne: les plis, les orifices naturels (oreilles, nez, anus...) ou au pourtour des plaies (ulcère de jambe, stomies...).

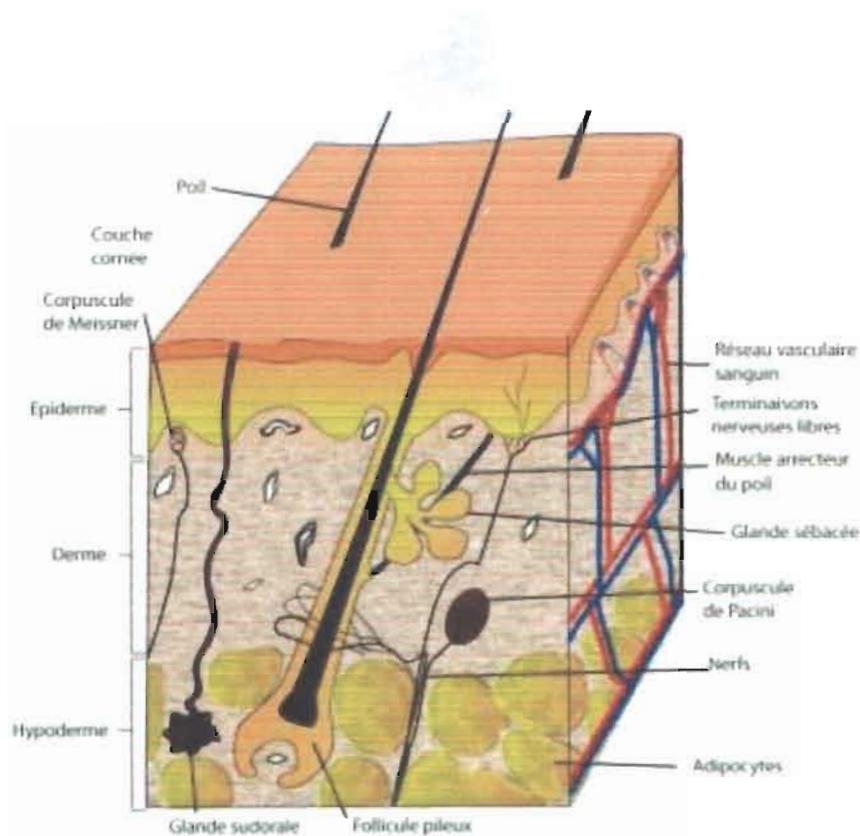
➤ L'eczéma de stase est une complication de l'insuffisance veineuse (varices) et prédomine donc sur les jambes, sous forme de grandes plaques d'eczémas à bords nets, le plus souvent sur les trajets variqueux.

➤ L'eczéma craquelé (ou eczéma « astéatotique ») est un eczéma sec, fréquent chez les personnes âgées, notamment sur les faces d'extension des membres (jambes++) voire les convexités du tronc. Cet eczéma survient dans un contexte de xérose sénile (peau sèche liée à l'âge); certains médicaments (cimétidine, hypolipémiants, diurétiques...) pourraient le favoriser.

1.2. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA PEAU [20,21]

La peau, qu'on appelle également tégument (du latin tegumentum, couverture) est l'enveloppe de notre corps; elle est en continuité avec les muqueuses qui recouvrent les cavités naturelles. C'est l'organe le plus visible de l'organisme avec une surface de 1.8 m² et un poids de 3 kg en moyenne chez l'homme adulte de 70 kg.

La peau est un organe complexe qui, schématiquement, peut être divisé en 3 couches: l'épiderme, le derme et l'hypoderme. La jonction dermo-épidermique est une zone à part entière de par sa complexité structurelle et son importance fonctionnelle. Profondément enfoncées dans le derme, se trouvent également des annexes de l'épiderme telles que les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares eucrines et apocrines.



<http://biologiedelapeau.fr/IMG/jpg/schema-peau1-francais-web.jpg>

Figure 1 : Représentation schématique de la peau humaine et de ses principaux composants [20]

La peau remplit de nombreuses fonctions, la principale étant une **fonction «barrière»**. Etant en contact direct avec l'environnement extérieur, la peau constitue une barrière dynamique qui régule le passage vers l'intérieur et vers l'extérieur de l'eau, des électrolytes et de diverses autres substances. Elle protège l'organisme contre la pénétration de microorganismes, d'agents toxiques, contre les rayons ultraviolets (UV) et contre les agressions mécaniques. La peau est également **un régulateur de la température**, un **organe immunitaire** qui détecte et combat les infections. C'est enfin un **organe sensoriel** qui transmet des informations sur la température, le toucher, la douleur, les démangeaisons et les stimuli mécaniques en tous les points du corps. De plus, étant un composant majeur de notre apparence physique, la peau joue un rôle important dans nos relations sociales et sexuelles.

1.3. PHYSIOPATHOLOGIE DES ECZEMAS [22-25]

Les eczemas sont dus à l'activation dans la peau de lymphocytes T spécifiques d'antigènes présents dans l'épiderme, engendrant des réactions inflammatoires cutanées. Ils correspondent donc à des réactions d'hypersensibilité retardée de type IV de la classification de Gell et Coombs.

Eczéma de contact et eczéma atopique auraient une physiopathologie commune liée à une rupture de tolérance immunitaire vis-à-vis d'antigènes présents au niveau cutané, potentielle chez tout individu et facilitée par de nombreux facteurs. Dans le premier cas, les allergènes seraient des agents chimiques non protéiques (métaux, colorants...), dans le second, des protéines de l'environnement (pollens, antigènes microbiens...).

1.3.1. Physiopathologie de l'eczéma de contact

L'eczéma de contact évolue en deux phases:

➤ *Phase de sensibilisation*

Le produit sensibilisant exogène est le plus souvent une haptène, c'est-à-dire une substance non immunogène par elle-même, qui pénètre dans la peau où elle s'associe à une molécule porteuse pour former un couple haptène-protéine constituant alors l'allergène complet. Ce dernier va alors être pris en charge par les cellules dendritiques de l'épiderme que sont les cellules de Langerhans. Ces cellules vont migrer au travers de la peau pour présenter cet antigène aux lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques. Les lymphocytes T «naïfs» (c'est-à-dire les lymphocytes T qui n'ont jamais été en contact avec leur antigène spécifique avant ce contact) vont se transformer en lymphocytes T «mémoires». Cette première phase est cliniquement asymptomatique et peut durer de quelques jours à plusieurs années.

➤ *Phase de déclenchement*

Elle survient dans un délai de 24 à 48 heures chez un sujet déjà sensibilisé qui présente un nouveau contact avec l'allergène. L'allergène qui a pénétré dans la peau va à nouveau être pris en charge par les cellules de Langerhans. Les lymphocytes T

mémoires portent à leur surface des molécules qui favorisent leur extravasation dans la peau. L'allergène va donc être reconnu par les lymphocytes T dans la peau. Ces lymphocytes vont proliférer et sécréter des cytokines qui vont alors recruter des cellules inflammatoires et déclencher les lésions cutanées.

1.3.2. Physiopathologie de la dermatite atopique

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de l'eczéma atopique comprennent 3 volets essentiels.

1.3.2.1. Anomalie génétique

Dans 50 à 70% des cas, les enfants atteints de DA ont un parent au 1er degré atteint d'une affection atopique. Le mode de transmission de l'atopie est probablement polygénique mais n'est pas exactement connu à l'heure actuelle.

1.3.2.2. Anomalie immunologique

L'eczéma au cours de la DA représente une forme de réaction d'hypersensibilité retardée aux allergènes de l'environnement qui met en jeu les cellules présentatrices d'antigène grâce à leur possibilité de fixer des molécules d'IgE à leur surface, le tout entraînant une réponse immunitaire inflammatoire de type TH2 à l'origine des lésions. Il existe deux formes d'eczéma atopique en fonction de l'association éventuelle à une réaction dépendante des Ig E:

- eczéma atopique extrinsèque ou allergique (hyper IgE sanguines et IgE spécifiques élevées) qui s'associe volontiers à d'autres manifestations atopiques.
- eczéma atopique intrinsèque ou non allergique (pas d'hyper IgE) qui s'associe à un risque moindre à d'autres manifestations atopiques [8].

1.3.2.3. Anomalie de la barrière cutanée

L'altération de la barrière épidermique observée dans la dermatite atopique est liée à des anomalies des lipides cutanés de surface, et à l'augmentation des pertes insensibles en eau, ce qui entraîne une facilitation de la pénétration cutanée des allergènes de l'environnement.

1.4. SIGNES CLINIQUES DES ECZEMAS [22-26]

Quelque soit leur étiologie, tous les eczemas ont des aspects cliniques communs, constituant le syndrome eczéma, fait de phases successives plus ou moins intriquées.

1.4.1. Forme typique: l'eczéma aigu

Sur le plan séméiologique, les lésions élémentaires sont représentées par:

- l'érythème: il s'agit d'un érythème congestif inflammatoire qui disparaît à la vitro pression,
- les microvésicules: de la taille d'une tête d'épingle, elles sont remplies d'un liquide clair.
- la desquamation: en squames fines résultant de l'ouverture des vésicules.

L'eczéma évolue par poussées; chaque poussée d'eczéma évolue en 4 phases et le prurit est pratiquement constant à toutes ces phases.

❖ La phase érythémateuse

Elle se manifeste par un placard érythémateux, œdémateux, chaud, inflammatoire, parsemé de petites élevures, à bords émiettés, donnant un aspect chagriné de la peau. A ce stade initial, le prurit est toujours intense.

❖ La phase vésiculeuse

Quelques heures après la première phase (6 à 10 heures), les vésicules caractéristiques de l'eczéma apparaissent sur les lésions érythémateuses. Elles sont transparentes et renferment une sérosité claire. Elles peuvent confluer pour réaliser des petites bulles. Elles ne se limitent pas toujours à la plaque érythémateuse mais peuvent se voir à distance. Ces vésicules fragiles, se rompent spontanément ou à la suite du grattage et nous entrons dans la troisième phase.

❖ La phase de suintement

Les vésicules se rompent et laissent s'écouler un liquide séreux jaunâtre; le placard se couvre alors de petites croûtes jaunâtres, résultat de la coagulation de la sérosité (assèchement). En quelques jours, les croûtes vont se dessécher et tomber; nous entrons alors dans la dernière phase.

- ❖ La phase de réparation: phase de desquamation

Lorsque les croûtes sont tombées, le tégument prend un aspect érythémateux, lisse. Rapidement la rougeur diminue, la surface de la peau se craquelle et se recouvre de squames fines. Ces squames tombent et peu à peu la peau reprend son aspect normal.

1.4.2. Les formes cliniques

1.4.2.1. *Formes symptomatiques*

- L'eczéma aigu du visage

Il est caractérisé par une rougeur intense, œdémateuse avec suintement, simulant un érysipèle, mais il est dépourvu de bourrelet périphérique, les lésions sont prurigineuses, sans adénopathies, sans phénomènes généraux.

- L'eczéma papulo-vésiculeux

Il se présente sous forme de petites élevures papuleuses, légèrement infiltrées, de teinte rose vif avec, au centre, une vésicule. Ces papulo-vésicules sont analogues à celles du prurigo simplex.

- L'eczéma micro papuleux

Il se présente sous forme de micro papules sans vésicules, très prurigineuses.

- L'eczéma nummulaire

Il est très prurigineux, les vésicules sont groupées sous formes de petits médaillons bien limités (en pièces de monnaie).

- L'eczéma bulleux

Les vésicules sont grandes et prennent la forme de bulles. Cette forme se voit surtout aux mains et aux pieds.

- L'eczéma sec

Il est constitué de taches rosées, recouvertes de squames sèches: c'est une forme dans laquelle la vésiculation est atténuée.

- L'eczéma kératosique: eczéma chronique

Il est caractérisé par un épaissement marqué de la couche cornée. Il réalise de véritables carapaces kératosiques blanc-grisâtres, épaisses et fissurées. Il se localise aux pieds, aux mains, mais surtout au niveau des doigts.

➤ L'eczéma dysidrosique

Il se localise essentiellement au niveau des mains et des pieds, surtout au niveau des faces latérales des doigts. Il est fait de vésicules profondes enchâssées dans l'épiderme du fait de l'épaisseur de la couche cornée.

1.4.2.2. Les formes compliquées

➤ Formes surinfectées

La rupture de la barrière cutanée par les vésicules est une porte d'entrée infectieuse. L'eczéma peut se compliquer d'impétigo, d'érysipèle, de lymphangite, exceptionnellement de septicémie. Ce risque infectieux doit être toujours présent à l'esprit lorsqu'on traite un eczéma, d'autant qu'il sera majoré par la corticothérapie locale.

➤ Formes chroniques

Si la cause n'est pas éliminée, l'eczéma peut devenir chronique: les suintements sont plus rares, la peau prend un aspect épaissi, quadrillé. On parle de lichénification. En cas d'un eczéma de stase, la jambe peut prendre un aspect d'éléphantiasis.

➤ Formes généralisées

L'eczéma débute à l'endroit du contact mais peut ensuite, pour des raisons mal connues, s'étendre à distance. Au maximum, toute la peau est atteinte, réalisant une érythrodermie érythémato-vésiculeuse.

1.5. SIGNES PARACLINIQUES [2]

1.5.1. Histologie

L'histologie peut être utile pour le diagnostic des formes atypiques. Elle montre:

- au niveau de l'épiderme: en phase aigüe, une spongiose (oedème dissociant les kératinocytes et aboutissant à la formation de vésicules intra-épidermiques) et une exocytose (infiltrat de cellules mononucléées entre les kératinocytes); au stade chronique, on observe une parakératose (production excessive de la kératine) et un épaississement de l'épiderme.
- au niveau du derme: un œdème, une dilatation capillaire, et un infiltrat inflammatoire.

1.5.2. Numération formule sanguine

Elle n'est pas spécifique mais peut montrer une hyper éosinophilie.

1.6. DIAGNOSTIC [23-26]

La dermatite atopique et l'eczéma de contact sont les principaux types d'eczéma décrits. Les autres types d'eczémas sont moins fréquents.

1.6.1. Diagnostic positif

1.6.1.1. Dermatite Atopique (DA) ou Eczéma Atopique

Le diagnostic positif de la dermatite atopique repose sur l'examen clinique et l'interrogatoire. Ce dernier permet de retrouver le plus souvent des antécédents d'atopie familiale (dermatite atopique, asthme, rhino conjonctivite allergique), la notion d'évolution par poussées et une sensibilité aux dermocorticoïdes. Dans de très rares cas de doute, une biopsie cutanée est effectuée.

Sur le plan biologique, on peut inconstamment observer une hyper éosinophilie et une augmentation des IgE sériques, mais cette recherche n'est pas indispensable et aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif.

Sur le plan clinique, il existe des critères majeurs et des critères mineurs:

1- Critère majeur: dermatose prurigineuse.

2-Critère mineurs:

- antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion et/ ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans;
- antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans);
- antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année
- eczéma des grands plis visible ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au dessous de 4 ans;
- début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement).

Le diagnostic est évoqué quand le critère majeur est associé à au moins trois critères mineurs.

L'aspect clinique varie selon le moment de l'examen (poussée ou rémission) mais aussi selon l'âge des patients.

❖ **Chez le nourrisson (jusqu'à deux ans)**

La DA à cet âge de la vie, comporte une atteinte symétrique des convexités du visage, les membres avec un respect assez net de la région médio faciale. Le siège qui est protégé par les couches est habituellement indemne. On peut parfois noter une atteinte des plis dès cet âge.

❖ **Chez les petits et grands enfants**

Les lésions cutanées sont habituellement localisées aux plis (creux poplités, coudes, cou) ainsi qu'aux mains, aux poignets, aux chevilles et aux mamelons. Elles sont fréquemment chroniques et lichénifiées. La sécheresse cutanée (xérose) est un élément plus constant qui s'aggrave généralement en hiver en raison du froid. Au visage, elle est responsable de lésions sèches de coloration blanchâtre appelées «dartres» achromiantes.

