
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherches en Sciences de la Santé (UFR / SDS)



SECTION PHARMACIE

Année Universitaire **2011-2012**

Thèse N°063

**LES ÉRYTHRODERMIES : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES,
THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE -
VÉNÉROLOGIE du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO
OUEDRAOGO (CHU-YO).**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Avril 2012 à 8H00

Pour l'obtention du grade de **Docteur en Pharmacie**
(Diplôme d'Etat)

Par

Guiétawendé Sylviane Hermine Ouédraogo

Née le 02 Janvier 1981 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directeur de thèse:

Pr. Ag. Fatou TRAORE-BARRO

Codirecteur:

Dr. G. M. L. Patrice TAPSOBA

JURY

Président:

Pr. Ag. Rasmané SEMDE

Membres :

Pr. Ag. Eléonore KAFANDO

Dr. G. M.L. Patrice TAPSOBA

Dr. Nina KORSAGA-SOME



**LISTE DU PERSONNEL
ADMINISTRATIF**



DEDICACES

DEDICACES

*Grace à Vous enfin, ce travail, votre travail a pris forme et je vous le dédie,
Vous :*

A mon fils LAWSON LATE RAPHAEL CHARLEMAGNE

Tu es la prunelle de mes yeux; il me suffit de te voir sourire pour retrouver la joie de vivre ; merci de me combler. Je t'aime mon trésor. Ta maman chérie.

A mon Papa OUEDRAOGO LAZARE

Pour toi papa chéri: De tous les pères, tu es le meilleur. Tu m'as toujours fait confiance et l'amour que tu me portes m'a donné la force de me battre. Papa ce travail est le tien. Puisse Dieu te donner longue vie pour profiter des fruits de tes semences.

A ma Maman OUEDRAOGO HONORINE

Toi qui m'a donné la vie et qui a fait tout pour moi.
Ta tendresse, ton courage face aux adversités de la vie et tes conseils m'ont permis d'avancer dans la vie.

Cette œuvre est aussi la tienne. Je te remercie maman pour tous les sacrifices que tu as consentis pour la réalisation de ce travail. Puisse le tout Puissant te donner une longue vie de santé et de bonheur. Je t'aime maman.

A mes frères et sœurs: Arthur, Anicet, Josiane, Nina

Je vous remercie aussi infiniment pour tout votre amour. Je vous remercie pour les nombreuses fois où vous m'avez soutenu financièrement et moralement surtout. Chacun d'entre vous était toujours là pour avoir un mot d'encouragement à mon endroit, pour me demander de continuer, de ne pas baisser les bras lorsque j'étais affaibli moralement.

Que cette œuvre symbolise tous vos efforts qui ont contribué à l'atteinte de ce but. Que Dieu nous accorde la santé, la longévité, le bonheur et renforce nos liens fraternels.

A mon oncle colonel Yembraogo Roger OUEDRAOGO (in memoriam)

Ce souvenir amer de ton départ me reste gravé dans la mémoire mais je sais que du côté de Dieu où tu te trouves tu pries pour nous. Tu as guidé mes premiers pas à la Pharmacie en m'accueillant chez toi. Tu m'as toujours encouragé pour mes études. Enfin, Pharmacie comme tu me l'appelais a fini mais malheureusement tonton tu n'es plus. Repose en paix

A mon chéri LAWSON Dieudonné

Tu as été ma forteresse et mon courage durant ce travail; merci pour ton soutien. Les mérites de ce travail te reviennent également.

A mes amis et promotionnaires

ZONGO sylvie, SAMA Roselyne Bebyabenda, GOUMBRI bertrand, NARE Alain, NEBIE Basile, SABI n BOUN Said, NENEBIE Ange, SOME kouadou, TRAORE Ousmane, TONDE Issa, Kadi LAMOUKRI, Sama Mohamed.

Nous avons traversé ensemble des moments heureux et difficiles en faculté comme sur les lieux de stage. Je vous dédie amicalement ce travail, que Dieu renforce nos liens d'amitié.

A mes promotionnaires et anciens élèves

De l'école EST-MIXTE, du Collège St Joseph Moukassa de KOUDOUGOU

En souvenir des moments agréables et difficiles passés ensemble, merci !

A tous mes promotionnaires et amis de la faculté dont les noms n'ont pas pu être cités

Ce travail est aussi le votre. Merci pour tout. Que Dieu vous bénisse!



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- ✓ A mes oncles Sébastien et Edouard OUEDRAOGO. Vous avez toujours cru à votre nièce. Mes tontons chéris, merci d'avoir cru en moi ; que ce travail soit le témoignage de mon indéfectible attachement. Que Dieu vous bénisse.

- ✓ A mes Tantes: BONKOUNGOU Célestine; Noëlie et Claire OUEDRAOGO. Rien ne saurait exprimer ma reconnaissance pour le soutien tant moral que matériel que vous m'avez généreusement apporté. Que Dieu vous bénisse.

- ✓ A mamy bouillie de RAF. Mme OUEDRAOGO- TRAORE Awa. Les mots me manquent pour vous dire merci. Que Dieu vous rende au centuple vos bienfaits.

- ✓ A ma belle sœur Mme OUEDRAOGO- WEDDOUDA Deborah. Merci pour tout le soutien multiple et multiforme.

- ✓ **A mes aînés docteurs**
 - Dr Lydie HOUETO
 - Dr Evelyne OUEDRAOGO
 - Dr Céline KOBEANE/KONTYARE
 - Dr Goumbri Bertrand

- ✓ A mes cousins et cousines: Aristide, Gisèle, Thierry, Elodie, Bene, Sabrina: votre affection et vos encouragements m'ont permis de surmonter beaucoup de difficultés au cour de ce long parcours. Merci pour tout.

- ✓ Au Professeur Agrégé Fatou TRAORE-BARRO et au Docteur Patrice TAPSOBA: vous nous avez aidés dans la réalisation de ce travail. Vous êtes un exemple de réussite et un idéal à atteindre. Puisse le Dieu de Miséricorde vous combler au centuple de vos bienfaits. Merci et merci encore!!!!!!

- ✓ A l'ensemble du personnel de la Pharmacie Cathédrale, Pharmacie de la Savane, Pharmacie Sigri: vous avez su m'apporter votre soutien et vos encouragements dans les moments difficiles. Merci pour le soutien et la confiance. Dieu vous bénisse.

- ✓ A l'ensemble du personnel du laboratoire Charles De gaulle : Vous avez su m'apporter votre soutien et vos encouragements dans les moments difficiles. Merci pour tout. Que Dieu vous bénisse abondamment.

✓ Tous nos remerciements vont à l'endroit:

- De tous les enseignants de l'UFR/SDS et à tous nos maitres de stages: profonde gratitude pour les enseignements reçus.
- De tout le personnel du service de Dermatologie et Vénérologie pour votre soutien.
- Du personnel des centres de documentation: Bibliothèque de l'UFR/SDS, Institut de recherche pour le développement(IRD).
- A tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail



A NOS MAITRES ET JUGES

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE:
Professeur Agrégé Fatou TRAORE-BARRO.**

Pr. vous êtes:

- Maître de conférences agrégé de Dermatologie-Vénérologie à l'UFR/SDS,
- Chef de service de Médecine et Spécialités médicales de l'hôpital national Blaise Compaoré,

Honorable Maître,

Nous vous sommes gré pour l'honneur que vous nous avez accordé en acceptant d'être le promoteur de cette étude. L'immensité de votre savoir, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines forcent l'admiration. Trouvez là l'expression de notre respectueuse considération et de notre profonde gratitude. Que Dieu vous accorde longue vie et qu'il vous bénisse à jamais!

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE:

Docteur G.M.L. PATRICE TAPSOBA

Dr G.M.L.Patrice TAPBSOBA vous êtes:

- Dermatologue-Vénérologue au CHU-YO
- Secrétaire à l'information dans l'Association Burkinabé Raoul Follereau,

Cher Maître,

Nous vous sommes entièrement reconnaissantes pour l'attention toute particulière, et la patience que vous nous avez accordée à chacune des étapes

de ce travail. Vous nous avez été d'un grand recours dans la réalisation de ce travail, et cela nous a permis d'admirer vos qualités d'homme de science, votre sens critique et surtout vos grandes qualités humaines. L'honneur est d'autant plus grand que nous avons pu bénéficier de vos conseils et de votre sympathie combien précieuse.

Nous avons apprécié votre constante disponibilité, votre approche des plus faciles et votre sens élevé de la bonté.

Seul Dieu saura vous remercier. Qu'il vous guide dans vos pas d'enseignant et dans votre vie de tous les jours. Qu'il vous bénisse au-delà de vos attentes et vous comble d'innombrables bienfaits

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY:

Professeur Agrégé Rasmané SEMDE

Pr. vous êtes :

- Maître de conférences agrégé en Pharmacie Galénique et Technologie Pharmaceutique à l'UFR/SDS,
- Directeur de la réglementation pharmaceutique à la direction Générale de la Pharmacie, du Médicament, et des laboratoires(DGPML),

Cher Maître, permettez nous de vous témoigner toute notre gratitude et notre reconnaissance pour cet honneur et le privilège que vous nous faites en acceptant de présider le jury d'évaluation de cette thèse, cela malgré vos multiples occupations. Nous avons bénéficié de vos enseignements tout au long de notre cursus universitaire. Vous nous avez émerveillés par votre amour du travail soigné, vos grandes qualités humaines et votre grande simplicité.

Vous êtes pétrie de grandes qualités scientifiques et vous contribuerez certainement à apporter de la valeur au contenu de ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse considération.

Puisse le tout Puissant vous combler de ses bénédictions.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Nina KORSAGA-SOME :

Dr vous êtes:

- Assistante de Dermatologie-Vénérologie
- Médecin spécialiste en Dermatologie-Vénérologie au CHU-YO

Cher Maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger dans le jury de cette thèse malgré vos multiples sollicitations et occupations. Nous vous prions cher maître, d'accepter notre sincère reconnaissance et respectueuse considération.