❖ **Chez l'adolescent et l'adulte**

Chez l'adolescent, c'est habituellement une période de recrudescence de la DA, notamment à l'occasion de conflits psychoaffectifs ou de stress. Les lésions cutanées sont fréquemment lichénifiées et atteignent les plis. La localisation "tête et cou" est commune.

1.6.1.2. Eczéma de Contact

Le diagnostic positif d'eczéma de contact est généralement clinique devant la notion d'un contact allergisant et par la présence de lésions érythémato-vésiculeuses ou squameuses prurigineuses en plaques ou en placards à bords émiettés.

Ce qui est caractéristique de l'eczéma de contact et le distingue des autres eczémas, c'est la topographie des lésions. En effet, les lésions d'eczéma de contact dessinent initialement la zone ayant été en contact avec l'allergène: trace du bracelet de montre

au poignet, trace du bouton de jean au nombril, trace du vêtement, trace des chaussures sur le dos du pied etc....

Néanmoins, le tableau clinique n'est pas toujours évident car les eczémas de contact ont une particularité de diffuser à partir du point de contact initial et peuvent donner des éruptions à distance voire même parfois se généraliser. Quelques caractères sémiologiques doivent être connus : l'eczéma de contact prend un aspect œdémateux lorsqu'il est localisé au niveau des paupières et des organes génitaux ; l'eczéma vestimentaire siège dans les zones de friction et de sudation (cou, aisselles, face interne des cuisses).

La biopsie cutanée doit être réservée aux cas douteux.

1.6.1.3. Autres types d'eczéma

➤ *La dyshidrose*

Il s'agit d'une affection vésiculeuse palmaire ou palmo-plantaire sans érythème, particulière par le caractère profond des vésicules enchâssées dans l'épiderme. Le terrain de prédilection est l'adulte jeune. Le début est souvent brutal, marqué par l'apparition de vésicules sur les faces latérales des doigts avec parfois coalescence de vésicules en bulles. Le prurit est habituellement marqué, voire intense. La surinfection bactérienne est fréquente.

➤ *L'eczéma variqueux ou de stase*

Il survient sur un terrain d'insuffisance veineuse. Il débute aux membres inférieurs mais peut s'étendre et se généraliser. Il peut aussi s'accompagner d'un véritable eczéma de contact aux topiques utilisés ou parfois au caoutchouc des bas de contention.

➤ *L'eczéma microbien*

L'eczéma dit « microbien » est le plus souvent provoqué par des bactéries (notamment le staphylocoque doré) et prédomine donc dans les zones de pullulation bactérienne : les plis, les orifices naturels (oreilles, nez, anus...) ou au pourtour de plaies (ulcère de jambe, stomies...). Cet eczéma est souvent suintant et macéré, et la macération aggrave l'eczéma.

1.6.2. Diagnostic différentiel

1.6.2.1. Dermatite atopique

➤ Chez le nourrisson

Dans cette tranche d'âge, le diagnostic différentiel inclut surtout la gale et le psoriasis.

➤ Chez le grand enfant et l'adulte

Les diagnostics différentiels sont représentés par l'eczéma de contact et le psoriasis.

1.6.2.2. Eczéma de contact

➤ *Les dermites d'irritation*

Elles sont consécutives à l'application sur la peau d'une substance irritante et ne font pas intervenir de mécanisme immunologique d'hypersensibilité (dermatose de contact non allergique). Elles sont caractérisées par des lésions d'aspect très variables, allant de la simple rougeur jusqu'à la formation de bulles voire d'une nécrose, accompagnées de prurit, de picotements ou de sensation de brûlure.

➤ *L'eczéma atopique*

Les caractéristiques de ces deux affections sont différentes. Néanmoins, il faut savoir que les eczémats de contact sont plus fréquents chez les patients atteints de dermatite atopique que dans la population générale, en raison de l'altération de la barrière cutanée favorisant la pénétration des allergènes et de l'utilisation prolongée de topiques.

➤ *Œdème du visage*

Le visage est une localisation fréquente d'eczéma de contact. Il convient néanmoins d'évoquer d'autres diagnostics tels que:

- ❖ l'érysipèle du visage s'accompagne d'œdème mais survient dans un contexte de douleur et de fièvre. Il n'y a pas de prurit.
- ❖ l'œdème de Quincke (ou urticaire profonde) entraîne un œdème du visage qui est indolore et sans prurit. Il peut être isolé ou s'accompagner d'urticaire superficielle sur le corps.
- ❖ le zona entraîne également un œdème du visage douloureux, non prurigineux. La localisation hémifaciale très évocatrice.

➤ *Autres dermatoses érythématosquameuses prurigineuses*

Parmi ces dermatoses, on peut citer les infections à dermatophytes qui s'accompagnent de prurit en général peu intense et les bordures sont plus actives. Ce diagnostic différentiel est à évoquer principalement en cas de localisation au niveau des pieds et des mains.

1.6.3. Diagnostic étiologique

1.6.3.1. Dermatite atopique

Le facteur génétique intervient dans la survenue de la dermatite atopique avec une susceptibilité accrue aux allergènes environnementaux notamment les pollens, les acariens, les antigènes microbiens...

1.6.3.2. Eczéma de contact

➤ *Conduite à tenir diagnostique*

L'identification de l'allergène responsable d'une dermatose de contact allergique est parfois facile lorsque les lésions cliniques sont particulièrement évocatrices : allergie de contact aux boucles d'oreille fantaisie, au bouton de jean, au sparadrap. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'extension des lésions à distance du contact initial, leur multiplicité et leur évolution, rendent difficile l'identification de l'allergène. Cette identification doit s'appuyer sur un interrogatoire «policier» qui guidera le choix des allergènes à tester par la méthode des tests épi cutanés.

❖ *Interrogatoire*

Il doit être méthodique, détaillé, policier et aborder les items suivants:

- antécédents: allergie de contact, allergie médicamenteuse, terrain atopique personnel ou familial;
- date de début et circonstances déclenchantes préalables éventuelles ;
- topographie initiale de l'éruption ;

❖ *Les photo-patch-tests*

Ce sont des patch-tests suivis d'une irradiation par des rayons UV à certaines longueurs d'ondes. Ils sont utilisés en cas de suspicion d'eczéma photo-induit.

➤ *Etiologies*

Les allergènes en cause sont variés; schématiquement, on distingue 4 grandes classes étiologiques d'eczéma de contact. Un allergène peut appartenir à plusieurs groupes.

❖ Etiologies professionnelles

Les hommes sont les plus souvent atteints, et les mains sont le site de prédilection.

L'épreuve du travail est positive.

- Métiers du bâtiment: sels de chrome (ciment), cobalt (peinture, émail), résines époxy (colle, vernis, peinture), formaldéhyde (colle, textile), térébenthine (menuiserie, peinture), colophane (gants, pneus).
- Coiffeurs: paraphénylène-diamine (teintures), thioglycolate (permanentes), caoutchouc (gants), nickel (instruments).
- Professions de santé: antiseptiques (iodés, mercuriels, hexamidine), aminosides, anti-inflammatoires non stéroïdiens, phénothiazines, anesthésiques locaux, caoutchoucs (gants).
- Horticulteurs: lactones sesquiterpéniques, pesticides, gants.

❖ Etiologies médicamenteuses

De nombreux topiques médicamenteux sont susceptibles d'entraîner des allergies de contact. Les principaux allergènes de contact médicamenteux sont les suivants:

- *les principes actifs*: antibiotiques (néomycine...), antiseptiques locaux (iodés, mercuriels, hexamidine), sparadrap (colophane), topiques antiprurigineux et même dermocorticoïdes ;
- *les excipients* peuvent être responsables de sensibilisation de contact: parfums, baume du Pérou, conservateurs, lanoline ;
- *les remèdes naturels*: ces topiques naturels, en particulier à base de plantes, sont de plus en plus fréquemment utilisés. Ils possèdent un réel pouvoir sensibilisant.

❖ Etiologies cosmétiques

De nombreux allergènes peuvent être impliqués dans une allergie de contact aux cosmétiques qui sont des produits extrêmement complexes et élaborés (plus de 4000 substances sont répertoriés dans la fabrication des cosmétiques). Cependant, les principaux allergènes responsables sont les parfums et les conservateurs.

❖ Etiologies vestimentaires

Les allergies de contact vestimentaires, se distinguent essentiellement en allergies de contact non textiles et en allergies de contact aux textiles eux-mêmes.

- Allergies de contact vestimentaires non textiles

-*Les métaux*: le nickel est l'allergène le plus fréquent en Europe.

-*Le cuir*: l'allergène principal du cuir est le chrome qui sert à effectuer le tannage.

-*Les caoutchoucs*: ce sont les additifs de vulcanisation (thiuram, mercapto benzothiazole et carbamate) qui sont responsables des eczémas de contact allergiques aux caoutchoucs.

- Allergies de contact textiles

-*Les apprêts textiles*: c'est essentiellement le formaldéhyde qui est incriminé.

-*Les colorants vestimentaires*: les colorants les plus fréquemment incriminés sont les colorants dispersés qui sont utilisés pour la coloration des fibres synthétiques. Sous l'effet de la sudation, ces colorants sont libérés et deviennent allergisants.

➤ Cas particulier des photo-allergènes

De nombreux médicaments utilisés par voie topique (anti-inflammatoire) ou par voie générale (sulfamides, phénothiazines, fénofibrate) peuvent être en cause.

Les végétaux sont aussi une cause fréquente de photo-allergie de contact.

1.6.4. Evolution

1.6.4.1. Evolution de la dermatite atopique

L'évolution se fait généralement vers une amélioration puis une disparition de l'eczéma avec l'âge. La résurgence à l'adolescence ou chez l'adulte jeune est possible, notamment dans un contexte de stress. Une minorité d'enfant n'a néanmoins pas cette évolution favorable et présente un eczéma chronique persistant à l'âge adulte. La survenue de manifestations respiratoires (bronchiolite chez le nourrisson, asthme, vers 2 à 3 ans, puis rhinite) est fréquente. Les épisodes cutanés peuvent coexister avec l'atteinte respiratoire ou alterner.

1.6.4.2. Evolution de l'eczéma de contact

En cas d'éviction de l'allergène, l'évolution se fait vers une guérison des lésions en 10 à 15 jours. En cas de persistance de l'allergène, lorsqu'il n'a pas été identifié ou lorsque que son éradication est difficile, les lésions évoluent vers la chronicité.

1.6.5. Complications

1.6.5.1. Complications de la dermatite atopique

- Les surinfections cutanées bactériennes ou virales
 - ❖ *Bactériennes*: le staphylocoque doré colonise la peau de l'atopique et est trouvé à une densité très supérieure à celle d'un sujet sain.
 - ❖ *Virales*: la pustulose varioliforme de Kaposi Juliusberg, due à la surinfection par le virus de l'herpès ou virus de la vaccine, peut avoir une évolution grave. On note fréquemment la présence de molluscum contagiosum, dus à un poxvirus.
- Un retard de croissance

Il peut survenir en cas de DA grave. Il se corrige souvent de façon spectaculaire quand la DA est traitée efficacement. Les dermocorticoïdes ne sont pas en cause dans ce retard de croissance.

- Les complications ophtalmologiques

Elles sont décrites mais sont très rares (kérato conjonctivite, cataracte).

➤ Les dermatites de contact

Le patient atteint de dermatite atopique est prédisposé au développement d'un eczéma de contact surajouté, ce d'autant qu'il utilise de nombreux topiques au long cours.

➤ La généralisation

L'extension des lésions vers l'érythrodermie peut poser un diagnostic différentiel avec l'érythrodermie de Leiner Moussous. Cette dernière est non prurigineuse.

1.6.5.2. Complications de l'eczéma de contact

L'eczéma de contact peut s'impétiginiser. Dans ce cas, on note la présence de croûtes jaunâtres, voire de pus. Les lésions peuvent se généraliser, aboutissant à une érythrodermie. Dans le cadre des eczémas de contact professionnels localisés aux mains, le handicap peut être important du fait de l'impossibilité à reclasser le salarié.

Dans le cas des eczémas photo-induits, il peut exister un risque de photosensibilité persistante même après éviction de l'allergène.

1.7. Traitement [23-26]

Les buts et les objectifs du traitement varient selon les types d'eczémas mais les moyens du traitement restent relativement les mêmes.

1.7.1. Traitement de la dermatite atopique

➤ Buts du traitement

-Soulager le patient en faisant disparaître le prurit et l'inconfort cutané (la guérison n'est pas l'objectif du traitement).

-Restaurer la fonction de barrière de la peau.

-Bloquer l'inflammation.

➤ Moyens et indications du traitement

❖ La toilette

Il s'agit d'une toilette normale faite à l'aide d'un produit surgras (car non irritant) et sans parfum ni lanoline pour empêcher l'apparition future d'allergies. L'utilisation

systematique d'antiseptiques pour la toilette n'est pas recommandée en dehors d'une surinfection car les antiseptiques majorent la xérose.

❖ Le traitement des lésions inflammatoires

• *Les dermocorticoïdes*

Le traitement de première intention repose sur l'utilisation de dermocorticoïdes qui vont permettre de faire disparaître l'inflammation. Ces crèmes sont à appliquer 1 fois par jour sur les lésions inflammatoires (zones rouges ou rosées, suintantes ou non). Ce traitement sera stoppé lors de la disparition de l'inflammation et repris lors de la réapparition de lésions inflammatoires. Les dermocorticoïdes doivent être utilisés de manière intermittente.

Il est actuellement recommandé de classer les dermocorticoïdes selon la classification internationale : dermocorticoïdes d'activité très forte : classe IV, forte : classe III, modérée : classe II, faible : classe I

Il convient dans la DA d'utiliser un dermocorticoïde de classe II chez le tout petit et sur le visage et un dermocorticoïde de classe III chez l'enfant plus grand et l'adulte sur le corps. Les formes crème sont à utiliser sur les lésions suintantes, les formes pommade sur les lésions sèches.

• *Les immunosuppresseurs topiques*

Il s'agit d'une innovation thérapeutique récente dans le traitement de la dermatite atopique. Les molécules développées dans cette indication sont le tacrolimus et le pimécrolimus qui appartiennent à la famille des macrolides et qui ont une action immunosuppressive sélective cutanée sans effet secondaire systémique.

❖ Le traitement de la sécheresse cutanée

Il repose sur l'application de crèmes hydratantes qui doivent être utilisées 1 à 2 fois par jour sur les zones de xérose cutanée, en dehors des lésions inflammatoires. Le type d'hydratant dépendra du degré de sécheresse cutanée et sera plus gras en hiver. De plus, les pommades grasses sont plus hydratantes même si moins confortables. Le traitement émollient quotidien et constant représente le traitement de base de l'eczéma atopique. S'il est suivi scrupuleusement, dans 90 % des cas les lésions d'eczéma vont disparaître et ne nécessiteront qu'une utilisation faible de traitement corticoïde ou d'immun modulateur local.

❖ Traitements des surinfections bactériennes

En cas d'impétiginisation, il convient d'utiliser des antibiotiques locaux, en cas de forme localisée, ou généraux en cas de forme profuse. Le germe en cause est habituellement le staphylocoque doré. La prescription de macrolides doit être évitée en raison de la prévalence élevée de résistance du staphylocoque doré à l'érythromycine.

❖ Traitement des formes sévères d'eczéma

Les formes sévères d'eczéma peuvent bénéficier de soins locaux plus intensifs lors d'une hospitalisation. Les cures thermales peuvent permettre d'améliorer temporairement l'état cutané. Certains eczémas sévères et résistants justifient l'utilisation de traitements systémiques. Parmi ces derniers, on peut citer la photothérapie, la ciclosporine, l'azathioprine.

❖ Moyens adjuvants

- Le grattage, en particulier s'il gêne le sommeil, peut être atténué par la prescription d'un antihistaminique sédatif à prendre avant le coucher.
- Les ongles doivent être coupés courts pour minimiser les lésions dues au grattage.
- Le port de moufles en coton peut être utile chez les tout petits.
- Les vêtements à même le corps doivent être en coton.
- L'enfant ne doit pas être trop couvert car la transpiration et la chaleur aggravent le prurit.
- La diversification alimentaire doit être retardée afin de limiter l'apparition d'allergies alimentaires.
- Une prise en charge psychologique du patient et de sa famille est parfois nécessaire.

1.7.2. Le traitement de l'eczéma de contact

Le principe de base du traitement de l'eczéma de contact repose sur l'élimination de l'allergène. Pour cela, il faut d'abord identifier la substance allergisante, et dans un deuxième temps éviter tout contact avec celle-ci.

➤ *Moyens et indications du traitement*

- ❖ **Les dermocorticoïdes**: ils doivent être prescrits à la fréquence d'une application par jour. Sur le visage, il convient d'utiliser un dermocorticoïde non fluoré de classe II; sur le corps, on peut utiliser un dermocorticoïde de classe III, ou parfois de classe IV dans les cas résistants. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à guérison des lésions. La corticothérapie générale n'est indiquée que de façon très exceptionnelle dans les eczémas généralisés [25].
- ❖ **Les antiseptiques, les émoullients et les antihistaminiques sédatifs** peuvent aussi être utilisés le cas échéant.
- ❖ **Les antibiotiques**: lorsque les lésions sont impétiginisées, il convient de différer l'usage des dermocorticoïdes et d'utiliser un antibiotique par voie locale, voire générale en cas de lésions étendues.
- ❖ Il convient également dans le traitement de l'eczéma de contact **de limiter les facteurs irritatifs** notamment au niveau des mains. Il est ainsi recommandé de limiter le lavage des mains et d'utiliser des produits sans savon. La protection des mains se fait par l'utilisation de gants, le plus souvent en caoutchouc en l'absence d'allergie. Il est préférable d'utiliser en dessous des gants, du coton pour éviter le contact direct et la macération.
- ❖ **Dans le cas d'un eczéma de contact professionnel**, le médecin doit rédiger un certificat en vue d'une demande de reconnaissance en maladie professionnelle.

➤ *Prévention*

La prévention repose sur l'éviction des contacts avec les substances sensibilisantes. Ces conseils sont très importants dans les contextes à risque : l'atopie ou les professions à risque car s'accompagnant d'irritation des mains, comme chez les coiffeurs, les ouvriers du bâtiment.

REVUE DE LA LITTERATURE

II. REVUE DE LA LITTERATURE

Très peu d'études ont été consacrées aux eczémas en général contrairement à celles, nombreuses, menées sur la dermatite atopique ou sur l'eczéma de contact.

Goh et coll. [30] ont mené une étude rétrospective sur une période de 02 ans (1989-1990) dans un centre de dermatologie à Singapour portant sur 25448 nouveaux patients atteints de différents types d'eczéma. La sex-ratio était de 1. Parmi ces patients, 67 % souffraient de dermatite atopique et 13,7 % d'eczéma de contact. Parmi les cas d'eczéma de contact 19,10 % concernaient des travailleurs non qualifiés et 12 % des femmes au foyer. La prévalence des eczémas atopiques avait fortement augmenté passant de 31 % en 1973 à 67 % en 1989-1990. Par contre l'eczéma exogène avait baissé de 48 % en 1973 à 15,4 % en 1989-1990.

Marrone et coll. [31] ont étudié l'épidémiologie des dermatoses chez les enfants et les adolescents en Ethiopie entre 2005 et 2009. Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 17967 patients de 0 à 18 ans atteints de dermatoses. Les dermatoses allergiques représentaient 30,25 % des cas. Parmi eux, 1890 patients étaient atteints de dermatite atopique (34,77 %) et 3143 d'eczéma de contact (57,83 %).

Schäfer et coll. [32] ont mené une étude sur l'eczéma de contact allergique des adultes en Allemagne en 2001. Il s'agissait d'une étude cas témoins en population générale. Au total 1141 adultes d'âge moyen de 50 ans (dont 50,4 % de femmes) avaient été testés au patch – tests comportant 25 allergènes standards. Le reste des informations a été obtenu par l'interrogatoire, l'examen dermatologique et le bilan sanguin. Le test était positif chez 40 % des adultes parmi lesquels les femmes représentaient 50,2 %. Le parfum (fragrance mix) était l'allergène le plus retrouvé (15,90 %).

En 2003, **Sangaré et coll. [13]** ont effectué une étude sur les aspects épidémiologiques et étiologiques des eczémas de contact de l'adulte Noir à Abidjan (Côte d'Ivoire). C'était une étude transversale sur 100 patients retenus par randomisation et testés à la batterie standard européenne afin de déterminer d'une part les caractéristiques épidémiologiques des eczémas de contact et d'autre part d'identifier les allergènes les

plus fréquents chez les patients. L'eczéma, toute étiologie confondue, représentait 8,5 % des patients et les adultes représentaient 81 % des cas. L'âge, le sexe, la profession et l'antécédent d'atopie personnelle n'intervenaient pas dans la survenue d'un eczéma de contact. La fragrance mix (parfum, cosmétiques) était l'allergène le plus représenté.

Traoré [34], pour sa thèse de Doctorat portant sur la dermatite atopique, a menée une étude rétrospective entre Janvier 1971 et Décembre 1987 à la clinique dermatologique du CHU de Dakar. La population d'étude était de 570 patients dont 537 patients en ambulatoire. Le terrain atopique était retrouvé chez 53,63 % des patients en ambulatoire et l'asthme était l'atopie la plus associée à la dermatite atopique (7,72 %) chez ces patients. Les plis, avec une fréquence de 34,03 %, étaient la localisation préférentielle et il existait une généralisation des lésions chez 3,68 % de ces patients (20 cas). Enfin, seulement 24,77 % des patients en ambulatoire étaient revenus en deuxième consultation.

Les aspects épidémiologiques et cliniques de la dermatite atopique (DA) en Tunisie ont fait l'objet d'une étude menée en 2001 par **Kharfi et coll. [35]**. Il s'agissait d'une étude rétrospective de tous les cas de dermatite atopique suivis dans le service de dermatologie sur une période de 07 ans (1992-1998). Quatre cent cinquante et un (451) cas de dermatite atopique (11,97 % d'adultes et 88,03 % d'enfants) ont été recensés, soit une moyenne de 64 nouveaux cas par an. L'âge moyen de début de la DA était de 3,2 ans. Des antécédents familiaux d'atopie étaient retrouvés dans 35,9 % des cas et des antécédents personnels dans 15,2 %. Une surinfection cutanée a compliqué 15,3 % des cas. Des dermocorticoïdes de classe III et IV ont été suffisants dans 84,8 % des cas. Le recours à un dermocorticoïde de classe I a été nécessaire dans 3,2 % des cas.

Messnourher [37], dans le cadre de sa thèse, a entrepris en 2010, une étude sur la dermatite atopique de l'enfant basé sur l'alimentation et l'environnement. Cette étude rétrospective a portée sur une série de 41 cas du service de pédiatrie à l'hôpital d'enfants Ibn Rabat. Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. L'âge moyen des patients était de 3 ans [3 mois-14 ans]. Le sexe masculin était prédominant à 68,29 % et 85 % des patients venaient de la zone

urbaine. Une notion d'atopie familiale était retrouvée chez 100 % des patients. La forme généralisée représentait 68,29 % des cas de DA.

Launay [33], dans le cadre de sa thèse en 2013 intitulée «l'amélioration de la dermatite atopique par l'éducation thérapeutique et par l'utilisation de thérapeutiques alternatives», a noté dans la population française, des prévalences suivantes: 12 % de DA chez les enfants de moins de deux ans, 27 %, chez les enfants dont l'âge est compris entre 2 et 5 ans, 16 % chez les enfants et les adolescents dont l'âge est compris entre 5 et 15 ans, et 45 % chez les patients d'âge supérieur à 15 ans (Etude Elipanel 2002) .

Diarra [36] a mené dans le cadre de sa thèse, une étude prospective entre Mai 2004 et Avril 2005 portant sur les dermatoses courantes et les IST en consultation au centre de santé de référence de la commune V de Bamako. Sur la population d'étude de 167 patients, 24 cas présentaient des cas d'eczémas. Parmi ces derniers, la dermatite atopique représentait 29,17 % et l'eczéma de contact 70,83 %. Les cas d'eczéma de contact étaient localisés à 50 % au niveau des membres. Il existait une généralisation des lésions dans 20,83 % des cas d'eczémas.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

OBJECTIFS DE L'ETUDE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. OBJECTIF GENERAL

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des eczémas en consultation dans le service de dermatologie et de vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso entre 2008 et 2013.

1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Calculer la fréquence des eczémas dans le service de dermatologie et de vénérologie du CHUSS.
- 2- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints d'eczéma vus en consultation dans le service de dermatologie et de vénérologie du CHUSS.
- 3- Décrire les aspects cliniques des eczémas rencontrés dans le service de dermatologie et de vénérologie du CHUSS.
- 4- Identifier les différentes étiologies des eczémas rencontrés dans le service de dermatologie et de vénérologie du CHUSS.
- 5- Décrire les modalités thérapeutiques et l'évolution après traitement des cas d'eczéma rencontrés dans le service de dermatologie et de vénérologie du CHUSS.

CADRE ET CHAMPS DE L'ETUDE

II. CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE

2.1. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso.

2.1.1. Le Burkina Faso [27,29]

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest dans la boucle du Niger et limité par le Mali, le Niger, le Ghana, le Togo, le Bénin et la Côte d'Ivoire.

Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) effectué en 2011, donnait une population de 16 248 558 habitants, les hommes représentant 48,25% et les femmes 51,75 % avec une densité de 51,8 habitants au km² et un taux d'accroissement annuel estimé à 3,42 %. En 2010, le taux brut de natalité était de 41,6 pour mille et le taux brut de mortalité 11,8 pour mille. La grande majorité de cette population (77,3 %) réside en milieu rural avec pour activité principale l'agriculture.

Au plan sanitaire, le pays est confronté à de nombreuses affections sévissant de façon endémique. La morbidité générale de la population du Burkina Faso est élevée (10,90%) et est principalement due aux endémo-épidémies et à certaines affections chroniques.

2.1.2. La ville de Bobo-Dioulasso [28,29]

La ville de Bobo-Dioulasso est la deuxième ville du Burkina Faso après Ouagadougou, la capitale politique. C'est le chef-lieu de la région des Hauts Bassins. Elle est située à l'Ouest du pays. Cette région couvre une superficie de 21 976,5 km², soit 9 % du territoire national avec une population estimée à 1 718 161 habitants (761 637 habitants à Bobo-Dioulasso), soit 10,57 % de la population totale du pays. Sur le plan sanitaire, il existe un centre hospitalier universitaire (CHU), 2 hôpitaux de district, 133 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 93 formations sanitaires privées de soins et 41 officines pharmaceutiques.

2.1.3. Le CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso

Le Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso est un centre de référence des formations sanitaires situées dans les 4 régions de l'ouest du pays à savoir les régions des Hauts Bassins, des Cascades, de la Boucle du Mouhoun et du Sud-ouest ; ces régions comptent une population de 4,7 millions habitants [29]. Il comporte quatre départements médico-cliniques, à savoir le département de Chirurgie et des spécialités chirurgicales, de Médecine et spécialités médicales, de Pédiatrie, de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction.

2.2. CHAMP D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de Dermatologie et de vénérologie situé au sein du Département de Médecine et spécialités médicales du CHUSS. C'est le seul service de référence de la région, spécialisé pour les affections dermatologiques. Il dispose d'une unité d'hospitalisation localisée au sein d'un bâtiment abritant la dermatologie, l'endocrinologie, la neurologie, l'hématologie et la gastro-entérologie. Les activités de consultation externe sont assurées par trois médecins dermatologues assistés des stagiaires de sixième et septième année de médecine et d'un personnel paramédical. Tout patient vu en consultation externe ou hospitalisé dispose d'un dossier médical renseigné par les dermatologues. Ces dossiers médicaux ont servi de source d'information pour la collecte des données.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

3.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale, descriptive sur une période de 06 ans (du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2013), portant sur tous les cas d'eczéma survenant chez des sujets de tout âge et des deux sexes. Elle avait consisté à colliger les données inscrites sur les dossiers des patients ayant consultés pour un eczéma. La recherche étiologique de nos cas d'eczémas, par manque des tests allergologiques, était basée sur les informations obtenues par l'interrogatoire sur le mode de début, l'évolution de la symptomatologie, la localisation première des lésions et la notion de l'atopie personnelle et familiale, ainsi que par l'examen dermatologique.

3.2. Population d'étude

Il s'agissait de tous les patients ayant été admis dans le service de dermatologie et vénérologie du CHUSS de Bobo-Dioulasso durant la période de l'étude chez qui le diagnostic d'eczéma avait été posé et qui possédaient un dossier médical.

3.3.1. Echantillonnage

Dans les registres de consultation du service de dermatologie, nous avons répertorié tous les cas d'affections de la peau diagnostiquées lors des consultations durant la période d'étude. Nous avons sélectionné de façon systématique tous les cas qui étaient notés «eczéma » et recherché leurs dossiers cliniques. Ensuite nous avons retenus tous les dossiers des patients dont le diagnostic d'eczéma était avéré.

3.2.2. Critères d'inclusion

Tous les dossiers des patients présentant un eczéma, quelle qu'en soit le type, à savoir l'eczéma de contact, l'eczéma atopique, l'eczéma nummulaire, la dyshidrose, l'eczéma sec, l'eczéma kératosique, l'eczéma de stase, l'eczéma microbien ont été retenus pour la présente étude sans distinction d'âge, de sexe, ou de profession.

3.2.3. Critères de non inclusion

N'avaient pas été inclus dans l'étude, les dossiers médicaux ayant été l'objet d'un doublon, les dossiers où le diagnostic d'eczéma était incertain et les dossiers non retrouvés alors que répertoriés dans le registre.

N'avaient également pas été inclus, la dermite irritative, la dermite séborrhéique, le lichen simplex chronique, la dermatose plantaire juvénile qui sont considérés par certains auteurs comme faisant partie du groupe des eczémas.

3.4. Variables étudiées

Il s'agissait de variables sociodémographiques, cliniques et concernant les traitements administrés.

3.4.1. Variables sociodémographiques

- Age
- Sexe
- Profession
- Provenance: (Bobo-Dioulasso, autre milieu urbain et milieu rural)

3.4.2. Variables cliniques

- Evolution de la symptomatologie: aigue ou chronique
- Notion d'évolutivité par rémission/récrudescente
- Notion d'atopie personnelle et/ou familiale
- Notion d'immunodépression au VIH
- Types d'eczéma
- Manifestations symptomatologiques des eczémas
- Topographie des lésions
- Complications: impétiginisation, généralisation, lichénification, autres (érysipèle, éléphantiasis...)
- Maladies dermatologiques associées
- Facteurs favorisants éventuels
- Sources d'allergènes identifiés

3.4.3. Variables concernant les traitements administrés

- Dermocorticoïdes : dermocorticoïde sans association, dermocorticoïde associé à l'acide salicylique, dermocorticoïde dans une préparation magistrale.
- Antihistaminiques
- Antiseptiques locaux
- Antibiotiques locaux
- Antibiotiques généraux
- Emollients
- Autres

3.4.4. Variables concernant l'évolution après traitement

Evolution de la symptomatologie à la seconde consultation : Défavorable, stationnaire, peu favorable, favorable

3.5. Définitions opérationnelles

L'évolution de la symptomatologie est dite **chronique** quand elle excède un mois; elle est dite **aigüe** quand elle est inférieure ou égale à un mois et elle est dite **non précisée** si le patient n'arrive pas à situer le début de la symptomatologie ou si l'évolution de la symptomatologie n'a pas été notée dans le dossier clinique.

L'évolution après traitement est **favorable** quand les symptômes et les lésions enregistrés à la première consultation ont disparu à la seconde consultation. L'évolution après traitement est **défavorable** en cas de persistance et même d'aggravation des lésions et symptômes lors de la seconde consultation. Elle est dite **peu favorable** quand une légère amélioration des symptômes et lésions est constatée lors de la seconde consultation et elle est dite **stationnaire** quand les symptômes et les lésions restent les mêmes à la seconde consultation.

3.6. Collecte des données

La collecte des données avait été faite par l'analyse des dossiers médicaux des patients atteints d'eczéma durant la période d'étude. Une fiche de collecte standardisée a

permis de recueillir toutes les informations nécessaires sur les variables à étudier à savoir l'âge des patients, le sexe, la profession, le lieu de résidence, les antécédents pathologiques, la durée d'évolution, le siège des lésions, leur aspect, les complications, l'étiologie éventuelle, les pathologies associées, le traitement et l'évolution à la seconde consultation après le début du traitement.