Puisse Dieu vous combler de ses bénédictions au-delà de vos attentes!

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr. Agrégé Eléonore KAFANDO :

Pr. vous êtes:

- Maître de conférence agrégée en Hématologie-Biologique à l'Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé (UFR/SDS),
- Responsable de l'unité d'Hématologie au laboratoire d'analyses médicales du Centre Hospitalier Charles De Gaulle (CHU-PCG),

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation. Puisse ce travail être à la hauteur de vos attentes. Veuillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse!

**PAR DELIBERATION, L'UFR/SDS A ARRETE QUE LES OPINIONS
EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT PRESENTEES
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS
AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION.**

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ◆ PEAG: Pustuleuse Exanthématique Aigu Généralisé
- ◆ CHU-YO: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo
- ◆ VIH: Virus de L'Immuno Déficience Humaine
- ◆ DRESS: Drug Rash With Hypereosinophila and Systemic Symptoms
- ◆ SIDA: Syndrome Immuno Déficience Acquise
- ◆ NFS: Numération Formule Sanguine
- ◆ PCR: Polymérase Chaine Réaction
- ◆ PV/VIH: Personne Vivant avec le VIH
- ◆ DES: Diplôme d'Etude spécialisé
- ◆ AS: Acide Salicylique
- ◆ IC: Insuffisance Cardiaque
- ◆ IR: Insuffisance Respiratoire
- ◆ PM: Préparation magistrale
- ◆ SRV+: Sérologie Rétrovirale positive

- ◆ ARV: Anti Retro Viral
- ◆ INSD: Institut National de Statistique Démographique
- ◆ AINS: Anti inflammatoire non stéroïdien
- ◆ AI : Anti inflammatoire

LISTE DES TABLEAUX

- ◆ Tableau I: Causes des érythrodermies de l'adulte (pourcentage d'après la méta-analyse de Sigurdsson sur 868 cas)..... 18

- ◆ Tableau II: Répartition des cas d'érythrodermies selon l'année de consultation..... 37

- ◆ Tableau III: Répartition des érythrodermies selon les signes physiques..... 39

- ◆ Tableau IV: Répartition des cas d'érythrodermies selon les modalités d'évolution..... 41

- ◆ Tableau V: Cause de décès des érythrodermies selon le diagnostic étiologique..... 41

- ◆ Tableau VI: Répartition des dermatoses érythrodermiques selon la tranche d'âge..... 44

- ◆ Tableau VII: Evolution de l'érythrodermie en fonction de la pathologie sous jacente..... 46

- ◆ Tableau VIII: Répartition des érythrodermies médicamenteuses
en fonction de la tranche d'âge..... 48

- ◆ Tableau IX: Evolution de l'érythrodermie médicamenteuse
en fonction de l'effectif 50

LISTE DES FIGURES

- Figure 1: Coupe histologique de la peau..... 6
- Figure 2: Coupe histologique montrant les couches de l'épiderme..... 7
- Figure 3: Coupe histologique montrant les différentes cellules
de l'épiderme..... 9
- Figure 4: Coupe histologique du derme..... 10
- Figure 5: Coupe histologique de l'hypoderme..... 11
- Figure 6: Répartition des érythrodermies selon la tranche d'âge..... 37
- Figure 7: Répartition des cas d'érythrodermie selon
les affections préexistantes..... 41
- Figure 8: Répartition des dermatoses érythrodermiques selon
le sexe..... 42
- Figure 9: Répartition des érythrodermies médicamenteuses selon
le médicament..... 46



SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....	1
I-PREMIERE PARTIE: GENERALITE.....	3
1-Dermatologie et son organisation au Burkina Faso	4
2-Classification des affections Dermatologiques rencontrées en Hospitalisation	5
3-Rappels histologiques et anatomiques de la peau	7
4-Fonctions de la peau.....	16
5-Rappels sur l'érythrodermie.....	17
6-Complications des érythrodermies.....	26
7-Examens paracliniques.....	27
8-Prise en charge	29
II-DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	

1- Objectifs	32
2-Méthodologie.....	34
3-Résultats	39
4-Discussion.....	58
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	70
SUGGESTIONS	73
ANNEXES.....	80

INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Au Burkina Faso, la politique nationale de Santé est axée sur les activités de prévention et de promotion de la Santé. L'état de santé de la population, encore précaire est caractérisé par une multitude de pathologies, infectieuses, parasitaires notamment le paludisme, les affections des voies respiratoires, les affections dermatologiques et les diarrhées [26]. Parmi elles, les affections cutanées restent encore à l'aube de ce 21^{ème} siècle un problème majeur de santé publique dans les pays en développement notamment en Afrique Noire. Le faible niveau d'éducation, l'extrême pauvreté des populations et la limitation des structures sanitaires, entravent cependant l'effort du gouvernement. Ainsi, l'automédication, les retards à la consultation compliquent certaines affections habituellement traitées en ambulatoire et favorisent par conséquent l'hospitalisation de ces patients. Dix affections courantes nécessitent une hospitalisation. Ce sont entre autre l'érysipèle, la leishmaniose, l'érythrodermie, les pemphigus, le syndrome de Steven Johnson, le pemphigoides bulleuses, la sclérodermie, le syndrome de Lyell, la maladie de Kaposi et l'eczéma. Parmi ces pathologies nous avons l'érythrodermie, pathologie sur laquelle portera notre étude.

L'érythrodermie est une pathologie peu fréquente, en revanche son tableau clinique est assez impressionnant. C'est une dermatose, érythémateuse et squameuse souvent suintante, généralisée sans espace de peau saine atteignant 90 % de la surface corporelle. Elle est d'installation aigüe ou subaigüe [1]. Il s'agit d'une urgence dermatologique. Plusieurs étiologies existent mais les plus courantes chez nous sont les causes dermatologiques (l'eczéma, le psoriasis, les pemphigus, le lichen plan) et les médicaments.

Elle représente 9,2 % des motifs d'admission en hospitalisation [16].

Sa prise en charge est longue, caractérisée par des rechutes fréquentes en rapport avec les interruptions thérapeutiques et la réexposition aux facteurs environnementaux déclenchant.

Le traitement est symptomatique et étiologique.

Le traitement symptomatique, primordial, vise à calmer l'inflammation cutanée, à réduire la desquamation et à lutter contre la surinfection afin de limiter les complications (troubles hémodynamiques et infections). Ce traitement symptomatique est général et local. Celui topique utilise souvent des préparations magistrales.

Qu'en est-il des érythrodermies dans le service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO)? Aucune étude n'a été faite sur ce sujet au Burkina Faso (BF).

Ainsi, le but de notre étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs et thérapeutiques des érythrodermies dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO de 2007 à 2010.



**PREMIERE PARTIE:
GENERALITES**

I-Généralité

1. La Dermatologie-Vénérologie et son organisation au Burkina- Faso

La Dermatologie-vénérologie est une spécialité médicale qui s'occupe des affections de la peau glabre, des phanères et des muqueuses. Elle prend en charge également les infections sexuellement transmissibles [1].

Elle a su trouver son individualité tout en restant au carrefour des autres spécialités. L'approche globale du malade est illustrée par la pratique Dermatologique quotidienne. Ainsi, à partir d'une anamnèse et de l'observation détaillée du revêtement cutané, des muqueuses et des phanères, on peut dépister une affection systémique, une infection virale, une parasitose, un cancer viscéral, une pathologie neuropsychiatrique. Ceci dénote des rapports étroits entre la peau et les autres organes.

Malgré les importants progrès en matière d'immuno-allergologie, de génétique et de biologie moléculaire, elle a su conserver un caractère clinique rendant indispensable l'apprentissage méthodique des symptômes et des syndromes dermatologiques au lit du malade [2]. La pandémie du VIH/SIDA vient encore rappeler l'importance de cette discipline, les manifestations dermatologiques étant au premier plan des infections opportunistes.

Les dermatologues burkinabé sont organisés avec les esthéticiens et cosmétologues au sein de la Société Burkinabé de Dermatologie-Vénérologie, d'Esthétique et de Cosmétologie (SOBUDEC), société savante qui œuvre pour la promotion et la santé de la peau et de ses annexes. Créée en septembre 2004, elle a mené de nombreuses activités de sensibilisation.

Pour renforcer l'activité dermatologique, il y a eu l'ouverture depuis 2009 à l'unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou, du Diplôme d'étude spécialisée en Dermatologie-Vénérologie (D.E.S).

2. Classification des affections dermatologiques rencontrées en hospitalisation

Il existe plusieurs axes de classification des affections en dermatologie. Nous utiliserons la classification basée sur les critères sémiologiques et physiopathologiques.

Ainsi, nous avons:

- les dermatoses infectieuses

Elles comprennent: les dermatoses bactériennes communes, les dermatoses bactériennes spécifiques, les dermatoses parasitaires, les viroses à expression cutanée, les mycoses, les maladies sexuellement transmissibles.

- les dermatoses inflammatoires

Les principales dermatoses inflammatoires recensées dans notre contexte sont: l'érythrodermie, le lichen plan diffus, le psoriasis, le prurigo malin, l'eczéma.

- les dermatoses bulleuses

Elles sont représentées essentiellement par les formes auto-immunes dont le pemphigus et les pemphigoides bulleuses.

- les toxidermies

Les formes graves sont le syndrome de Steven Johnson et le syndrome de Lyell.

- **les connectivites**

Ce groupe comprend la sclérodermie systémique, la dermatomyosite, le lupus érythémateux systémique.

- **les tumeurs cutanées**

Toutes les structures de la peau peuvent être atteintes. Il s'agit surtout de carcinomes cutanés, de lymphomes cutanés et de mélanomes.

- **les malformations:** Elles sont essentiellement vasculaires.

3. Rappels histologiques et anatomiques de la peau

3-1-Histologie de la peau [27]

La peau est une enveloppe faite de trois couches qui sont de la superficie vers la profondeur: l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

Elle compte des annexes épithéliales qui sont les glandes (sébacées et sudoripares) et des phanères (poils, cheveux, ongles).