3.7. Analyse des données

➤ Logiciel et saisie : les données ont été saisies sur ordinateur à l'aide du logiciel Epi Data 3.1 et analysées avec le logiciel Stata SE 12 dans sa version française.

➤ Plan d'analyse des données :

❖ Données générales

- Fréquence globale des eczémas
- Fréquence des eczémas en fonction de l'année

❖ Aspects socio- démographiques

- Répartition par sexe des cas d'eczémas
- Répartition par tranches d'âge des cas d'eczémas
- Répartition par sexe et par tranches d'âge des cas d'eczémas
- Répartition des cas de dermatite atopique en fonction de l'âge
- Répartition des cas d'eczémas selon la provenance
- Répartition des cas d'eczémas en fonction de la profession

❖ Aspects cliniques des eczémas

- Répartition de l'atopie personnelle, de l'atopie familiale et du terrain d'immunodépression en fonction des types d'eczémas
- Répartition par fréquence des différents types d'eczémas
- Répartition des types d'eczémas en fonction des tranches d'âge
- Répartition des types d'eczémas en fonction des tranches d'âge des patients de 0 à 19 ans et de plus de 19 ans
- Répartition des types d'eczémas en fonction de la profession
- Répartition des différentes manifestations symptomatiques des eczémas

- Répartition des types d'eczémas en fonction de l'évolution de la symptomatologie
 - Répartition des types d'eczémas en fonction de leur évolutivité par rémission/recrudescence
 - Répartition de la topographie des lésions au cours des eczémas, toutes formes confondues
 - Répartition de la topographie des lésions en fonction des types d'eczémas
 - Répartition des différentes complications par rapport à l'ensemble des cas d'eczéma.
 - Répartition des complications en fonction des types d'eczémas
 - Répartition des maladies dermatologiques associées à des cas d'eczémas
 - Répartition des facteurs favorisants selon les types d'eczémas
 - Fréquence d'identification d'une source d'allergie en fonction des types d'eczémas
 - Répartition des sources d'allergie identifiées au cours des eczémas
 - ❖ **Aspects thérapeutiques**
 - Répartition des différents traitements administrés au cours des eczémas
 - Répartition des traitements administrés selon les types d'eczémas
 - Répartition des modalités évolutives sous traitements de tous les cas d'eczémas et des cas compliqués.
- Test statistique : le test du Chi carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions avec un seuil de signification de 5 %.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

IV. CONSIDERATIONS ETHIQUES

L'étude a été autorisée par le chef du Département de la Médecine et des Spécialités médicales et par le chef du service de la dermatologie et de vénérologie du CHUSS. Le recueil des données, leur analyse et leur traitement ont été faits dans la confidentialité la plus absolue et l'anonymat des patients dont les dossiers ont été utilisés était de rigueur.

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Données générales

5.1.1. Fréquence globale des eczémas

Entre le 1^{er} Janvier 2008 et le 31 Décembre 2013, le service de dermatologie a reçu un total de 5491 nouveaux patients en consultation. Au total, 1132 cas d'eczéma ont été répertoriés dans le registre. Parmi eux, 952 dossiers étaient inclus dans l'étude donnant une prévalence de 17,33%.

5.1.2. Fréquence des eczémas en fonction de l'année

La fréquence annuelle des eczémas est passée de 11,51% en 2008 à 18,28% en 2013 avec une moyenne de 16,61% par an. La figure 2 montre la répartition des 952 cas d'eczémas en fonction de l'année.

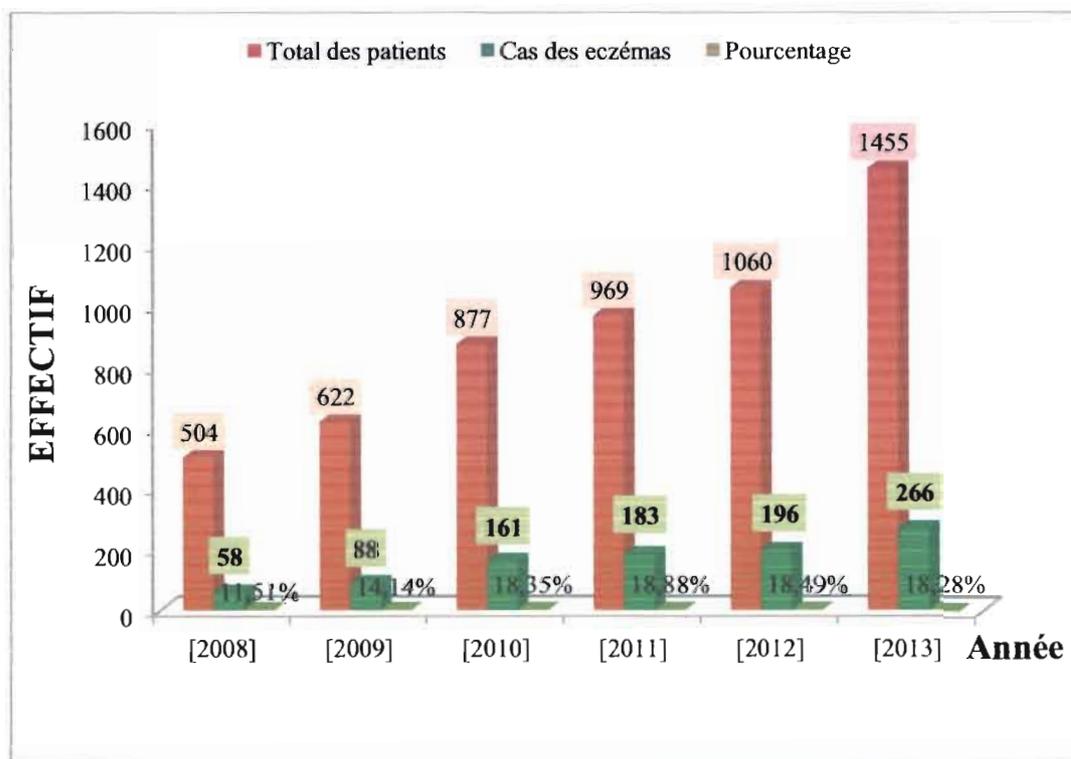


Figure 2 : Répartition des 952 cas d'eczéma, tous types confondus, en fonction de l'année

5.2. Aspects socio- démographiques

5.2.1. Sexe

Notre étude a concerné 432 patients de sexe masculin (45,38%) et 520 patients de sexe féminin (54,62%) avec une sex-ratio de 0,83.

5.2.2. Age

L'âge moyen était de $31,8 \pm 1,27$ ans et des extrêmes d'âge allant de 0 et 90 ans. Les tranches d'âge de 20-29 ans et 30-39 ans représentaient respectivement 19,49 % et 18,20%. Les cas pédiatriques (patients dont l'âge est inférieur ou égal à 14 ans) représentaient 21,63%. Les figures 3 et 4 et le tableau I représentent les répartitions des eczémats par tranches d'âge, et par tranches d'âge selon le genre.

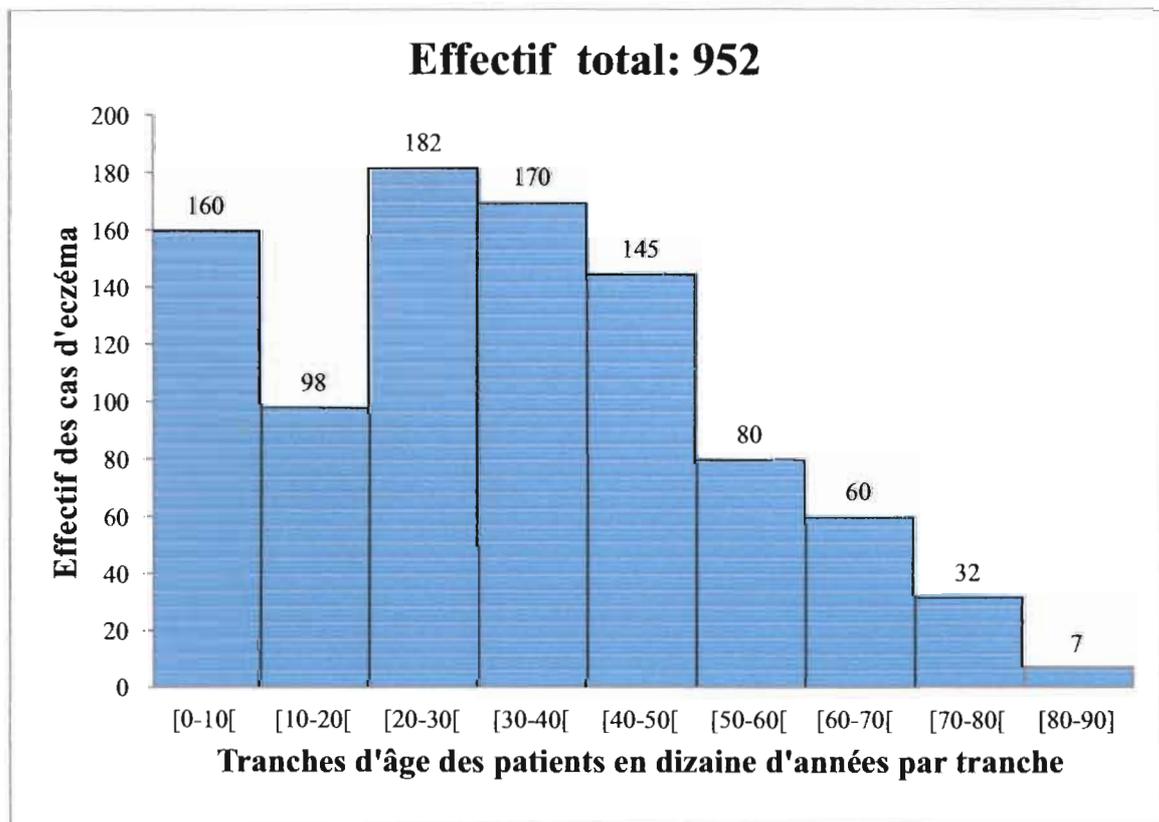


Figure 3 : Répartition des 952 cas d'eczéma tous types confondus, par tranches d'âge de 10 ans.

Tableau I : Répartition par tranches d'âge et par sexe des cas d'eczéma tous types confondus chez les 202 patients d'âge inférieur ou égal à 14 ans

Tranches d'âge (année)	Sexe		Total (% par rapport au 952 cas)	Pourcentage Cumulé (%)
	Masculin (%)	Féminin (%)		
[0-2]	34 (50,75)	33 (49,25)	67 (7,17)	7,17
[3-5]	24 (42,86)	32 (57,14)	56 (6,00)	13,17
[6-14]	31 (39,24)	48 (60,76)	79 (8,46)	21,63
Effectif	89 (44,06)	113 (55,94)	202 (21,2)	

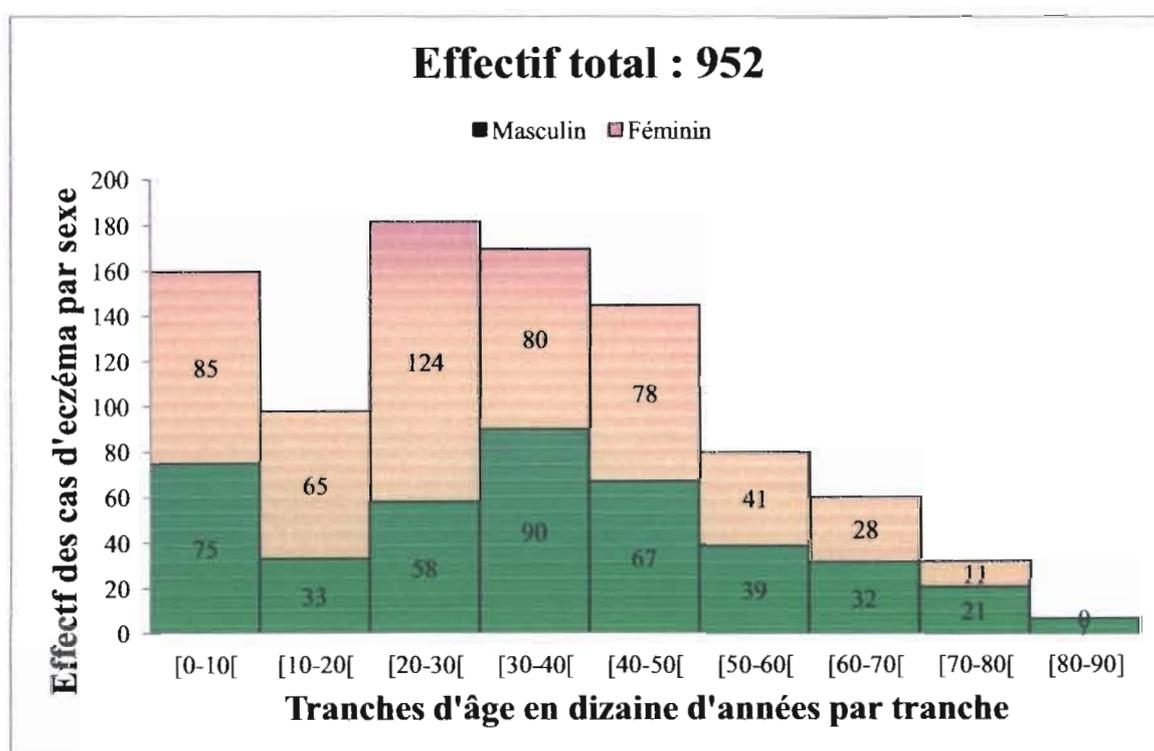


Figure 4 : Répartition des 952 cas d'eczéma tous types confondus, par sexe et par tranches d'âge de 10 ans

5.2.3. Provenance des patients

Parmi les cas d'eczémas, 757 provenaient de la ville de Bobo-Dioulasso, soit 79,52 % ; les autres provenaient du milieu rural pour 10,92 % ou d'un autre milieu urbain (9,56 %).

5.2.4. Profession

Nous avons individualisé dix catégories professionnelles. La rubrique « autres professions » regroupaient les religieux, les sans emplois et les travailleurs temporaires. Les élèves et les étudiants représentaient 21,32 % et les femmes au foyer 17,44 %. La figure 5 représente la répartition des eczémas tous types confondus en fonction de la profession.

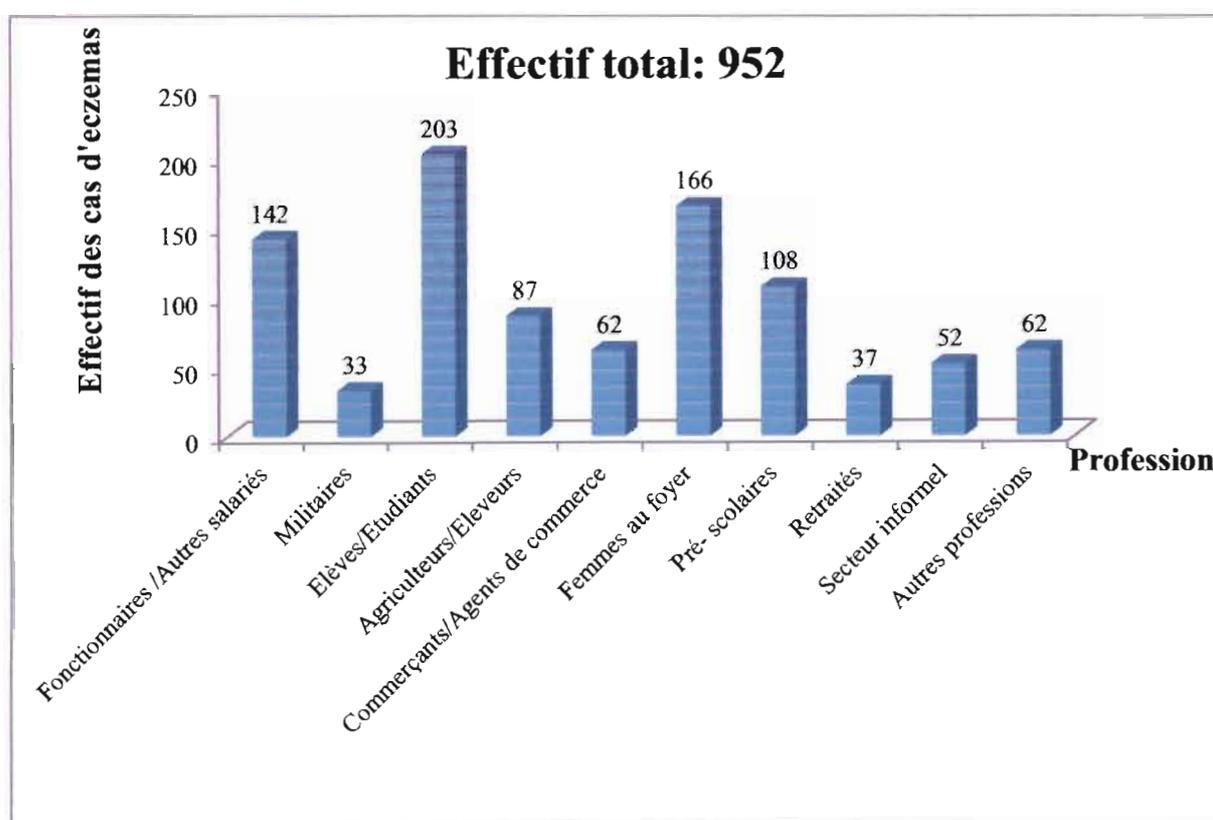


Figure 5 : Répartition des 952 cas d'eczéma tous types confondus en fonction de la profession

5.3. Aspects cliniques des eczemas

5.3.1. Types étiologiques d'eczemas

Parmi les 952 cas d'eczemas, 552 étaient des eczemas de contact, soit 57,98 % et 312 cas de dermatite atopique, soit 32,77 %. Les autres types représentaient 9 % des cas.

Cinquante trois pour cent (53 %) des patients atteints de DA avaient un âge compris entre 0 et 19 ans dont 8,44 % chez les nourrissons de moins de 2 ans, et 85 % des cas d'EC avaient un âge supérieur à 19 ans.

La figure 6 présente la répartition des types étiologiques d'eczéma chez tous les patients; les tableaux II, III, IV représentent leurs répartitions selon l'âge et la profession.

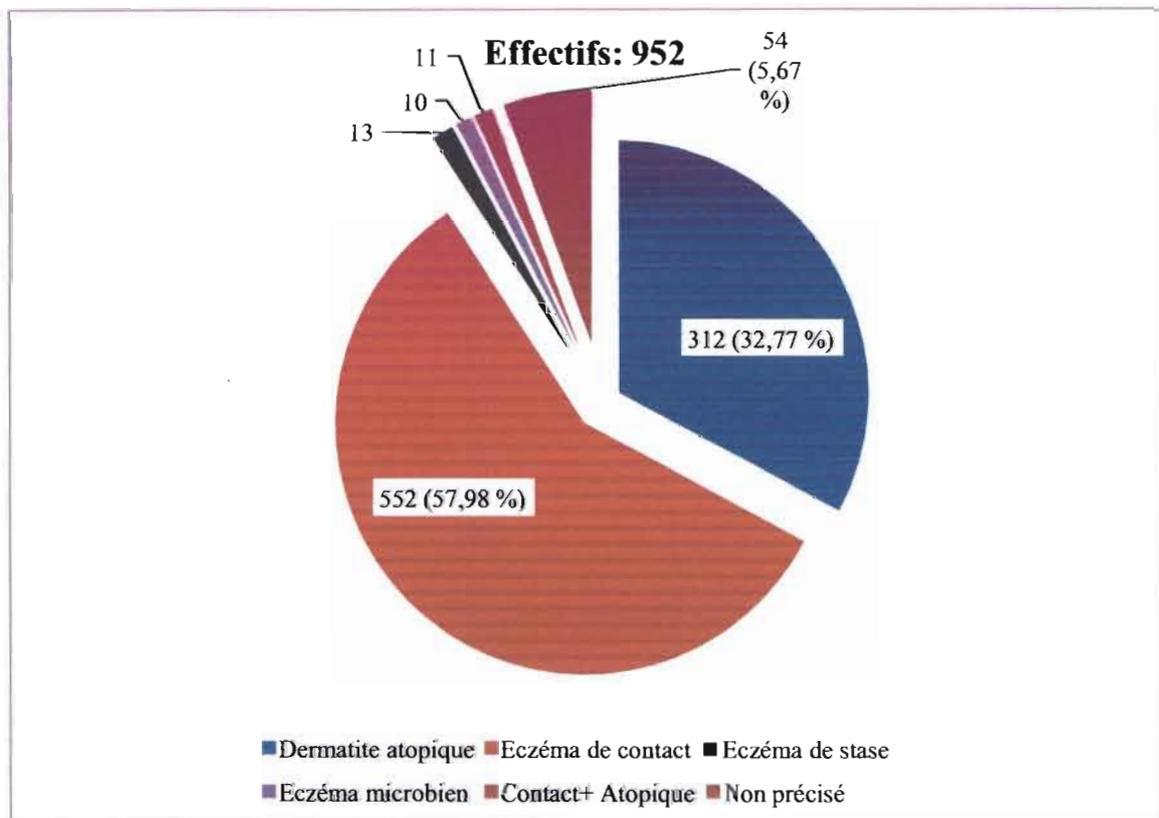


Figure 6 : Répartition des 952 cas d'eczéma par fréquence des différents types d'eczéma

Tableau II: Répartition des types étiologiques d'eczéma en fonction des tranches d'âge de 10 ans.

Tranches d'âge	Types d'eczéma en pourcentage (%)					Non précisé	% des ETFC*
	E.atopique	E.contact	E.stase	E.microbien	E.contact+E.atopique		
[0-9]	37,34	6,96	0,00	0,00	10,00	12,50	17,13
[10-19]	15,58	7,88	0,00	0,00	10,00	12,50	10,49
[20-29]	19,48	19,05	0,00	20,00	20,00	29,17	19,49
[30-39]	12,34	21,06	16,67	60,00	10,00	16,67	18,20
[40-49]	8,77	19,05	16,67	0,00	40,00	16,67	15,52
[50-59]	3,57	10,62	41,67	10,00	10,00	8,33	8,57
[60-69]	1,62	9,16	16,67	10,00	0,00	4,17	6,42
[70-79]	3	5,13	8,33	0,00	0,00	0,00	3,43
[80-90]	1	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75

Pearson chi2 (40)=229,7102 p=0,000

*ETFC= Eczéma toutes formes confondues

Tableau III: Répartition des types d'eczéma en fonction des tranches d'âge de 0 à 19 ans et de plus de 19 ans.

Tranches d'âge (année)	Types d'eczémas en pourcentage (%)						Total (%)
	E.atopique	E.contact	E.stase	E. microbien	E. contact- E.atopique	Non précisé	
[0-19]	52,92	14,84	0,00	0,00	20,00	25,00	27,62
> 19	47,08	85,16	100	100	80,00	75,00	72,38
Total	308	546	12	10	10	48	934

(Nbre)

Pearson chi2 (5)=152,1141 p=0,000

Tableau IV: Répartition des types d'eczéma en fonction de la profession

Profession	Types d'eczéma en pourcentage (%)					
	E.atopique	E.contact	E.stase	E.microbien	E.atopique+ E.contct	Non précisé
Fonct/Salariés	8,97	17,75	30,77	30,00	27,27	11,11
Militaires	0,64	5,43	0,00	10,00	0,00	0,00
Elèves/Étudiants	34,62	14,67	0,00	0,00	9,09	24,07
Agricult/Éleveurs	4,81	11,41	15,38	0,00	9,09	11,11
Commerçant/agent de commerce	4,17	7,97	7,69	0,00	18,18	3,70
Femme au foyer	11,22	19,93	7,69	30,00	18,18	27,78
Elève Préscolaire	25,64	4,35	0,00	0,00	9,09	5,56
Retraités	0,96	5,62	23,08	0,00	0,00	0,00
Secteur informel	4,17	5,98	7,69	10,00	9,09	5,56
Autres profession	4,81	6,88	7,69	20,00	0,00	11,11
Total (%)	100	100	100	100	100	100

Pearson chi²=228,7209 p=0,000

5.3.2. Formes symptomatiques d'eczémas

Nous avons répertorié sept formes symptomatiques d'eczémas dont la rubrique «autres formes» comportant la forme bulleuse et la forme à type de kératose folliculaire. La forme érythémato-squamo-vésiculeuse représentait 571 cas (59,98%) et la forme dyshidrosique 120 cas (12,61%). Parmi les 952 cas d'eczéma, 17 patients avaient présenté deux formes cliniques à la fois. La figure 7 représente les fréquences respectives des différentes formes symptomatiques d'eczéma.

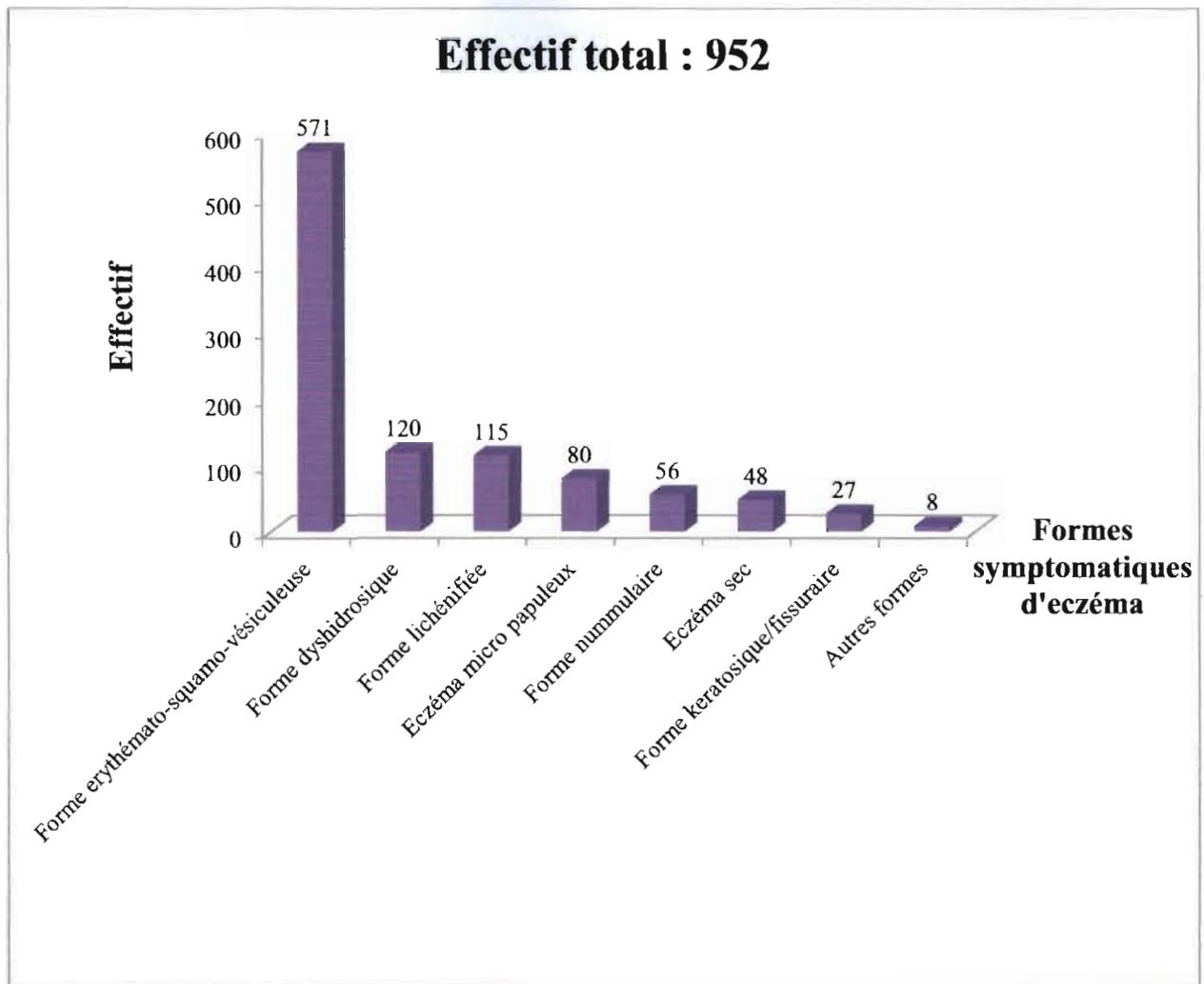


Figure 7 : Répartition des 952 cas d'eczéma en différentes formes symptomatiques

5.3.3. Evolution de la symptomatologie

L'évolution de la symptomatologie était aiguë, dans 15,55 % des cas, chronique dans 53,89 % des cas et elle n'était pas précisée dans 30,57 % des cas. Le tableau V représente la répartition des types d'eczémas en fonction de la durée de la symptomatologie.

Tableau V: Répartition des types d'eczéma en fonction de la durée de la symptomatologie

Types d'eczémas	Evolution de la symptomatologie			Effectif
	Aigue (%)	Chronique (%)	Non précisé (%)	
DA	66 (21,15)	150 (48,08)	96 (30,77)	312
E. contact	69 (12,50)	320 (57,97)	163 (29,53)	552
E. stase	2 (15,38)	7 (53,85)	4 (30,77)	13
E. microbien	1 (10,00)	4 (40,00)	5 (50,00)	10
DA+E.contact	0 (0,00)	5 (45,45)	6 (54,55)	11
Non précisé	10 (18,52)	27 (50,00)	17 (31,48)	54
Total	148 (15,55)	513 (53,89)	291 (30,57)	952

5.3.4. Notion de la rémission/recrudescence

Nous avons enregistré la notion d'évolution par rémission/recrudescence chez 31,41% des patients (299/952 cas). Le tableau suivant représente la répartition des types d'eczémas en fonction de leur évolutivité par rémission/recrudescence.

Tableau VI: Répartition des types d'eczémas en fonction de leur évolutivité par rémission/recrudescence

Types d'eczémas	Rémission/recrudescence			Effectif
	Oui (%)	Non (%)	Non précisé (%)	
Dermatite atopique	127(40,71)	47 (15,06)	138 (44,23)	312
Eczéma de contact	149 (26,99)	92 (16,67)	311 (56,35)	552
Eczéma de stase	3 (23,08)	3 (23,08)	7 (53,85)	13
Eczéma microbien	2 (20,00)	3 (30,00)	5 (50,00)	10
E.contact+E.atopique	2 (18,18)	0 (0,00)	9 (81,82)	11
Type non précisé	16 (29,63)	6 (11,11)	32 (59,26)	54
Total	299 (31,41)	151 (15,86)	502 (52,7)	952

Pearson $\chi^2(10) = 25,7898$ $P = 0,004$

5.3.5. Topographie des lésions

Notre répartition de la topographie comportait 22 rubriques dont la rubrique « autres localisations » qui comprenaient les ongles, les orteils et le conduit auditif. Parmi les 952 cas d'eczémas, 812 cas avaient plusieurs localisations. Les lésions étaient situées au niveau des membres pelviens dans 508 cas, au niveau des membres thoraciques dans 331 cas et au niveau des plis dans 201 cas avec des pourcentages respectifs de 53,3 %, de 34,77 % et de 22,06 %. Au cours de l'eczéma de contact, 65,04 % des cas étaient localisés au niveau des membres pelviens et au cours de la dermatite atopique cette localisation était au niveau des plis dans 56,41 % des cas. Les tableaux VII et VIII représentent la répartition des topographies des lésions au cours des eczémas en général et par type d'eczéma.