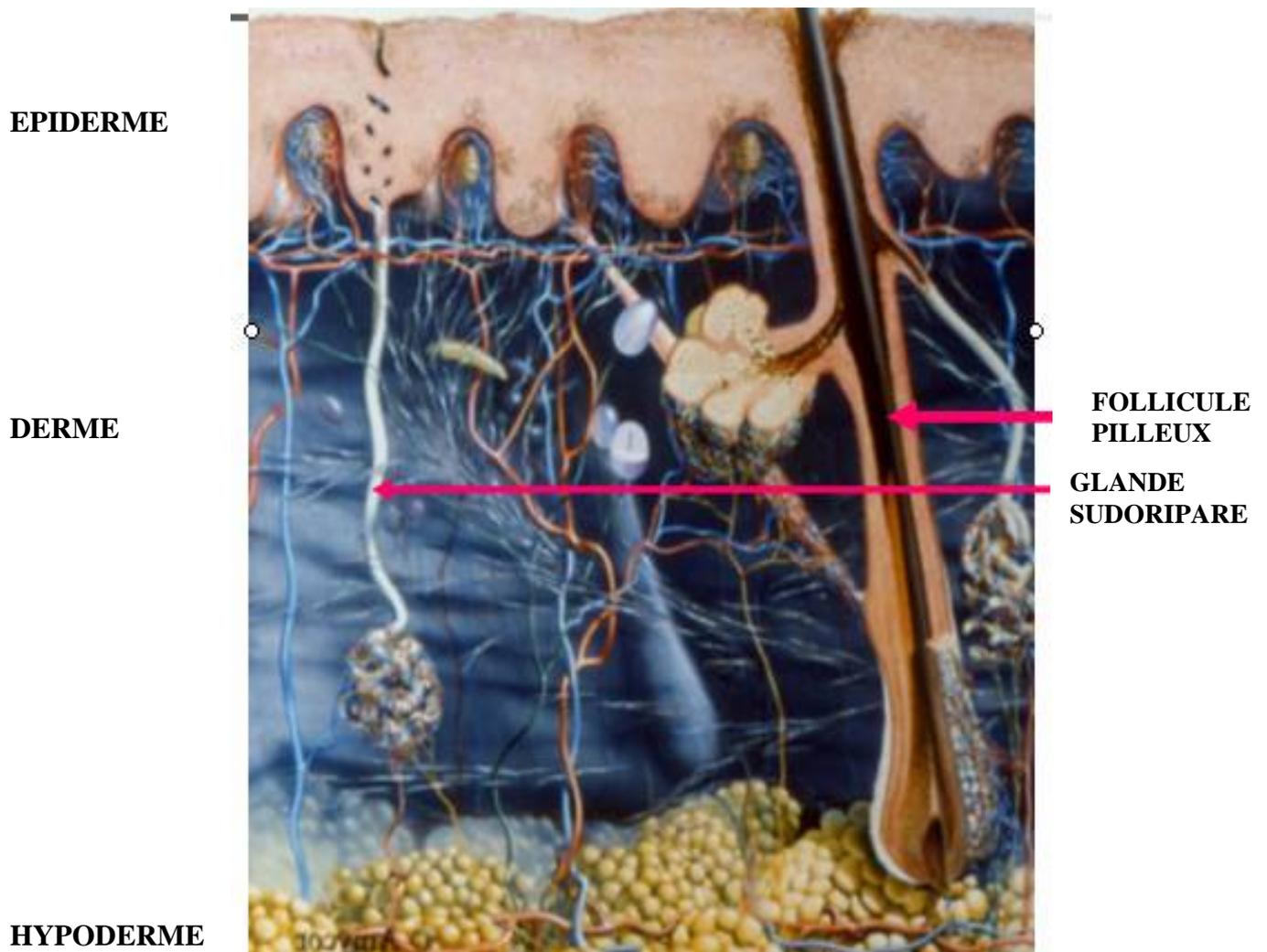


Figure 1: Coupe histologique de la peau.
Source: Eucerin

3-2-L'épiderme

L'épiderme dérive de l'ectoderme. C'est un épithélium pavimenteux stratifié.

Les couches qui la composent sont de l'extérieur vers l'intérieur:

- la couche cornée;
- la couche granuleuse;
- la couche épineuse;
- la couche basale.

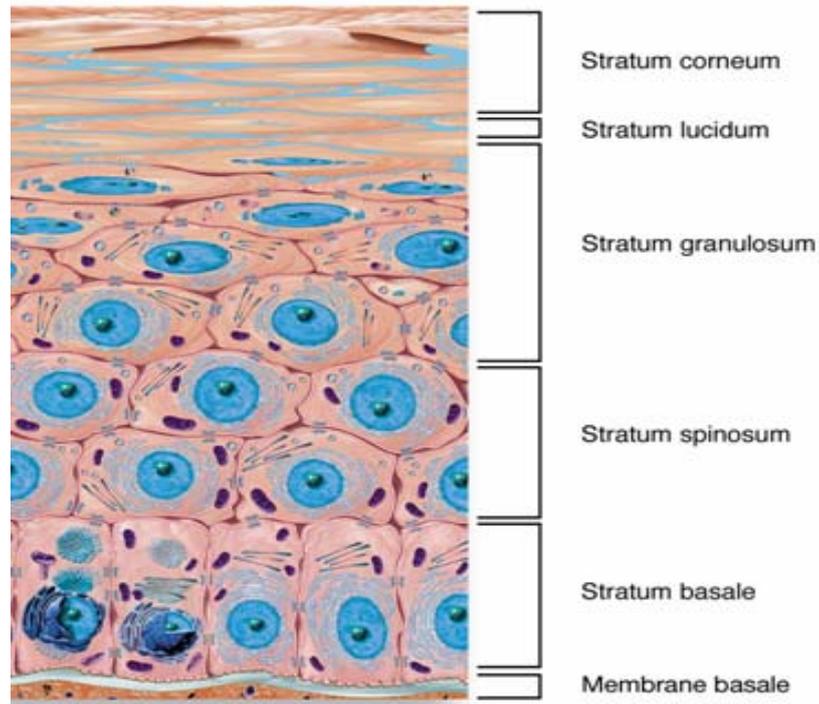


Figure 2: Coupe histologique montrant les couches de l'épiderme.
Source: Eucerin

L'épiderme comprend quatre types de cellules: les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans, les cellules de Merkel.

3-2-1-Les kératinocytes

Ils constituent la majorité de la population cellulaire épidermique (80 à 90 %). Ils se différencient en permanence de la profondeur à la surface afin de produire de la kératine. La kératine est une protéine fibreuse, insoluble dans l'eau, qui assure une très bonne protection.

3-2-2-Les mélanocytes

Les mélanocytes représentent moins de 1 % de la totalité des cellules de l'épiderme. Ils reposent sur la surface basale épidermique et sont spécialisés dans la production et la distribution des mélanines aux kératinocytes. La mélanine a une fonction de photo protection et déterminent la couleur de la peau.

3-2-3-Les cellules de Langerhans

Les cellules de Langerhans constituent 2 à 7 % de la population cellulaire épidermique. Leur fonction est immunitaire et repose sur leur aptitude à capter, à modifier et à présenter des antigènes exogènes, en association avec les molécules du complexe d'histocompatibilité, aux lymphocytes T ganglionnaires.

3-2-4-Les cellules de Merkel

Ce sont des cellules neuroépithéliales localisées dans la couche basale de l'épiderme. Elles jouent un rôle dans le tact en tant que mécanorécepteurs.

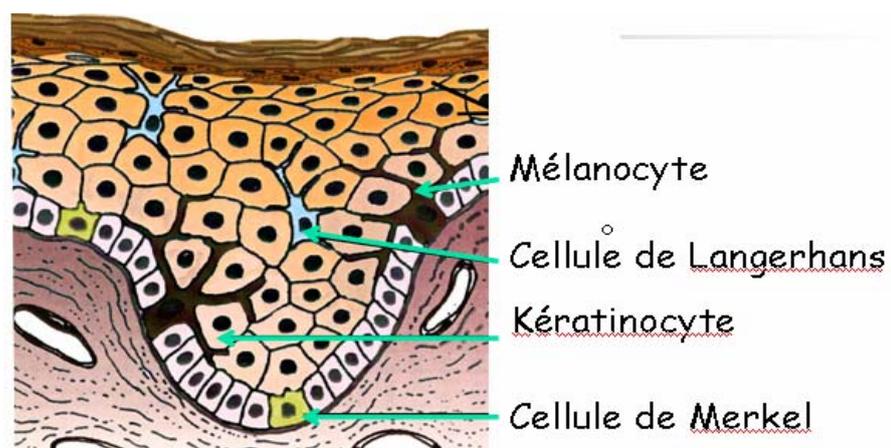


Figure 3: Coupe histologique montrant les différentes cellules de l'épiderme.
Source: Eucerin

3-3-Le derme

Il dérive du mésoderme. C'est un tissu conjonctif fait d'élastine et de collagène. Il est divisé en deux parties:

- le derme superficiel fait de tissu conjonctif lâche;
- le derme profond composé d'un tissu conjonctif dense. Il contient les glandes sébacées, sudoripares, les follicules pileux.