Tableau VII: Répartition de la topographie des lésions au cours des eczémas tous types confondus

Topographie	Cas d'eczémas	Pourcentage (%)
Membres pelviens	508	53,36
-Dos des pieds	125	13,13
-Plante des pieds	103	10,82
-Pré-tibiale	14	1,47
Membres thoraciques	331	34,77
- Dos des mains	74	7,77
-Paume des mains	93	9,77
- Doigt	4	0,42
Plis	230	24,16
Thorax/Dos	156	16,70
Cou	146	15,34
Visage	92	9,66
Abdomen	67	7,04
Tout le corps	60	6,30
Fesses	39	4,10
Ceinture	38	3,99
Cuir chevelu	24	2,52
Organes génitaux externes	23	2,41
Seins/Mamelons	17	1,79
Oreille	16	1,68
Lèvres	11	1,16
Autres	6	0,63

Tableau VIII : Répartition de la topographie des lésions en fonction des types d'eczéma

Topographie	Types d'eczémas en pourcentage (%)						Total	P
	Dermatite atopique	Eczéma de contact	Eczéma de stase	Eczéma microbien	Contact+ Atopique	Non précise		
Cuir chevelu	2,88	1,81	0,00	0,00	0,00	9,26	24	0,033
Visage	17,95	5,07	0,00	0,00	0,00	14,81	92	0,000
Lèvres	0,96	1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	11	0,907
Oreille	1,92	1,09	0,00	10,00	9,09	3,70	16	0,058
Cou	23,40	10,87	0,00	0,00	27,27	18,52	146	0,000
Thorax/dos	20,19	14,13	0,00	0,00	27,27	22,22	156	0,024
Seins/mamelons	0,64	2,72	0,00	0,00	0,00	0,00	17	0,247
Membres thoraciques	23,40	41,48	7,70	20,00	63,63	35,18	331	0,034
Abdomen	6,09	7,06	0,00	10,00	9,09	12,96	67	0,521
Ceinture	2,88	4,53	0,00	0,00	36,36	0,00	38	0,000
Membres pelviens	32,69	65,04	100	50,00	63,63	38,89	508	0,017
Fesses	4,49	3,62	0,00	0,00	18,18	5,55	39	0,202
OGE	0,64	3,44	0,00	0,00	9,09	1,85	23	
Plis	56,41	5,80	7,70	30,00	72,72	9,26	230	0,000
Tout le corps	9,61	2,54	7,70	20,00	0,00	24,07	60	0,000
Autres localisations	0,00	0,90	0,00	10,00	0,00	0,00	6	0,385

5.3.6. Complications

Nous avons enregistré 272 cas de complications parmi les 952 cas d'eczéma, soit 28,57 % des cas, dont 147 cas (54,04%) étaient survenues sur des cas d'eczéma de contact et 89 cas (32,72%) sur des cas de dermatite atopique. Dix neuf patients (19) ont eu plusieurs complications à la fois. La lichénification (148 cas) et

l'impétiginisation (71 cas) représentaient respectivement 15,55 % et 7,46 % des cas. Par type d'eczéma, la dermatite atopique était généralisée dans 10,90 % des cas; la lichénification survenait dans 18,66 % des cas d'eczéma de contact. Le tableau IX représente les différentes complications enregistrées au cours de l'ensemble des eczémas et le tableau X, la répartition des complications en fonction des types d'eczémas.

Tableau IX : Répartition des différentes complications par rapport à l'ensemble des eczémas

Type de Complications	Effectifs	Pourcentage (%)
Lichénification	148	15,55
Impétiginisation	71	7,46
Généralisation	70	7,35
Autres*	3	0,31
Erysipèle	1	0,10
Total	293	30,77

*Autres = douleur gênant la marche, intertrigos inter orteil et inter digital

Tableau X : Répartition des complications en fonction des types d'eczémas

Complications	Types d'eczémas en pourcentage (%)						% du total des cas
	E. atopique	E. de contact	E. de stase	E M*	EC+DA*	Non Précisé	
Lichénification	9,93	18,66	30,77	10	36,36	9,26	50
Impétiginisation	9,93	6,52	7,69	20	0	1,85	23,99
Généralisation	10,90	3,08	7,69	20	0	29,63	23,65
Erysipèle	0	0	7,69	0	0	0	0,37
Fréquence de complications	30,77	29,35	53,85	50	36,36	40,74	100

*E M : Eczéma microbien

*EC+DA : Eczéma de contact associé à un eczéma atopique

5.3.7. Atopie personnelle et/ou familiale

Au cours des eczémas, toutes étiologies confondues, nous avons enregistré une notion d'atopie personnelle chez 103 patients (10,83 %) et d'atopie familiale chez 20 autres (2,10 %). Parmi les 312 cas de dermatite atopique, l'atopie personnelle était notée chez 74 cas (23,72 %) et parmi les 552 cas d'eczémas de contact, cette notion était constatée chez 20 cas (3,62 %). La rhinite allergique représentait 23,30 % des cas d'atopie.

5.3.8. Notion d'immunodépression liée au VIH

L'immunodépression au VIH n'a pas été recherchée systématiquement mais seulement en cas de suspicion clinique. Nous avons colligé 19 patients immunodéprimés, soit 2% des cas d'eczéma. Parmi ces patients, cinq (26,32 %), ont eu une complication.

5.3.9. Maladies dermatologiques associées

D'autres affections dermatologiques étaient associées à l'eczéma chez 236 patients, soit 24,80 % des cas. Parmi elles, les maladies infectieuses représentaient 100 cas (42,37 %), et les autres dermatoses allergiques telles que le prurigo, la scabiose, l'urticaire et le prurit aquagénique 56 cas (23,72 %).

5.4. Aspects étiologiques

5.4.1 Facteurs favorisants

Nous avons enregistré des facteurs favorisants chez 184 patients, soit 19,33 % des cas. Ces facteurs étaient mentionnés chez 92,30 % des patients atteints d'eczéma de stase et dans 90 % des cas d'eczémas microbiens. Il s'agissait de l'insuffisance veineuse chez 77 % des cas d'eczéma de stase et la présence d'une infection chez 70 % des cas d'eczéma microbien. La profession représentait 4,53 % des facteurs favorisants au cours de l'eczéma de contact. Le tableau XI représente la fréquence des facteurs favorisants en fonction des types d'eczéma.

Tableau XI: Répartition des facteurs favorisant en fonction des types d'eczéma

Types d'eczémas	Facteurs favorisants [effectif (%)]					Pourcentage
	Terrain atopique	Profession	Insuffisance veineuse	Maladies dermatologiques	Autres	
E. atopique	53 (16,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (1,6%)	12 (3,8 %)	70 (22,4%)
E.contact	21 (3,80 %)	25 (4,5 %)	0 (0,0 %)	19 (3,44%)	15 (2,7 %)	80 (14,5%)
E.stase	0 (0,0 %)	0 (0,0%)	10 (76,9 %)	1 (7,7 %)	1 (7,7 %)	12 (92,3 %)
E. microbien	1 (10%)	1 (10 %)	0 (0,0 %)	7 (70 %)	0 (0,0 %)	9 (9 %)
E.contact+	6 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (54,5 %)
E.atopique	0 (0,0 %)	1 (1,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (11,1 %)	7 (12,9 %)
Non précisé	81(8,5%)	27 (2,8 %)	10 (1,1 %))	32 (3,4 %)	34 (3,6 %)	184 (19,3 %)

Pearson chi2 (10)=91,7409 p=0,000

5.4.2. Sources d'allergènes identifiées

Nous avons pu identifier 33 causes différentes d'allergie chez 106 patients. Une source d'allergie a été identifiée chez 11,13 % de tous les eczémas et chez 17,21 % des cas d'eczéma de contact. Le tableau XII indique la fréquence d'identification d'une source d'allergie en fonction du type d'eczéma

Tableau XII : Fréquence d'identification d'une source d'allergie en fonction des types d'eczémas.

Types d'eczémas	Nombre de cas	Identification d'une source d'allergie (%)	
		Oui	Non
Eczéma atopique	312	1,28	98,72
Eczéma contact	552	17,21	82,79
Eczéma stase	13	7,69	92,31
Eczéma microbien	10	0	100
E. contact + E. atopique	11	54,55	45,45
Type d'E. non précisé	54	0	100
Total	952	11,13	88,87

Pearson chi2 (5)=80,3264 p=0,000

Les chaussures (25 cas), la boucle de ceinture (10 cas), les sous vêtements (8 cas) et le collier (7 cas) étaient les sources d'allergie les plus observées. En l'absence de test allergologique, l'allergène ne pouvait être formellement identifié. Le tableau XIII représente la répartition des sources d'allergie identifiées.

Tableau XIII: Répartition des sources d'allergie identifiées au cours des eczémas tous types confondus

Sources d'allergie identifiées	Nombre de cas d'eczémas	Pourcentage (%)
Chaussures	25	23,58
Boucle de ceinture	10	9,43
Sous vêtements	8	7,55
Collier	7	6,60
Parfum	6	5,66
Pot de défécation	6	5,66
Rouge à lèvres	5	4,71
Couche en plastique	4	3,77
Plastique	4	3,77
Produits cosmétiques	4	3,77
Bouton de pantalon	2	1,89
Eau de javel	2	1,89
Mèches synthétiques	2	1,89
Produits de pansement	2	1,89
Autres	19	17,92
Total	106	100

5.5. Aspects thérapeutiques et évolutifs

5.5.1. Traitements administrés

La nature du traitement administré était mentionnée dans 97,74 % des dossiers (921 cas). Nous avons identifié 9 volets du traitement dont le volet «traitements associés» qui comportait les antimycosiques locaux et/ou généraux, les antiparasitaires per os, les anti-scabieus, les corticoïdes généraux, les vitamines et les mesures hygiéno-diététiques.

L'utilisation des dermocorticoïdes sans association, des antihistaminiques et des antiseptiques locaux représentaient respectivement 89,90 %, 78,61 % et 24,32 %. La figure 8 présente la nature des traitements administrés et le tableau XIV les traitements administrés en fonction des types d'eczéma.

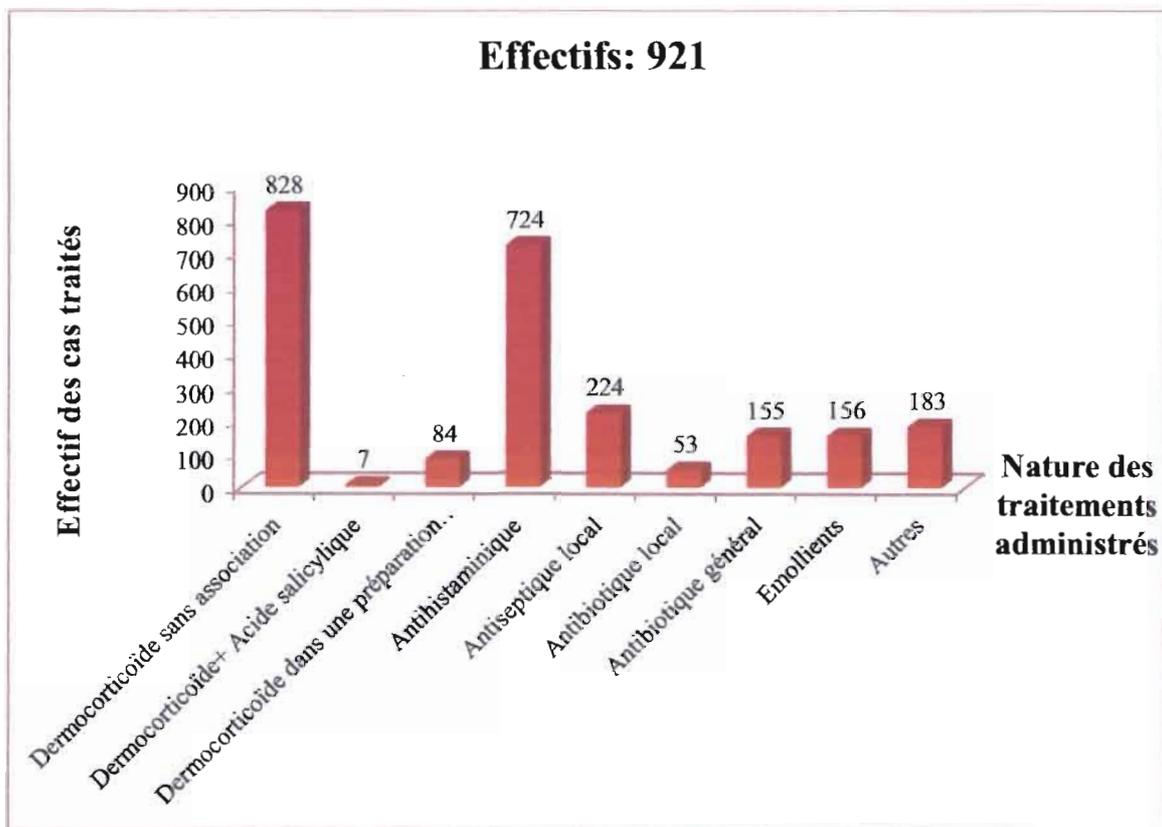


Figure 8: Répartition des différents traitements administrés au cours des eczémas tous types confondus

Tableau XIV : Répartition des traitements administrés en fonction des types d'eczéma

Types d'eczémas	Traitements administrés (%)				
	Dermocorticoïde sans association	Dermocorticoïde dans une PM	Emollient	Anti histaminique	Antiseptique local
DA	87,75	12,91	26,41	84,11	23,51
E.contact	92,13	6,18	12,17	75,66	25,09
E. stase	92,31	0	0	61,54	35,46
E.microbien	80	20	10	40,00	30
EC+ DA	100	0	0	81,82	18,18
Non précisé	78,43	19,61	19,61	88,25	17,65
p	0,014	0,001	0,000	0,000	0,650

5.5.2. Evolution après traitement

Dans notre étude, sur les 952 cas d'eczémas vus en consultation, 539 patients (56,62 %) n'étaient pas revenus au rendez-vous ; donc c'est sur les 413 patients restants (43,38 %) que nous avons étudié l'évolution après traitement. Parmi les patients ayant été suivis, l'évolution était favorable au premier rendez-vous dans 82,81 % (342 cas) et défavorable dans 7,26 % (30 cas). L'évolution après traitement des cas compliqués était favorable à 84,90 % et défavorable à 7,13 %. Le tableau XV représente la répartition des modalités évolutives sous traitement de tous les cas d'eczéma et des cas compliqués.

Tableau XV: Répartition des modalités évolutives sous traitement de tous les cas d'eczéma et des cas compliqués.

Evolution	Tous cas d'eczéma		Cas compliqués	
	effectif	Pourcentage (%)	effectif	Pourcentage (%)
Favorable	342	82,81	138	84,90
Peu favorable	25	6,05	6	4,32
Stationnaire	16	3,8	5	3,60
Défavorable	30	7,26	10	7,19
Total	413	100	139	100

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

6.1. Limites de notre étude

Parmi les 1132 dossiers d'eczéma répertoriés, 180 (15,90 %) étaient inexploitable soit du fait d'un diagnostic incertain, soit parce qu'il s'agissait des doubles, soit du fait d'insuffisances constatées sur les dossiers cliniques. Par manque de tests allergologiques, la recherche étiologique de nos cas d'eczémas se limitait à une suspicion de la source d'allergie basée sur l'interrogatoire et l'examen physique qui n'arrivaient pas toujours à identifier l'allergène en cause.

Néanmoins, nous sommes parvenus à déterminer la fréquence globale des eczémas dans le service de dermatologie du CHUSS, à décrire les aspects sociodémographiques et cliniques, à identifier certaines sources allergiques, à décrire les traitements administrés et l'évolution après traitement.

6.2. Données globales

La prévalence des eczémas en consultation dermatologique au CHUSS de Bobo-Dioulasso était de 17,3 % entre 2008 et 2013. Ce résultat rejoint celui déjà noté par Andonaba et coll. [14] qui avaient trouvé une prévalence de 17,7 % dans le même service entre 2002 et 2008. Par contre, cette prévalence est largement supérieure à celle enregistrée par Sangaré et coll. [13] en Côte d'Ivoire qui était de 8,5 % parmi tous les patients consultant en dermatologie en 2003. L'étude menée par Goh et coll. [30] entre 1989 et 1990 à Singapour avait montré une prévalence de 34,1 %, supérieure à la nôtre, mais leur étude prenait en compte la dermite d'irritation.

Dans notre étude, la fréquence annuelle des eczémas avait augmenté, passant de 11,51 % en 2008 à 18,28 % en 2013. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la population consulte de plus en plus dans le service de dermatologie (**Figure 2**), donc plus de cas d'eczéma sont diagnostiqués et aussi par le changement des modes vie qui favorise le développement des allergies. L'éclosion des activités de fabrication de savons divers, de transformation semi-industrielle de produits agricoles et forestiers ainsi que l'usage croissant de produits cosmétiques par les populations ne sont pas étrangers à cet accroissement des dermatoses allergiques.

Cette augmentation était également constatée dans l'étude ISAAC [4] menée entre 1995 et 2001 où la prévalence était passée de 4,7% à 21,7% dans un échantillon de pays africains.

6.3. Aspects sociodémographiques

6.3.1. Sexe

Dans notre étude, le sexe féminin dominait (54,6 %). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes consultent habituellement plus dans le service de dermatologie [14] mais aussi par le fait que dans notre contexte, la fragilité de la peau des femmes pratiquant la dépigmentation artificielle pourrait favoriser la survenue des eczémas de contact.

6.3.2. Age

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-29 ans (**figure 3**). Cette tranche correspond à celle des patients adultes jeunes rentrant dans la vie active, plus exposés aux eczémas de contact, surtout professionnels.

Egalement, les adultes représentaient 72,4 % des cas d'eczéma et les enfants et adolescents 27,6 % des cas (**Tableau III**). Cela pourrait se justifier en partie par le fait que beaucoup de cas de dermatoses infantiles se soignent en pédiatrie et donc n'arrivent pas toujours en dermatologie.

6.3.3. Provenance des patients

Dans notre étude, 89,1 % des cas d'eczémas provenaient du milieu urbain dont 79,5 % de Bobo-Dioulasso. Ce résultat est similaire à celui de l'étude de Bouchra Messnourher [37] dans laquelle 85 % des patients provenaient du milieu urbain. Cette faible représentativité du milieu rural trouve son explication dans l'inaccessibilité géographique et la pauvreté financière des populations rurales qui, souvent, préfèrent d'abord passer par l'automédication et les traitements traditionnels. Ce sont les cas chroniques qui arrivent finalement au CHUSS après un itinéraire thérapeutique alliant traitements traditionnels et modernes infructueux.

6.4. Aspects cliniques des eczémas

6.4.1. Différents types d'eczémas

Nous avons enregistré près de 58 % de cas d'eczémas de contact et 33 % de dermatite atopique (**Figure 6**). Ces résultats sont proches de ceux de Diarra [36] à Bamako, qui avait trouvé 70,83 % de cas de dermatite de contact et 29,17 % de cas de dermatite atopique. Cette fréquence élevée d'eczéma de contact pourrait s'expliquer par le fait que dans notre contexte, le diagnostic de la dermatite atopique n'est pas aisé et que la population active prend rarement des précautions pour éviter certaines dermatoses professionnelles, notamment les eczémas de contact.

La fréquence des différents types d'eczéma variait selon l'âge ou la profession:

- selon la profession, l'eczéma de contact était plus fréquent chez les femmes au foyer et les fonctionnaires et autres salariés (**tableau IV**). Ce résultat concordait avec celui de Goh [30] qui avait trouvé une plus grande représentativité des eczémas de contact chez les travailleurs et chez les femmes au foyer. Quant à la dermatite atopique, elle était plus représentée chez les élèves et étudiants et les enfants du préscolaire (**Tableau IV**) ce qui était conforme à l'épidémiologie de la dermatite atopique, plus fréquente chez les enfants et les adolescents.
- s'agissant de l'âge, l'eczéma de contact concernait surtout les adultes dans 85,16 % des cas (**tableau III**). Ce résultat était similaire à celui de l'étude de Sangaré [13] en Côte d'Ivoire qui avait trouvé que les adultes représentaient 81 % des cas d'eczéma de contact. Cette fréquence élevée des eczémas de contact chez les adultes pourrait s'expliquer par le fait que ceux-ci sont plus sujets aux eczémas de contact professionnels.

Par contre, dans l'étude de **Marrone [31]** en Ethiopie, 57,8 % de cas d'eczéma de contact concernaient les enfants et adolescents, ce qui diffère des 14,8 % que nous avons enregistré (**Tableau III**). Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions climatiques et environnementales différentes et par un diagnostic confirmé par des tests allergologiques, contrairement à notre étude où le diagnostic étiologique était essentiellement clinique.

La dermatite atopique était plus fréquente chez les enfants et adolescents que chez les adultes au cours de notre étude avec un lien statistiquement significatif (**Tableau III**). De même, dans une étude menée de 1992 à 1998 dans un service de dermatologie en Tunisie, Kharfi [34] avait trouvé 88,03 % de dermatite atopique chez les enfants et les adolescents.

La fréquence des dermatites atopiques de 8,4 % chez les nourrissons que nous avons enregistrée différait du résultat de Launey qui était de 12 % au sein de la population française en 2002

6.4.2. Différentes formes symptomatiques d'eczéma

Dans notre étude, les formes érythémato-vésiculo-squameuse (59,98 %), et dyshidrosique (12,61 %) étaient les plus représentées (**figure 7**). La forme dyshidrosique est fréquente dans notre contexte car les travailleurs à risque n'ont pas toujours les matériaux adéquats pour se protéger ou ne font pas le lien entre leur pathologie et les produits manipulés.

6.4.3. Evolution de la symptomatologie

Dans notre étude, près de 54 % des cas d'eczémas ont été vus au stade chronique (**tableau V**). Cela pourrait se justifier par le fait que, dans notre contexte, les patients arrivent tardivement à l'hôpital après avoir fait probablement une automédication ou être passés par des centres de santé non spécialisés.

6.4.4. Notion de rémission/recrudescence

La notion de rémission/recrudescence a été fréquemment notée chez nos cas d'eczéma, aussi bien parmi les cas de dermatite atopique (40,7 %) que parmi les cas d'eczéma de contact (27 %) (**Tableau VI**). Ce résultat pourrait s'expliquer par l'évolutivité même de la dermatite atopique qui se fait par poussées et rémissions alors qu'à l'élimination de l'allergène en cause, l'eczéma de contact en général ne récidive pas. Cependant, dans notre contexte, la fréquence de la rémission/recrudescence au cours de l'eczéma de contact est assez élevée car l'allergène en cause est rarement identifié; l'éviction s'avère donc difficile, et par conséquent, les récurrences inévitables.

6.4.5. Topographie des lésions

Au cours des eczémas tous types confondus, les membres et les plis étaient les localisations dominantes (**Tableau VII**), mais variables selon le type d'eczéma:

- en cas d'eczéma de contact, la topographie aux membres était prépondérante avec une localisation au niveau des membres pelviens dans 70,7 % des cas et au niveau des membres thoraciques dans 69 % (**Tableau VIII**). Ce résultat était différent de celui de Diarra [36] en 2005, qui trouvait que l'eczéma de contact était localisé aux membres dans 50 % des cas.
- en cas de dermatite atopique, c'est la localisation au niveau des plis (56,41 %) qui était prépondérante (**tableau VIII**). Notre résultat était supérieur à celui de Traoré [34] qui avait trouvé une localisation au niveau des plis dans 34,03 %, différence qui pourrait s'expliquer par le fait que son étude ne prenait en compte que la localisation initiale des lésions de dermatite atopique, ce qui n'était pas notre cas.

6.4.6. Complications

Nous avons enregistré 28,6 % des cas de complication. Cette fréquence élevée des complications dans notre contexte pourrait s'expliquer par le long délai de consultation qui pourrait favoriser la survenue de nombreuses complications. La lichénification était la complication la plus fréquente en cas d'eczéma de contact (18,7 %) liée probablement à ce long délai des consultations. En revanche, la généralisation des lésions représentait la complication la plus fréquente au cours de la dermatite atopique (10,9 %). Comparativement, Traoré [34] trouvait une fréquence de généralisation de 3,7 % des cas de dermatite atopique chez les patients en ambulatoire.

6.4.7. Notion d'atopie personnelle et familiale

La notion d'atopie personnelle était notée chez 10,83 % de tous les cas d'eczémas et parmi 23,72 % des cas de dermatite atopique. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Traoré [34] qui avait retrouvé un terrain atopique chez 53,63 % des cas de dermatite atopique chez les patients en ambulatoire. La méconnaissance de l'existence

de ce facteur par les malades ou leur accompagnateur est probablement en cause et il faut une enquête minutieuse pour le découvrir.

6.5. Aspects étiologiques des eczémas

6.5.1. Facteurs favorisants

La survenue de l'eczéma était favorisée par le terrain atopique, les maladies dermatologiques préexistantes et la profession (**Tableau XI**). Dans l'eczéma de contact, la profession était le facteur favorisant le plus fréquent, lié certainement au fait que, dans notre contexte, les mesures de précautions ne sont pas suffisamment prises dans les professions à risque (coiffure, bâtiment, teinture, mécanique.....) et par le fait que les dermatoses professionnelles en général ne sont pas diagnostiquées à temps.

6.5.2. Sources d'allergie identifiées

Les chaussures étaient la source d'allergie la plus rencontrée dans notre étude (**Tableau XIII**). Par contre, dans l'étude de Sangaré et coll. [13] le parfum et les produits cosmétiques (fragrance mix) dominaient avec un pourcentage de 43,3 % et dans l'étude de Schäfer et coll. [32], c'est le parfum qui prédominait avec 15,9 %. Cela pourrait s'expliquer par le nombre impressionnant de chaussures en plastique de mauvaise qualité sur notre marché et les moyens financiers limités des patients qui ne peuvent pas s'offrir mieux.

6.6. Aspects thérapeutiques

6.6.1. Traitements administrés

Les dermocorticoïdes sans association (89,9 %), et les antihistaminiques (78,6 %) étaient les traitements les plus administrés (**figure 8**). En effet, les dermocorticoïdes constituent le traitement de première intention en cas d'eczéma. Les traitements adjuvants comme les antihistaminiques sont beaucoup utilisés dans notre contexte pour éviter les lésions de grattage pourvoyeuses de beaucoup de complications notamment les complications infectieuses et la lichénification. A cela, s'ajoute la recherche du confort des patients.

6.6.2. Evolution après traitement

Dans notre étude, seulement 43,4 % des patients étaient revenus en deuxième consultation. Comparativement, dans l'étude de Traoré [34], seuls 24,8 % des patients en ambulatoire étaient également revenus en deuxième consultation. Le faible taux de retour à la deuxième consultation pourrait s'expliquer dans nos contrées, soit par le coût des produits prescrits (lors de la première consultation) que les patients n'arrivent pas à honorer, soit par le fait que les patients préfèrent ne plus venir à l'hôpital dès qu'il y a une amélioration de leur symptomatologie.

Toutefois, parmi les patients revenus en seconde consultation, l'évolution était favorable à plus de 80 %. Cette évolution favorable se constatait même dans les cas compliqués dans 84,9 % des cas, donc similaire à celle des autres. Dans l'étude de Kharfi et coll. [35], l'évolution était favorable à 84,8 % avec l'utilisation des dermocorticoïdes seuls. Notre traitement faisait également recours aux dermocorticoïdes seuls dans 89,9% des cas, ce qui montre l'efficacité remarquable des dermocorticoïdes dans le traitement de tous les types d'eczémas, compliqués ou non.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les eczémas sont des dermatoses allergiques très fréquentes, d'évolution déconcertante, chronique pour la plupart, faites de poussées et de rémissions imprévisibles. Leur polymorphisme clinique, leur pathogénicité encore mal élucidée, leurs complications infectieuses, leurs associations morbides, leur impact socio-économique et professionnel en font l'une des dermatoses les plus difficiles à maîtriser.

Au terme de notre étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes:

- La population consulte de plus en plus en dermatologie au CHUSS.
- La prévalence des eczémas, avec une moyenne de 16,6 % des consultants par an, y est élevée et s'accroît au fil des années.
- Les patients atteints d'eczéma étaient de sexe féminin dans plus de la moitié des cas, dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans pour la plupart, provenant du milieu urbain dans 79,5 % des cas et en majorité de profession élèves ou étudiants.
- La dermatite de contact était le type d'eczéma le plus fréquent avec 58 % des cas, contre 33 % de dermatite atopique et 9 % pour les autres. L'aspect érythémato-vésiculeux ou squameux était la manifestation clinique prédominante.
- La localisation aux membres était prépondérante dans l'eczéma de contact contre l'atteinte des plis au cours de la dermatite atopique.
- Les chaussures étaient la source d'allergie la plus rencontrée, liée au nombre impressionnant de chaussures en plastique sur notre marché et aux moyens financiers limités des patients qui ne peuvent pas s'offrir mieux.
- L'eczéma était fortement lié à la profession, dû certainement au fait que les mesures de précautions ne sont pas suffisamment prises dans les professions à risque (coiffure, bâtiment, teinture, mécanique...) et par le fait que les eczémas professionnels ne sont pas diagnostiqués à temps dans notre contexte.

En l'absence des examens complémentaires dans notre contexte, la recherche étiologique était basée essentiellement sur la clinique ce qui ne permet pas toujours d'identifier les allergènes en cause.

Vu le délai tardif des consultations, les complications étaient assez fréquentes (28,5 %) dominées par la lichénification, l'impétiginisation et la généralisation.

Les dermocorticoïdes et les antihistaminiques constituaient les traitements les plus administrés et l'évolution était favorable chez la majorité des patients au premier contrôle; cependant, plus de la moitié d'entre eux ne reviennent plus en deuxième consultation.

Aussi, il serait très intéressant de mener une étude pour identifier les causes de ce faible retour des patients en deuxième consultation pour les prendre en compte lors de la première consultation. Ceci permettra une prise en charge globale et un bon suivi des patients consultant en dermatologie.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Au Ministre de la Santé

- Former des spécialistes en dermatologie et créer plus de centres de santé spécialisés en dermatologie pour parer à l'inaccessibilité géographique qui pourrait être responsable en partie du délai long de consultation et des complications.
- Rendre disponible des formes génériques des produits dermatologiques et ne plus considérer de nombreux médicaments dermatologiques comme des cosmétiques fortement taxés à l'importation permettant ainsi aux patients d'honorer leur ordonnance et de pouvoir revenir en deuxième consultation.

Au Directeur du CHUSS

Améliorer le plateau technique en rendant disponible certains équipements et consommables médicaux nécessaires pour le diagnostic et le traitement des dermatoses notamment les tests allergologiques pour l'identification des allergènes.

Aux personnels du service de dermatologie

- Améliorer la conservation et l'archivage des dossiers cliniques (notamment des dossiers électroniques, sauvegardés sur plusieurs supports) pour faciliter les futures études et éviter les pertes des dossiers.
- Sensibiliser les patients pour l'intérêt d'un bon suivi des conseils médicaux et le respect des rendez-vous.

Aux personnels de santé

Savoir référer les patients ayant une dermatose dont l'étiologie n'est pas évidente au service de dermatologie pour une prise en charge rapide et adéquate.

A la population

- Consulter sans délai dans les centres de formations sanitaires dès l'apparition d'une dermatose.
- Eviter l'automédication et l'application de substances traditionnelles sur la peau pouvant favoriser la fragilisation de celle-ci et l'allongement du délai de consultations spécialisées, pourvoyeuses de multiples complications ou être même à l'origine d'un eczéma de contact ou une autre allergie.
- Respecter les rendez-vous pour un bon suivi et une éviction des rechutes.

REFERENCES

REFERENCES

1. Lachapelle JM. Généralités : le syndrome eczéma. In : Saurat JH, Lachapelle JM, Don Lipsker, Luc Thomas. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5^{ème} Ed. Paris, Masson, 2009. p. 45-48.
2. Atlas tunisienne de dermatologie. Les eczémas. Cours de dermatologie. <http://www.atlas-dermato.org/cours/>
3. Audrey DL, Slader JF. L'eczéma. <http://www.allodocteurs.fr/11/04/12>
4. Michèle R. Epidémiologies. Etude ISAAC (international study of asthma and allergy in childhood). Lancet 1998; 351: 1225-3.
5. Williams H, Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 209-13.
6. Caumes E. Dermatologie Tropicale change de visage. Bull Soc Pathol Exot 2003 ; 96(5): 347-49.
7. So YP, Koriakos A, Saxton-Daniels S, Amit GP. Skin diseases in rural Yucatan, Mexico. Int J Dermatol 2012; 51(7): 823-28.
8. Ghani AMS. Prevalence of skin diseases in Iraq: a community based study. Int J Dermatol 2009 ; 48(7): 734-39.
9. Kamal AH, Mahmoud AAA, Hofny E. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. Int J Dermatol 2003; 42: 887-92.