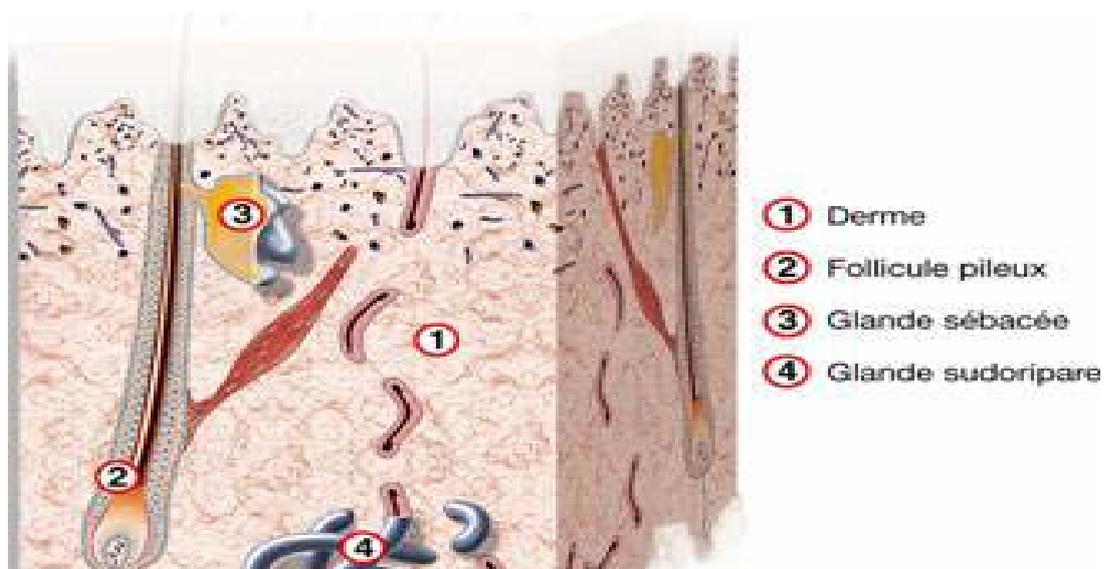


Figure 4: Coupe histologique du derme
Source: Eucerin

Le derme assure plusieurs fonctions:

- fonction de soutien : il est le support de l'épiderme et donne à la peau sa consistance;
- fonction métabolique (et nutritionnelle): il renferme les vaisseaux sanguins et lymphatiques ;
- fonction de défense : il contient des cellules (mastocytes et macrophages) qui ont un rôle immunitaire ;
- fonction de réparation : rôle important dans la cicatrisation;
- fonction sensorielle : il contient les fibres nerveuses et les récepteurs sensoriels.

3-4-L'hypoderme

Il est formé d'un tissu adipeux rattaché à la partie profonde du derme par des expansions de fibres collagène et élastique qui forment des cloisons (septa) entre les lobules adipeux. Les lobules sont remplis de cellules adipeuses.

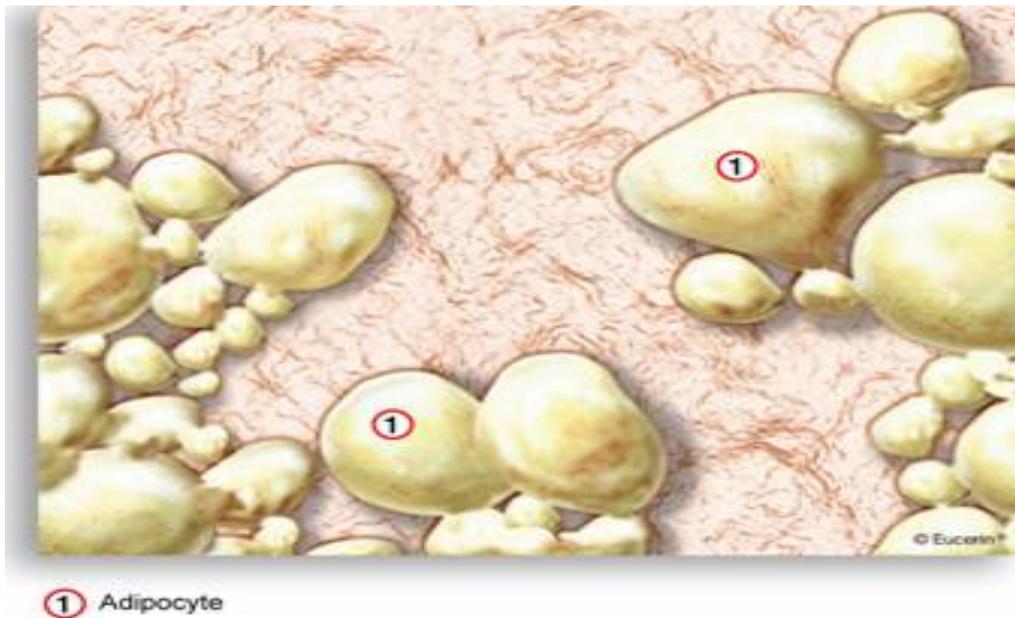


Figure 5: Coupe histologique de l'hypoderme
Source: Eucerin

Les fonctions de l'hypoderme sont nombreuses :

- fonction métabolique : le tissu adipeux est la plus grande réserve d'énergie de l'organisme. Il est capable de stocker les lipides sous forme de triglycérides et de les libérer sous forme d'acides gras et de glycérol;
- fonction plastique : il modèle la silhouette;
- fonction mécanique : il amortit les chocs;
- fonction de thermorégulation : la graisse est isolante.

3-5-Vascularisation de la peau [28]

La vascularisation cutanée est très abondante et liée aux nombreuses fonctions de la peau. Elle assure non seulement l'oxygénation et la nutrition des différentes structures de la peau, mais aussi le maintien de la thermorégulation, de la pression artérielle et de l'équilibre hydrique de l'organisme.

3-5-1-La circulation artérielle

L'apport de sang artériel provient des artères sous-cutanées qui cheminent en profondeur parallèlement à la surface cutanée et envoient des collatérales dans les septa de l'hypoderme. L'épiderme n'est pas vascularisé.

3-5-2-La circulation veineuse et lymphatique

La circulation veineuse est parallèle à la circulation artérielle. Le réseau lymphatique est superposable au réseau artério-veineux.

3-5-3-Les anastomoses

Elles permettent de court-circuiter une partie du réseau vasculaire. Au niveau du derme, il existe des anastomoses pré-capillaires et artério-veineuses. Celles-ci, entourées de fibres nerveuses et musculaires lisses, forment le glomus de Masson. Quand les fibres musculaires sont relâchées, le glomus s'ouvre, permettant ainsi un retour rapide du sang.

3-5-4-La régulation du débit sanguin

Elle est assurée de façon directe par le système nerveux sympathique (dont la stimulation entraîne une vasoconstriction), et de façon indirecte par différents stimuli: mécanique (le grattage), physique (la température) ou chimique (la pression partielle en oxygène, en gaz carbonique ou le pH).

3-6- L'innervation de la peau

La peau est l'organe du toucher. Il faut distinguer l'innervation sensitive de celle végétative.

3-6-1-L'innervation sensitive

Elle est formée d'un réseau dermique de fibres nerveuses et de récepteurs. Les récepteurs sont sensibles aux stimulations mécaniques, thermiques ou douloureuses, qui sont traduites en signaux nerveux informatifs. Les fibres

nerveuses transmettent cette information au centre nerveux situé dans l'aire sensitive du cortex cérébral qui la transforme en perception.

3-6-2-L'innervation végétative

Seul le système sympathique est présent dans la peau. Ces fibres sont intriquées aux fibres sensibles. Elles innervent les muscles pilomoteurs, les glandes sudoripares et les vaisseaux sanguins.

3-7-Les annexes de la peau [28]

3-7-1-Le follicule pileux

Les poils sont des structures kératinisées propres aux mammifères. Leur couleur, leur taille et leur répartition sont variables en fonction de la race, de l'âge, du sexe et de la région du corps. Seules les paumes, les plantes et les dermo-muqueuses buccale et génitale en sont dépourvues. Les follicules pileux sont d'origine ectodermique.

3-7-2-Les glandes sudoripares

Il existe deux types de glandes sudoripares: les glandes eccrines et les glandes apocrines.

Les glandes eccrines sont très nombreuses, ubiquitaires et elles produisent la plus grande partie de la sécrétion sudorale sous forme d'une sueur limpide. Les glandes apocrines sont localisées sous les aisselles, dans les régions génitales, au visage, autour de l'aréole du sein et autour du nombril. Associées au follicule pileux, elles sécrètent de façon intermittente une sueur visqueuse.

3-7-3-Les glandes sébacées

Elles ont une origine ectodermique et sont localisées dans le derme moyen. Leur distribution suit celle des follicules pileux auxquels elles sont associées, sauf au niveau des régions spécialisées (aréole du sein, gland pénien,

gland clitoridien, lèvres) où elles s'abouchent directement à la surface cutanée. Elles sont responsables de la production du sébum.

4-Les fonctions de la peau [1]

La structure de la peau lui confère un rôle très important. Elle assure plusieurs fonctions suivantes:

- Une fonction de protection: mécanique, chimique, antibactérienne, immunologique, contre les radiations solaires;
- Une fonction de thermorégulation;
- Une fonction sensorielle. Elle permet la perception de la chaleur, du froid, de la douleur, du toucher;
- Une fonction d'élimination: elle élimine les substances à travers le sébum, la sueur;
- Une fonction d'absorption. C'est une barrière sélective qui laisse sortir certaines substances et laisse aussi pénétrer d'autres;
- Une fonction métabolique: la peau participe à la synthèse de la vitamine D;
- Une fonction de cicatrisation;
- Une fonction sociale.

Le pH à la surface de la peau est réglé par la sécrétion des glandes sudoripares. Il se situe en moyenne autour de 4,5 et contribue de façon importante aux mécanismes de défense de la peau. Il varie d'une région à l'autre du corps (il peut même atteindre 7,2 dans les espaces interdigitaux). Dans les affections cutanées, les variations pathologiques étant toutes dans le sens de l'alcalinisation, il peut atteindre pH 8 pour certaines maladies de la peau (érythrodermie).

5-Rappels sur l'érythrodermie

5-1-Erythrodermie de l'adulte

5-1-1-Définition

L'érythrodermie est définie comme une atteinte érythémateuse et squameuse généralisée (ou supérieure à 90 %) du tégument évoluant pendant plus de deux semaines. Ainsi, est éliminée la grande majorité des éruptions érythémateuses qui ne sont pas continues de la tête au pied et sans espace de peau saine. C'est une atteinte grave, nécessitant une hospitalisation car elle s'accompagne le plus souvent de signes généraux mal tolérés.

L'érythrodermie n'est pas une pathologie fréquente. Son incidence est de 1 à 2 cas pour 100000 habitants par an en Europe et aux Etats-Unis [3]. Elle atteint préférentiellement l'adulte de plus de 50 ans et deux fois plus fréquemment l'homme que la femme (6, 7).

5-1-2-Symptômes

Le diagnostic positif d'une érythrodermie est facile, il est le plus souvent évident et saute aux yeux: dermatose généralisée, couvrant l'ensemble du tégument. Les caractéristiques cliniques de l'érythrodermie sont:

Erythème

Par définition, il est généralisé, sans ou avec peu d'espace saine. Il est inflammatoire infiltré, œdémateux avec épaissement cutané, notamment des plis. Les rides sur le visage sont remplacées par des bourrelets épais.

Les troubles pigmentaires sont fréquents, avec hypo pigmentation ou hyperpigmentation diffuse. Sur peau noire, l'érythème est remplacé par une hyperpigmentation pouvant être sous estimée.

Squames

Elles peuvent être primitives et apparaître dans les premiers jours de l'éruption par hyperprolifération kératinocytaire; ce sont alors de squames épaisses et grasses (avec suintement important). Ce type de squame est retrouvé dans le psoriasis et l'eczéma atopique. Les squames peuvent également être secondaires à la souffrance épidermique. Elles sont alors fines, responsables d'une desquamation superficielle comme après un «coup de soleil».

Prurit

Il est constant, associé à une dysrégulation cutanée thermique importante.

Muqueuses

L'atteinte des muqueuses est notamment représentée par les chéilites puis les conjonctivites et les mucites. Une éversion des paupières (ectropion) est fréquente.

Phanères

L'atteinte est corrélée à la sévérité et à la durée de l'érythrodermie. Les ongles peuvent être épaissis, jaunâtres, friables avec des sillons transversaux renforcés. Leur chute est également habituelle dans les formes chroniques. Une alopecie peut survenir. Une raréfaction des cils et sourcils est souvent notée.

Ganglions

Ils sont habituellement diffus, réactionnels ou dermopatiques. Seules les adénopathies de taille volumineuse (supérieur à 2 cm) peuvent faire envisager l'intérêt d'une ponction ou biopsie, dans l'hypothèse d'un lymphome. L'anatomopathologiste doit être prévenu de la présence d'une érythrodermie pour l'interprétation histologique.

5-1-3-Etiologies

L'interrogatoire est l'un des éléments clés de l'enquête étiologique d'une érythrodermie. L'examen clinique apporte peu d'éléments orientant le diagnostic étiologique. Le médecin doit s'intéresser aux antécédents dermatologiques et généraux du patient, à la notion d'une éventuelle prise médicamenteuse récente, aux traitements topiques et rechercher un contexte infectieux contemporain à l'éruption [36].

D'après la méta-analyse de Sigurdsson sur 868 cas [9], cinq catégories peuvent être constituées (tableau I).

Tableau I: Causes des érythrodermies de l'adulte. (Pourcentage d'après la méta-analyse de Sigurdsson sur 868 cas.

<p>-Dermatoses érythrodermiques (47 %) .eczéma (20 à 40 %) .psoriasis (25 %) .autres: lichen plan, pemphigus foliacé, pityriasis rubra pilaire, pseudo lymphome actinique</p> <p>-Erythrodermies médicamenteuses (16 %)</p> <p>-Erythrodermie et hémopathies (10 %) .mycosis fongöide .syndrome de Sézary .autres: leucémies, maladie de Hodgkin, myélodysplasie</p> <p>-Erythrodermies de causes diverses (1 %)</p> <p>-Erythrodermies idiopathiques (26 %)</p>

❖ D'autres étiologies rares d'érythrodermies sont incluses dans les causes diverses: Le lichen plan, pemphigus foliacé, pityriasis rubra pilaire, pseudolymphomes actiniques, sarcoidose, lupus érythémateux.....

Les causes infectieuses sont rares tel le choc toxinique staphylococcique et streptococcique pour les causes bactériennes.

Rarement, une érythrodermie peut révéler une primo-infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [10], mais en revanche, l'infection par le VIH favorise les érythrodermies secondaires aux toxidermies ou les aggravations de psoriasis [11].

Parmi les causes parasitaires, la gale croûteuse mérite d'être précisée car parfois le diagnostic est retardé. Les lésions érythémateuses chroniques peuvent en effet faire retenir à tort le diagnostic de psoriasis.

- **les dermatoses érythrodermiques**

Certaines dermatoses peuvent réaliser une érythrodermie au cours de leur évolution. Ce sont les causes les plus fréquentes d'érythrodermies. Les dermatoses érythrodermiques les plus rencontrées chez l'adulte sont: le psoriasis et l'eczéma.

Le diagnostic étiologique de l'érythrodermie est alors facilité par l'interrogatoire qui retrouve presque toujours la notion d'une dermatose préalable, et parfois par la présence d'une atteinte clinique spécifique de la dermatose.

▪ **Psoriasis**

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique fréquente dont les localisations sont très caractéristiques (coudes, genou, région sacrée, cuir chevelu, ongles). Habituellement bénin mais invalidante avec un retentissement social marqué, il existe cependant des formes graves : l'érythrodermie.

L'érythrodermie psoriasique est une complication grave, survenant après une irritation ou une erreur thérapeutique (corticothérapie générale). Au stade d'érythrodermie, l'éruption d'un psoriasis perd sa spécificité. Les autres facteurs déclenchant seraient les complications de la photothérapie, une pathologie aigue associée, un stress émotionnel sévère [5]. L'aggravation d'un psoriasis ancien doit également faire suspecter une immunodépression induite par le VIH.

▪ **Eczéma**

L'eczéma est une inflammation dermo-épidermique prurigineuse à médiation immunitaire induite par des causes diverses. Il existe plusieurs formes d'eczéma et toutes ces formes peuvent se combiner:

- atopique

- de contact
- d'irritation
- séborrhéique
- nummulaire: en forme de monnaie
- de stase

L'eczéma atopique peut survenir à tout âge, mais la présence de poussées antérieures est à prendre en compte. L'exacerbation de lésions d'eczéma existantes conduisant à la généralisation doit faire rechercher une rupture thérapeutique ou surtout l'introduction d'un nouveau traitement topique

- **Toxidermies érythrodermiques**

Plusieurs classes médicamenteuses sont susceptibles de provoquer une toxidermie érythrodermique. Les médicaments le plus souvent incriminés sont les sels d'or, les sulfamides antibactériens, les anti comitiaux, l'allopurinol, les bêta-lactamines. Mais tout médicament dont les critères chronologiques sont compatibles peut être responsable d'une érythrodermie.

L'interrogatoire doit être minutieux dans le bilan d'une érythrodermie à la recherche d'un médicament inducteur. Le délai est en général d'une semaine après l'introduction du médicament.

Devant un tel tableau, il faut bien rechercher des critères de gravité de la toxidermie, en particulier rechercher des signes systémiques pouvant s'intégrer dans un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS (drug rash with hypereosinophila and systemic symptoms). Sur le plan clinique, l'œdème du visage, les adénopathies cervicales et la fièvre sont souvent prépondérants dans le DRESS. Outre l'aspect clinique, nous retrouverons au niveau biologique

une hyperéosinophilie, un syndrome mononucléosique et une cytolysé hépatique importante.

-Erythrodermie et hémopathies

L'hypothèse d'un lymphome T cutané épidermotrope (figure 7), en particulier d'un syndrome de Sézary, doit être soupçonnée devant une érythrodermie chronique, prurigineuse et infiltrée, surtout si celle-ci est associée à des adénopathies périphériques. A noter que les adénopathies périphériques sont présentes dans toute érythrodermie. La présence d'adénopathies périphériques chez un patient ayant une érythrodermie avec forte suspicion de lymphome cutané T doit nécessiter une biopsie ganglionnaire.

Le diagnostic est confirmé par l'histologie cutanée, la positivité de la recherche des cellules de Sézary dans le sang et la mise en évidence de la clonalité de ces cellules à la PCR. Sur le plan clinique, l'érythrodermie est souvent associée à un ectropion, une pachydermie, une pigmentation et également une kératodermie palmo-plantaire.

D'autres hémopathies peuvent, beaucoup plus rarement, se manifester par une érythrodermie: maladie de hodgkin, lymphome malin non hodgkinien, leucémie, myélodysplasie.....

Erythrodermies idiopathiques

Le suivi pendant plusieurs années de ces patients révèle dans 20% des cas une transformation en lymphome cutané [1]. Les modifications cutanées avec apparition de plaques tumorales précèdent souvent les données histologiques de plusieurs mois, voire années. Malgré la progression des techniques diagnostiques, le pourcentage d'érythrodermies chroniques de cause inconnue

reste élevé. Cette absence de diagnostic concerne principalement la population âgée.

- Autres causes d'érythrodermie

Il existe des érythrodermies infectieuses d'origine microbienne, virale, en particulier chez les personnes infectées par le VIH. Dans ce cas là, l'érythrodermie est farineuse, croûteuse et hyperkératosique, avec une très grande contagiosité. Elle survient chez les personnes âgées vivant en collectivités, ou chez les immunodéprimés.

5-2-Erythrodermies de l'enfant

Chez le nouveau né et le nourrisson de moins de 3 mois, elles sont exceptionnelles mais graves.

5-2-1-Ichtyose érythrodermique congénitale

Ce sont des maladies héréditaires avec anomalies de la kératinisation apparaissant dès la naissance et persistant à l'âge adulte. Ces nouveau-nés doivent être confiés rapidement à un dermato-pédiatre spécialisé pour préciser le diagnostic et assurer la prise en charge thérapeutique et les conseils génétiques. A la naissance, le tableau peut être celui d'un bébé collodion.

5-2-2-Erythrodermie desquamative de LEINER-MOUSSOUS

Cette dermatose succède à une dermatite séborrhéique bipolaire. L'état général est bien conservé, l'évolution bénigne. Cette érythrodermie peut évoluer dans un tiers des cas vers une dermatite atopique, dans un autre tiers des cas vers un psoriasis et puis enfin dans un tiers des cas rester idiopathique.

5-2-3-Epidermolyse staphylococcique du nouveau né

Elle se présente sous la forme d'un tableau d'enfant ébouillanté avec la fièvre et une altération sévère de l'état général, un vaste décollement épidermique laissant à nu de grands placards rouge et suintants. L'évolution sous traitement est habituellement favorable malgré le risque de complications infectieuses et hydro électrolytiques. Le germe responsable est le staphylocoque du groupe phagique II.

Un déficit immunitaire doit être recherché chez l'enfant en cas d'érythrodermie inexpliquée, car elle peut s'intégrer à des maladies dysimmunitaires (syndrome d'immunodéficience acquise(SIDA) du nourrisson, maladie de Ommen...).

6-Complications des érythrodermies

La gravité de l'érythrodermie est corrélée au terrain sur lequel elle survient et aux complications qu'elle entraîne.

- Troubles hydro électrolytiques

La déperdition hydro électrolytique est provoquée par la vasodilatation cutanée, la desquamation, le suintement, l'œdème et la fièvre. Elle peut décompenser une défaillance cardiaque, respiratoire ou rénale.

- Complications de décubitus

Ces complications doivent rapidement être prises en charge pour éviter l'apparition d'une dénutrition, d'une cachexie ou d'escarres liées a l'alitement prolongé.

- Complications infectieuses

La mortalité des patients atteints d'érythrodermie serait de 19 % et principalement liée aux complications infectieuses de la maladie. Il s'agit soit

d'infections cutanées à staphylocoque, à virus herpès ou varicelle-zona, soit d'infections générales comme des pneumopathies ou des septicémies. Le diagnostic de sepsis est difficile car l'érythrodermie peut, par elle-même, provoquer une fièvre et des frissons. De plus, les hémocultures sont fréquemment contaminées par des germes présents sur des lésions cutanées.

7-Les examens paracliniques

Les complications déterminent principalement les examens complémentaires.

C'est un temps indispensable qu'il faut s'accorder devant toute érythrodermie. Les investigations para cliniques n'aident pas à retrouver l'étiologie hormis quelques rares cas de leucoses, mais à l'inverse elles permettent d'évaluer les répercussions métaboliques et partant de ce fait d'évaluer le pronostic immédiat de ces érythrodermies. Ainsi, nous avons comme examens complémentaires:

- Numération formule sanguine (NFS)

Elle est utile pour la recherche de cellules de Sézary. Seul un chiffre supérieur à 10% est significatif pour un lymphome cutané. Une hyperéosinophilie ou des lymphocytes hyper basophiles (syndrome mononucléosique) sont des arguments pour un DRESS, une polynucléose neutrophile pour un PEAG, ou un psoriasis pustuleux, ou une cause infectieuse. Enfin, une lymphopénie peut accompagner un lymphome.

- Ionogramme sanguin

Il est utile dans la recherche de troubles métaboliques.

- Histologie cutanée

Comme la clinique, elle est non spécifique dans la majorité des cas. Son intérêt principal est la mise en évidence d'un épidermotropisme lymphocytaire

de type T à l'immunomarquage, permettant le diagnostic de mycosis fongoïde [4]. Généralement, l'histologie ne devient typique que dans les formes tumorales, l'aspect évocateur d'eczéma est le plus fréquent.

Elle doit être répétée à différents endroits, ainsi que dans le temps, pour retrouver un lymphome cutané [12]. L'histologie du psoriasis et de l'eczéma au stade de l'érythrodermie perd également de sa spécificité, l'hyperkératose et parakératose s'associant à une spongiose au niveau épidermique.

L'infiltrat dermique est majoritairement lymphocytaire, avec de rares polynucléaires dans la majorité des érythrodermies.

- Recherche de clone

Les techniques de polymérase chaîne réaction (PCR) cutanées à la recherche de clones tendent à s'uniformiser. Au stade érythrodermique, la recherche de clone dans les lymphomes T cutanés est positive dans 70 à 80 % [13].

La valeur prédictive d'un clone sanguin est inférieure à celle d'un clone cutané. En revanche, elle renforce le diagnostic lorsqu'ils sont identiques [14]. Leur interprétation doit cependant être confrontée au contexte anatomoclinique.

- Sérologie VIH

Les nombreuses causes d'érythrodermies associée à cette pathologie justifient sa réalisation en cas de facteurs de risque d'exposition au VIH [15].

- Recherche de Sarcoptes

Une gale croûteuse du fait de sa chronicité et de la discrétion du prurit peut être de diagnostic difficile. D'autre part, en cas de prurit nouveau ou s'aggravant, une gale peut être évoquée, la multiplication des hospitalisations secondaires aux poussées d'érythrodermies et l'immunodépression locale induite (dermocorticoïdes) peuvent favoriser une contamination.

- **Dosage des IgE**

Le taux des IgE sériques est proportionnel à la gravité des dermatites atopique. Il peut donc constituer un argument en faveur d'une dermatite atopique [1].

8. Prise en charge des érythrodermies

Le traitement des érythrodermies a pour objectifs de:

- Sécuriser le malade
- Améliorer le confort du malade
- Guérir la maladie

Il comporte deux étapes:

- **Un traitement symptomatique**

Ce traitement débute par une hospitalisation. On rassure le malade et aussi son entourage car l'érythrodermie est anxiogène. Le traitement est local et général. D'une part, le traitement local est fait de bains antiseptiques, d'application de topiques émoullients si lésions sèches, d'une antibiothérapie locale en cas de surinfection. Une corticothérapie locale peut être administrée avec prudence, parfois des préparations magistrales s'imposent.

En cas d'association dermocorticoïdes et acide salicylique la quantité de dermocorticoïdes doit être vue à la baisse car la pénétration est augmentée en raison des propriétés kératolytiques de l'acide salicylique. Aussi, l'association de plusieurs corticostéroïdes au sein d'une même préparation ainsi que le mélange de spécialités renfermant des corticostéroïdes différents sont à proscrire car ils n'ont aucune justification thérapeutique et ils augmentent le risque d'allergie de contact.

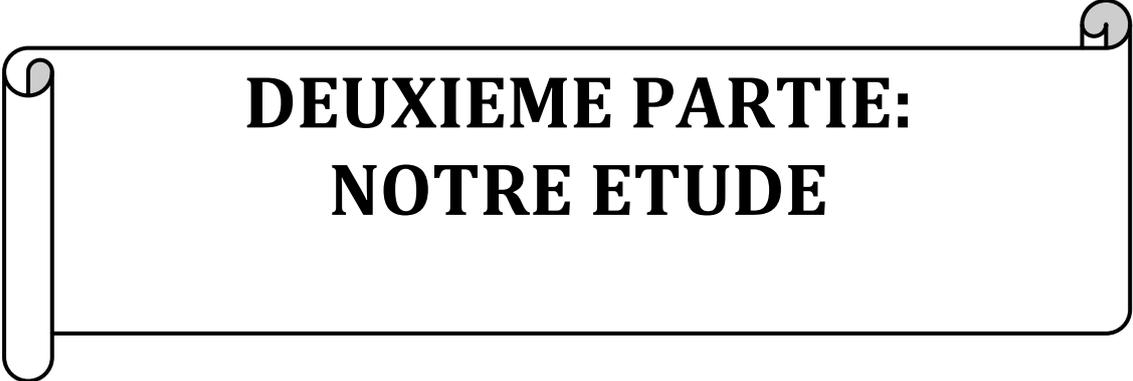
D'autre part un traitement général qui consiste à un arrêt de toute médication non indispensable, une rééquilibration hydro électrolytique et protidique, un traitement d'une complication: insuffisance cardiaque et rénale.

Une antibiothérapie adaptée, un antiprurigineux et sédatif, une corticothérapie générale doit être discutée selon les cas. En effet, elle est contre indiquée pour les psoriasis.

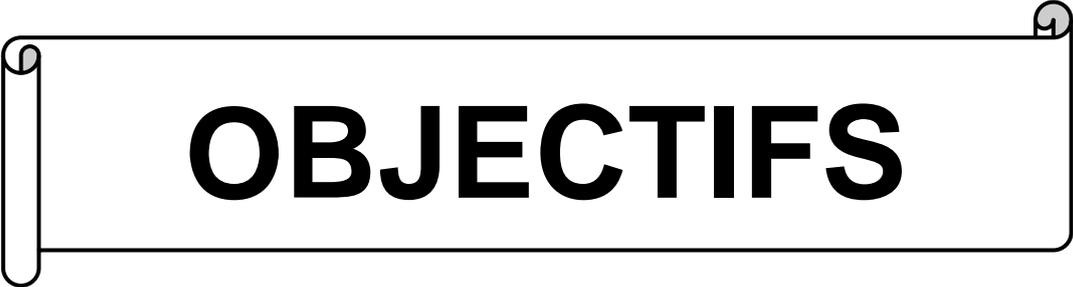
Ce traitement symptomatique permet de lever l'urgence et de rechercher l'étiologie.

Un traitement étiologique

Il est fonction de l'étiologie retrouvée.



**DEUXIEME PARTIE:
NOTRE ETUDE**



OBJECTIFS

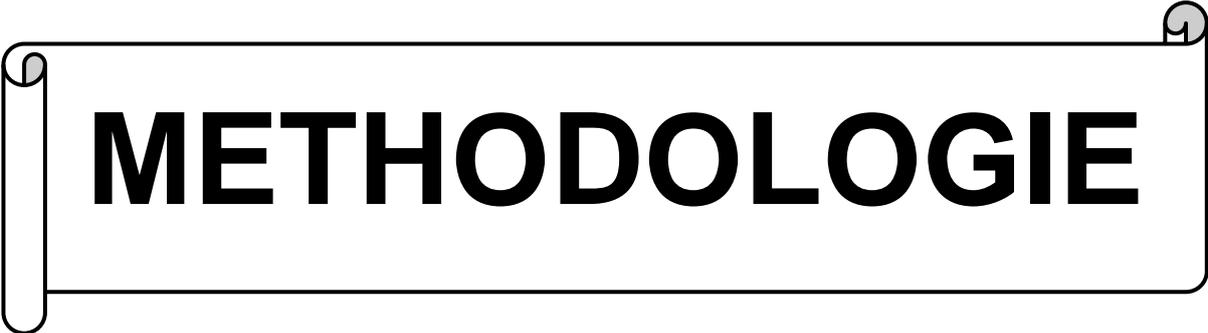
1-Objectifs

1. Objectif général

- Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs, étiologiques et thérapeutiques des érythrodermies dans le Service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects épidémiologiques des érythrodermies rencontrées dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO.
- Décrire les aspects cliniques des érythrodermies dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO.
- Identifier les différentes étiologies des érythrodermies observées dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO.
- Décrire les modalités de prise en charge des érythrodermies dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO.
- Déterminer les aspects évolutifs des érythrodermies dans le service de Dermatologie- Vénérologie du CHU-YO.



METHODOLOGIE

2-Méthodologie

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO de Ouagadougou au Burkina Faso.

Le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO de Ouagadougou est la référence en matière de prise en charge dermatologique et vénérologique au Burkina Faso. Il est placé sous la responsabilité d'un professeur titulaire de Dermatologie-Vénérologie. Ce service offre des soins aux malades en ambulatoire ou en hospitalisation atteints d'affections dermatologiques. Depuis 2005, le service assure la prise en charge des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Pour tout patient admis dans le service, un dossier clinique avec un numéro d'identification est ouvert. Le suivi et l'archivage des dossiers médicaux sont assurés par le personnel infirmier.

Le service de dermatologie a une capacité d'hospitalisation de 14 lits. Son personnel se compose de:

- 04 médecins dermatologues-vénérologues dont:
 - ✓ 01 Professeur titulaire de dermatologie-vénérologie;
 - ✓ 01 Professeur agrégé de dermatologie-vénérologie
 - ✓ 01 médecin assistante chef de clinique en Dermatologie;
 - ✓ 01 médecin praticien hospitalier

- ✓ 07 médecins en spécialisation
- 09 infirmiers, 03 garçons et filles de salles, une secrétaire;
- et des stagiaires (étudiants en médecine, en pharmacie et de l'ENSP).

2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale rétrospective des cas d'érythrodermies colligés dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO, couvrant la période du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2010, soit quatre ans.

3. Population d'étude

Notre population d'étude a été constituée par des patients hospitalisés pour érythrodermie dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU-YO durant la période d'étude et dont les dossiers médicaux étaient disponibles.

4. Critères d'inclusion

Nous avons retenu dans notre étude, tous les dossiers exploitables des patients, sans distinction d'âge et de sexe, souffrant d'érythrodermie.

Nous avons considéré comme érythrodermie toute dermatose érythémateuse squameuse généralisée atteignant 90 % du tégument et évoluant depuis plus d'une semaine.

Nous signalons que ces dossiers ont été retenus sur la base de la clinique.

5. Critères de non inclusion

Nous avons éliminé tous les dossiers incomplets, notamment ceux des patients dont le diagnostic retenu était l'érythrodermie mais dont le contenu n'était pas en faveur.

6-Variables de l'étude

Nous avons étudié les aspects suivants:

- Les paramètres sociodémographiques: l'âge, le sexe;
- Les paramètres cliniques;
- L'étiologie de l'érythrodermie;
- Les aspects thérapeutiques: les médicaments prescrits dans la prise en charge et l'évolution sous traitement.

7-Collecte et analyse des données

La collecte des données a été faite à l'aide des fiches de collecte comportant les renseignements suivants:

- les données sociodémographiques: l'âge, le sexe;
- les paramètres cliniques;
- le diagnostic étiologique, les biopsies réalisées ;
- les aspects thérapeutiques: la molécule utilisée et l'évolution.

Les dossiers médicaux et les registres de consultations ont été nos sources.

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Epi-info 2008 VERSION 3.5.1, Excel et Word 2007. Aussi, l'utilisation des test statistiques a permis de calculer certaines données.

8-Définitions opérationnelles

8-1 Les critères expliquant l'érythrodermie

Nous avons considéré comme érythrodermie, toute pathologie érythémateuse et squameuse, généralisée et atteignant 90% de la surface corporelle et évoluant plus d'une semaine.

8.2 L'évolution favorable

Nous avons considéré comme évolution favorable, toute évolution conduisant à une rémission de la dermatose, sans nécessairement une disparition complète des lésions après une semaine de traitement.

8.3 L'évolution défavorable

Elle consistait soit à une stabilisation ou à une persistance (aggravation) de la dermatose malgré le traitement institué (une semaine).

8.4 La guérison

Elle consistait en la disparition complète des lésions de la dermatose.

8.5 Les perdus de vue

Ce sont des patients dont le suivi a été interrompu avant la fin de la durée théorique du traitement.

9-Considérations éthiques et déontologiques

Les données ont été collectées dans l'anonymat en respectant la déontologie médicale et les règlements intérieurs du service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU-YO.



RESULTATS

3-Résultats

1-Résultats globaux

1-1-Characteristiques sociodémographiques

1-1-1-Fréquence

De 2007 à 2010, période couverte par notre étude, le service de Dermatologie-Vénérologie a reçu en hospitalisation 427 patients dont 50 hospitalisés pour érythrodermie.

Six dossiers étaient incomplets. Au total 44 dossiers étaient exploitables. La fréquence des érythrodermies dans le service à cette période était alors de 10,29

%. Le tableau II montre la répartition des cas d'érythrodermie selon l'année de consultation.

Tableau II: Répartition des cas d'érythrodermies selon l'année de consultation

Années	Nombre d'hospitalisés	Nombre de malades érythrodermiques	Fréquences (%)
2007	54	6	1,40
2008	141	7	1,64
2009	115	13	3,04
2010	117	18	4,21
Total	427	44	10,29

Khi ²=6,38 p=0,05

1-1-2-Le sexe

Sur les 44 patients colligés, 27 étaient de sexe masculin, soit 61,36 % et 17 de sexe féminin, soit 38,63 %. Le sex-ratio était de 1,5.

1-1-3-L'âge

L'âge moyen des patients était de 39,23 ans avec des extrêmes de 01 an à 80 ans. Vingt sept pour cent des patients (27,3 %) avaient un âge compris entre 20 et 30 ans. Plus de soixante pour cent (61,34 %) de l'effectif global étaient âgés de plus de 30 ans. La figure 6 présente la répartition des patients souffrant d'érythrodermie par tranche d'âge.

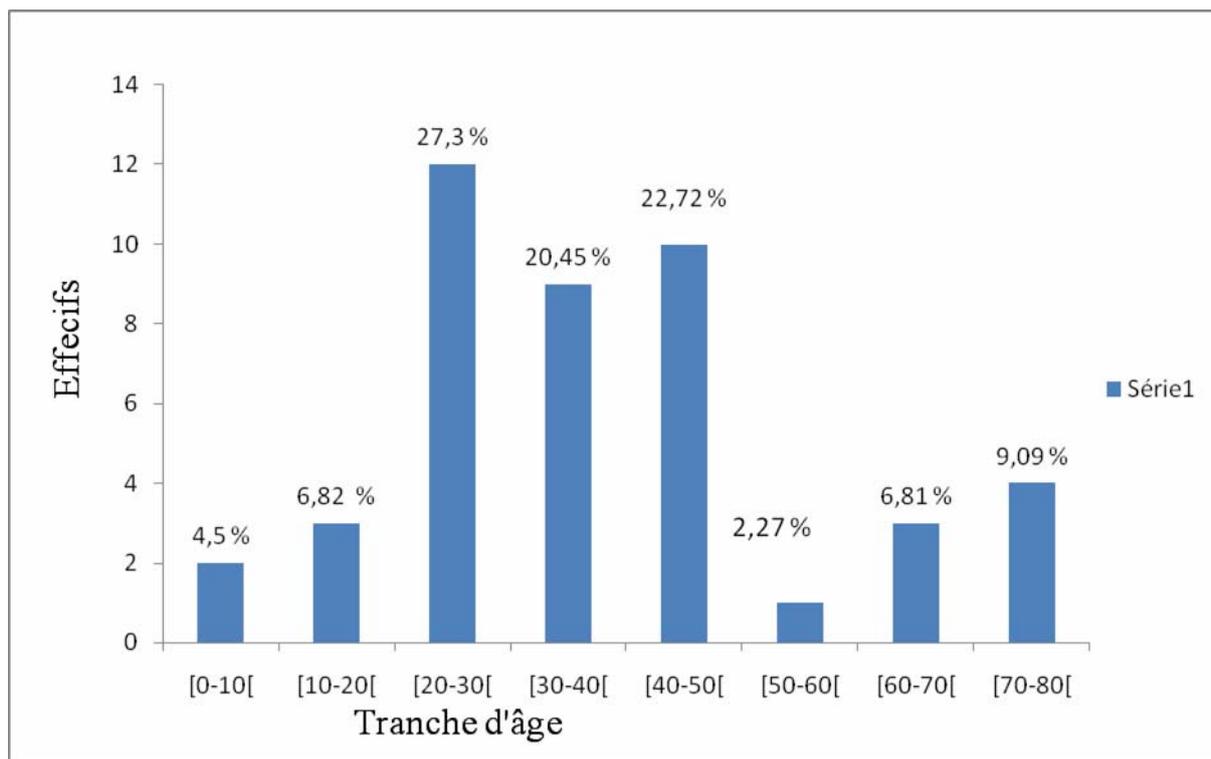


Figure 6: Répartition des érythrodermies selon la tranche d'âge

1.1. Caractéristiques cliniques

1.1.1. Les signes généraux

Les signes généraux notés étaient la fièvre et l'altération de l'état général. Ainsi, nous avons noté 19 cas (43,18 %) de fièvre et d'altération de l'état général chacun.

1.1.2. Les signes fonctionnels

Ils étaient représentés par une gêne cutanée avec sensation de peau «trop étroite», par des frissons dans 3 cas (6,8 %) et un prurit d'intensité variable dans 42 cas (95,5 %).

1.1.3. Les signes physiques

Les signes observés étaient variables selon l'étiologie. Les érythrodermies sèches étaient plus observées (93,2 %) que celles humides. Nous avons noté: un érythème et une desquamation dans tous les cas, 12 cas d'œdème. Le tableau III montre la répartition des cas d'érythrodermie selon les signes physiques.

Tableau III: Répartition des cas d'érythrodermie selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif (n)	Proportion (%)
Erythème	44	100
Suintement	3	6,81
Surinfection	8	18,2
Œdème	12	27,3

1.2. Caractéristiques étiologiques

Deux causes d'érythrodermies ont été observées dans notre étude: les érythrodermies médicamenteuses (35,7 %) et les dermatoses érythrodermiques (64,5 %). A cela s'ajoute 2 cas de cause inconnue.

1.3. Modalités thérapeutiques

Elles comprenaient non seulement des soins locaux mais aussi des soins généraux.

Les soins locaux étaient constitués de préparations magistrales, d'antibiotiques et d'antiseptiques. Dans notre étude, 25 cas sur les 44 cas enregistrés utilisaient les préparations magistrales.

Les préparations magistrales se composaient de:

- la vaseline à l'urée: 6,8 %;
- la vaseline salicylée: 4,5 %;
- la vaseline blanche à la diprosone et l'urée: 18,2 %;
- la vaseline à la diprosone et l'urée et à l'acide salicylique: 11,4 %.

Les soins généraux comprenaient la réhydratation par voie parentérale et les antibiotiques, antiprurigineux, anxiolytiques, rétinoïdes, antipyrétiques et anti-inflammatoire per os.

1.4. Modalités évolutives

Le tableau IV présente la répartition des cas d'érythrodermie selon les modalités d'évolution.

Tableau IV: Répartition des cas d'érythrodermie selon les modalités d'évolution

Modalités d'évolution	Effectifs (n)	Proportion (%)
Favorable	36	81,8
Décès	5	11,4

Perdus de vue	3	6,8
Total	44	100

Parmi les 5 patients décédés, 3 décès étaient dus à des complications cardiaques et 2 à des troubles respiratoires. Le tableau V résume les causes des cas de décès d'érythrodermies selon le diagnostic étiologique.

Tableau V: Cause des cas de décès selon le diagnostic étiologique d'érythrodermie.

Age (ans)	Diagnostic étiologique de l'érythrodermie	Cause de décès
80	Psoriasis	Insuffisance cardiaque
48	Médicament	Insuffisance cardiaque
73	Eczéma	Insuffisance cardiaque
60	Médicament	Troubles respiratoires
56	Psoriasis	Troubles respiratoires

2. Résultats spécifiques selon l'étiologie

2.1. Dermatoses érythrodermiques

2.1.1. Aspects sociodémographiques des dermatoses érythrodermiques

2.1.1.1. Fréquence

Les fréquences des dermatoses érythrodermiques variaient en fonction du type de dermatose. L'eczéma était la plus fréquente avec 48,15 % comme le montre la figure 7.

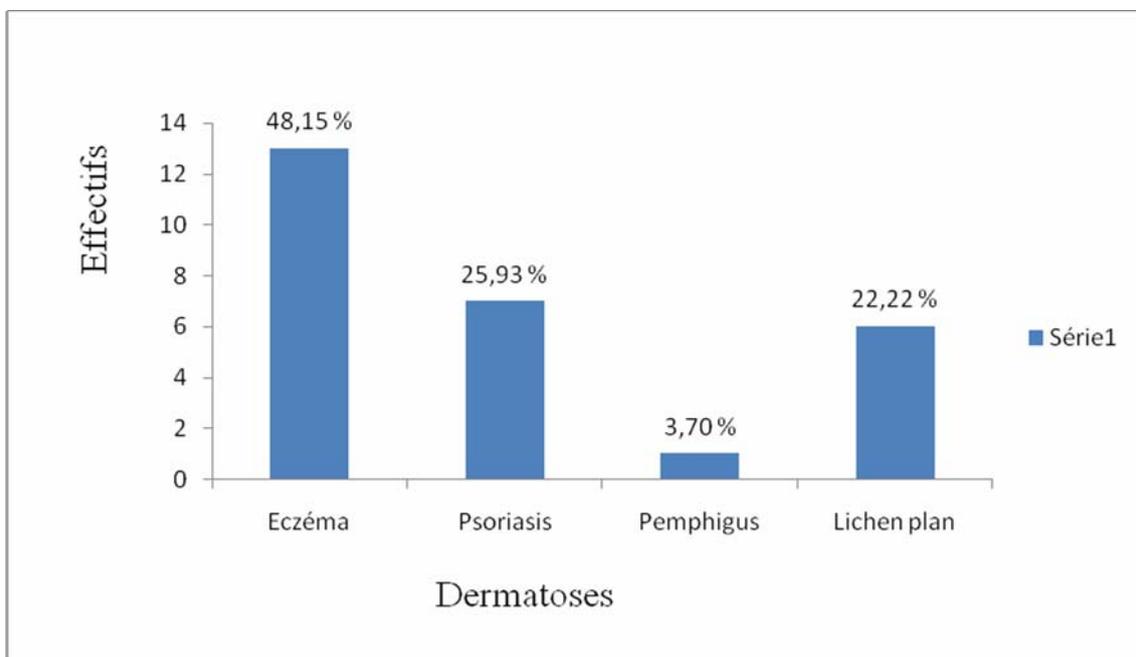


Figure 7: Répartition des cas d'érythrodermie selon les affections préexistantes

2.1.1.2. Le sexe

En dehors du lichen plan, les patients de sexe masculin étaient plus atteints de dermatoses érythrodermiques. La figure 8 présente la répartition des dermatoses érythrodermiques selon le sexe.

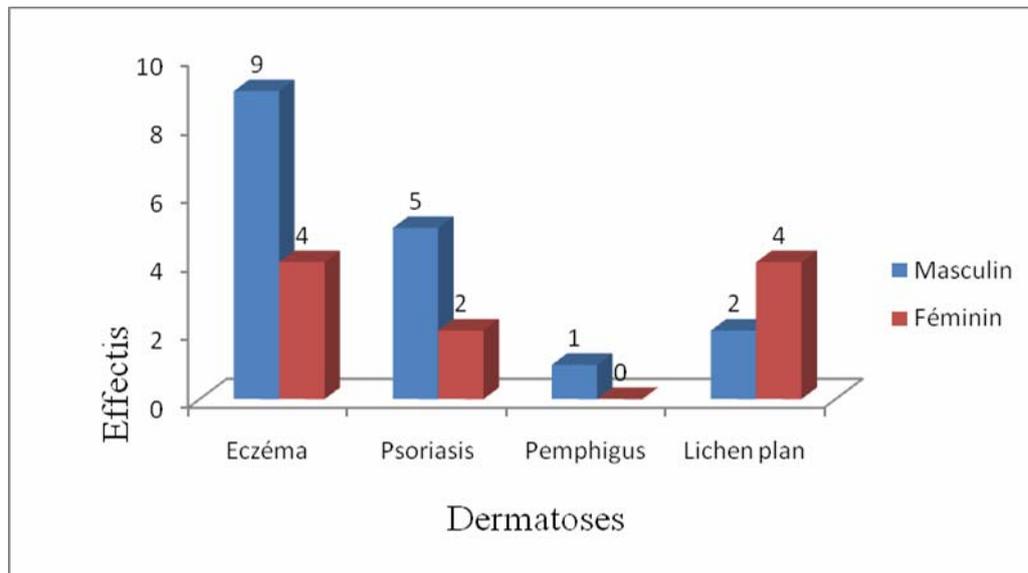


Figure 8: Répartition des étiologies de l'érythrodermies selon le sexe

2.1.1.3. L'âge

L'âge variait de 1 à 80 ans selon les dermatoses érythrodermiques. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 39 ans avec un effectif de 12. Le tableau VI montre la répartition des dermatoses érythrodermiques selon la tranche d'âge.

Tableau VI: Répartition des dermatoses érythrodermiques selon la tranche d'âge

	Eczéma	Psoriasis	Pemphigus	Lichen Plan	Total
Age moyen	38,6	45,43	24	34	–
[0-20[	2	1	0	0	3
[20-40[	6	0	1	5	12
[40-60[	3	5	0	1	9
[60-80[	2	1	0	0	3
Total	13	7	1	6	27

2.1.2. Aspects cliniques et paracliniques des dermatoses érythrodermiques

2.1.2.1. Le mode de début

Les eczémas, le psoriasis, le pemphigus et le lichen plan étaient les dermatoses favorisant une érythrodermie.

2.1.2.2. Facteur déclenchant

Les facteurs déclenchant l'érythrodermisation des dermatoses préexistantes se résumaient en une mauvaise prise en charge de la dermatose. Pour le cas de l'eczéma, 9 patients sur les 13 avaient reçu une médication contenant les corticoïdes par voie générale. Pour les autres cas, il s'agissait d'une prise en charge tardive.

2.1.2.3. Les examens paracliniques

Les principaux examens pratiqués étaient:

- l'hémogramme qui a été réalisé dans tous les 44 cas. Deux patients présentaient un taux d'hémoglobine < à 6g/dL et avaient bénéficié d'une transfusion sanguine;
- l'ionogramme a été pratiqué 39 fois et était perturbé chez les 39 patients. Trente cinq patients présentaient une hyponatrémie et une hypokaliémie; 3 cas d'hyperkaliémie et 1 cas d'hypocalcémie avec une cardiomégalie.
- Une hyperuricémie était observée dans 2 cas soit 4,5 %.
- La sérologie VIH a été réalisée dans 12 cas soit 27,27 %. Dans 10 cas soit 83,33 % elle était positive. Huit (8) patients connaissaient leur sérologie et étaient déjà sous traitement.
- Le dosage de la glycémie a été systématique. Aucune anomalie n'a été observée.
- L'examen anatomopathologique n'était pas systématique. Cette dernière aide non seulement au diagnostic