10. Bissek AZ, Tabah EN, Kouotou E, Sini V, Yepnjio FN, Nditanchou R et Al. The spectrum of skin diseases in a rural setting in Cameroon (sub-Saharan Africa). *BMC Dermatology* 2012 12:7. <http://www.biomedcentral.com/1471-5945/12/1/7>
11. Mahée A, N'Diaye HT, Bobin P. The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). *Int J Dermatol* 1997; 36(3): 185-86.
12. Olaniyi O, Siméon A, Isezwo, Chibueze H, Njoku. Prevalence of different skin conditions in an outpatients' setting in north-western Nigeria. *Int J dermatol* 2005; 44(1): 7-11.
13. Sangaré A, Yoboué P, Gbery I, Yao Y, Ecra E, Kaloga M et al. Aspects épidémiologiques et étiologiques des eczémas de contact de l'adulte Noir à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Sciences et Techniques, Science de la santé* 2003-2004; 26-27(2,1).
14. Andonaba JB, Barro/Traoré F, Diallo B, Sakana L, Niamba P, Traoré A. Aspects épidémiologiques des affections dermatologiques au CHUSS de Bobo-Dioulasso. *Ann Afr Med* 2010; 4(1): 668-77.
15. Traoré A, Barro F, Koueta F. La dermatite atopique de l'enfant dans le service de dermatologie du CHU de Ouagadougou. *Nouv Dermatol* 1998; 17: 578-80.
16. Bruno FN. Eczéma allergique professionnel. Journées de validation DES de Médecine et Santé au Travail, 7-8 Mars 2005 ; Dijon, France ; 2005. p.3
17. DermIS (Dermatology Information System). Eczémas. Available from : URL : <http://www.dermis.net/dermisroot/fr/14501/diagnose.htm>

18. Rousseau L. L'eczéma. Available from : URL :
<<http://www.dermatonet.com/fiche-dermatonet-eczéma.htm>>
19. Lefebvre C. Les eczémas : des entités distinctes à ne pas confondre. *Le clinicien* 2001 ; 16 (7) :78-82.
20. Keppner A, Anderson D, Mérilat A, Hummler E. Epidermal structure and barrier function. *Journal of Investigative Dermatology* 2013; 133: S104–S128. doi:10.1038/jid.2013.99.
21. Dréno B. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes. *Ann dermatol Venereol* 2008; 135(3):149-52.
22. Degreef H. Mécanisme de trouble allergique de la peau. *Journal de l'académie européenne de dermatologie* 1997; 8(1) : S2-S5.
23. Lachapelle JM. Eczéma de contact et autres eczémas. Taieb A. Dermatite atopique. In : Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L, Taieb A. *Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles*. 5e Ed. Paris, Masson, 2009; p.49-89.
24. Collège des enseignants de Dermatologie-Vénérologie. La dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 2S90-2S95.
25. Collège des enseignants de Dermatologie-Vénérologie. Eczéma de contact. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 2S96-2S101.
26. Touraine R, Revuz J. *Dermatologie clinique et vénéréologie*. 4ème édition. Ed. Masson, Paris 1997.

27. Institut National de Statistique et de la Démographie (INSD). Tableau de bord social du Burkina Faso 2011 ; 164 p.
28. Institut National de Statistique et de la Démographie (INSD). La région des Hauts Bassins en chiffre 2011 ; 8 p.
29. Institut National de la statistique et de la démographie. Annuaire statistique 2011: statistique social et connexes. Ed. 2013. p.27.
30. Goh C, Chua-Ty, Koh S. A descriptive profile of eczema in a tertiary referral center of dermatology in Singapore. Med Ann Academy of Singapore, 1993; 22(3):307-15.
31. Marrone R, Vignally P, Rosso A, Didero D, Pizzini E, Dassoni F et al. Epidemiology of skin Disorders in Ethiopian Children and Adolescents: An Analysis of Records from the Italian dermatological Centre, Mekelle, Tigray, Ethiopia, 2005 to 2009. Pediatric Dermatology 2012; 29(4): 442-47.
32. Schafer T, Bohler E, Weigl L, Wessner D, Filipiak B, Wichmann S. Epidemiology of contact allergy in adults. Euro J of All and Clin Immunol 2001; 56(12): 1192-96.
33. Launay F. Amélioration de la dermatite atopique par l'éducation thérapeutique et par l'utilisation de thérapeutiques alternatives. Thèse de Médecine, France ; Univ. d'Angers, 2013; 202 p.
34. Traoré A. Eczéma Constitutionnel ou Dermatite Atopique à Dakar: première mise au point à propos d'une étude rétrospective de Janvier 1971 à Décembre 1987 à la clinique dermatologique du CHU de Dakar. Thèse de Médecine, Sénégal ; Univ. Cheick Anta Diop de Dakar, 1988; 176 p.

35. Kharfi M, Bel Hadjali H, Khaled A, Mokhtar I, Kamoun MR. Atopic dermatitis in Tunisia: epidemiological and clinical aspects. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128(5): 597-693.
36. Diarra S. Etude des dermatoses courantes consultant au centre de santé de référence de la commune V de Mai 2004 à Avril 2005. Thèse de Médecine, Mali ; Univ. de Bamako, 2005; 107 p.
37. Messnourher B. Dermatite atopique de l'enfant : alimentation, environnement. Thèse de Médecine, Maroc; Univ. Mohamed V, 2010 ; 229 p.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

Etude sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des eczémas en consultation dermatologique à Bobo-Dioulasso

Fiche N° /_/_/_/_/_/ Dossier N° /_/_/_/_/_/_/_/_/ Année /_/_/_/_/_/_/

Initiales des nom et prénom /_/_/_/_/_/

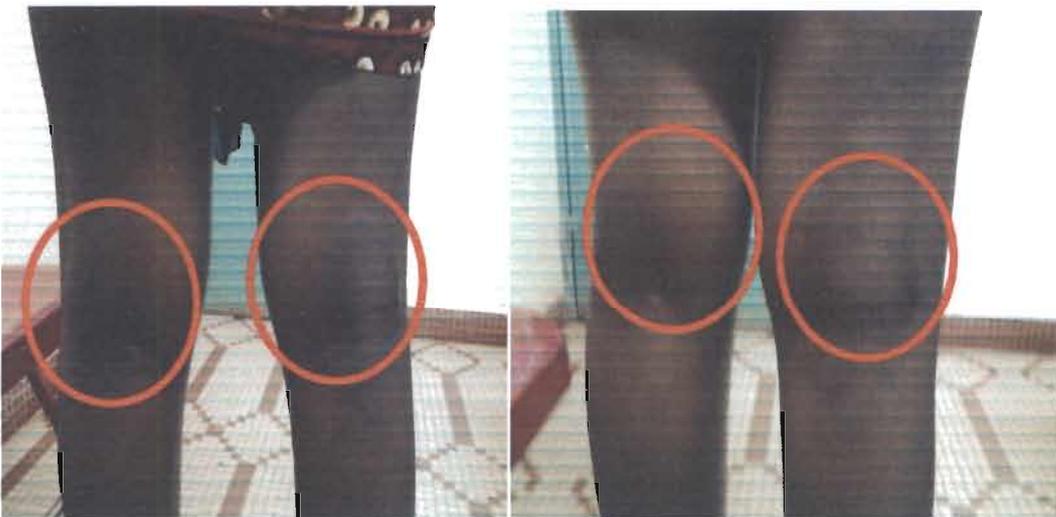
<i>I. Aspects sociodémographiques</i>	
-Sexe	M /_/_/ F/_/_/
-Age (en année)
-Adresse	Bobo-Dioulasso /_/_/ Autres /_/_/ [si autres, préciser milieu rural /_/_/ milieu urbain /_/_/]
-Profession	Fonctionnaire/autres salariés /_/_/ Militaires ou paramilitaires /_/_/ Elève ou Etudiant /_/_/ Préscolaire /_/_/ Commerçant/Employé de commerce /_/_/ secteur informel /_/_/ Agriculteur/Éleveur /_/_/ Femme au foyer /_/_/ Retraité /_/_/ non précisé /_/_/ Autres /_/_/ préciser.....
<i>II. Aspects cliniques</i>	
-Evolution de la symptomatologie	Aigue /_/_/ Chronique /_/_/ non précisé /_/_/
-Types d'eczémas	Dermatite atopique /_/_/ Eczéma de contact /_/_/ Eczéma de stase /_/_/ -Eczéma microbien /_/_/ Non précisé /_/_/
-Formes cliniques	Eczéma suintant érythémato-vésiculeux ou squameux /_/_/ Eczéma micro papuleux /_/_/ Eczéma dysidrosique /_/_/ Eczéma nummulaire /_/_/ Eczéma kératosique/fissuraire /_/_/ eczéma lichénifié /_/_/ eczéma sec /_/_/ non précisé /_/_/ Autres /_/_/ (Préciser).....
Rémissions/Recrudescence	oui /_/_/ non /_/_/ non précisé /_/_/
-Localisation	visage /_/_/ lèvres /_/_/ cou /_/_/ cuir chevelu /_/_/ pavillon des oreilles /_/_/ thorax/dos /_/_/ abdomen /_/_/ membres supérieurs /_/_/ membres inférieurs /_/_/ plis(coudes, creux poplités, axillaire, plis inguinal, pli sous mammaire) /_/_/ dos des mains /_/_/ paumes des

	mains /__/ dos des pieds /__/ plantes des pieds /__/ organes génitaux externes /__/ ceinture /__/ fesses /__/ retro auriculaire /__/ pré tibiale /__/ mamelons/seins /__/ Tout le corps /__/ non précisé /__/ autres /__/ préciser
-Antécédents familiaux d'atopie	oui /__/ non /__/ non précisé /__/
-Terrain	-Atopie personnelle oui /__/ non /__/ non précisé /__/ Si oui: -asthme /__/ -conjonctivite /__/ -rhinite /__/ -autres /__/ -non précisé /__/ -Immunodépression VIH oui /__/ non /__/ non précisé /__/
-Maladies dermatologiques associées	Oui /__/ Non /__/ Si oui la ou lesquelles.....
-Complications	Oui /__/ non /__/ Si oui précisé [Impétiginisation /__/ Généralisation /__/ Lichénification /__/ Erysipèle /__/ Autres /__/ Préciser.....]
-Etiologie	-Identification d'un allergène? Oui /__/ non /__/ Si oui, la source de l'allergène..... -Facteurs favorisants : oui /__/ non /__/ non précisé /__/ Si oui préciser.....
<i>III- Aspects thérapeutiques</i>	
Dermocorticoïdes sans association	oui /__/ non /__/
Dermocorticoïdes + acide salicylique	oui /__/ non /__/
Dermocorticoïde dans une préparation magistrale	oui /__/ non /__/
Antihistaminiques	oui /__/ non /__/
Antiseptiques local	oui /__/ non /__/
-Antibiotique local	oui /__/ non /__/
-Antibiotique général	oui /__/ non /__/
-Emollients	oui /__/ non /__/
-Autres (préciser)
-Evolution	Défavorable /__/ Stationnaire /__/ Peu favorable /__/ Favorable /__/ Non précisé /__/

ICONOGRAPHIE

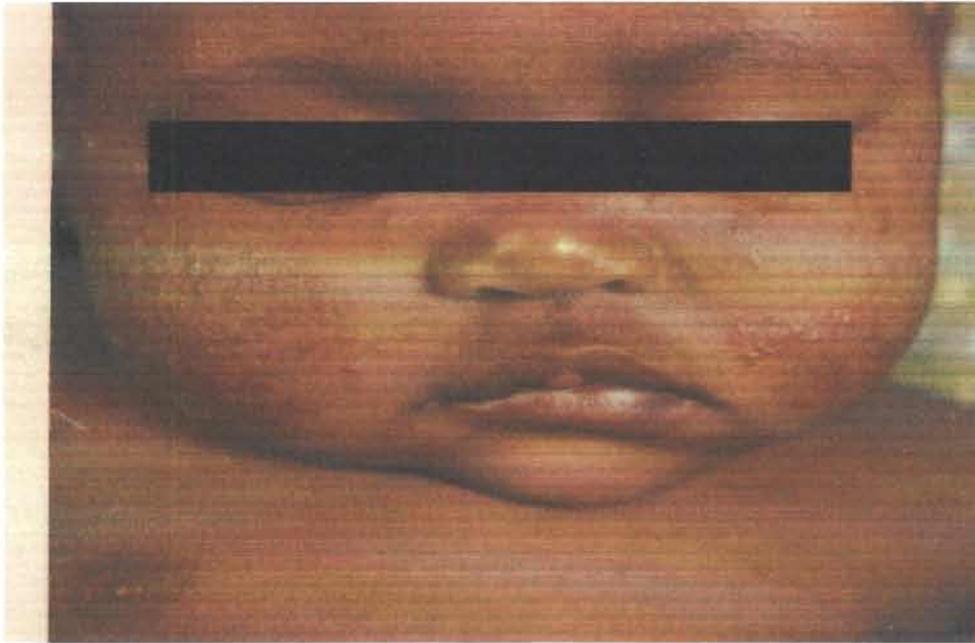


Eczéma aigu érythémato-squameux (plaques à bords émiétés)



**DA des plis avant
le traitement**

**DA une semaine après
le traitement**



DA du nourrisson (zones convexes du visage)



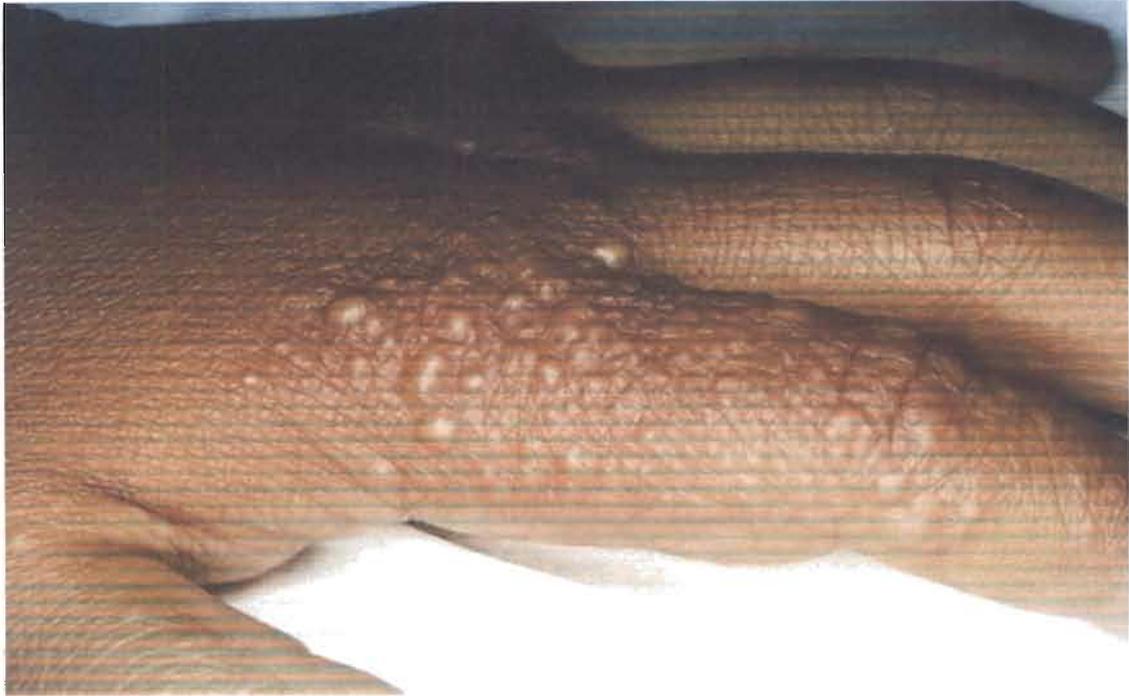
Eczéma de contact au pot en plastique chez un nourrisson



Eczéma de contact aux chaussures



Eczéma sec



Dyshidrose



Eczéma aigu du visage



Eczéma impétiginisé



Eczéma lichénifié

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque »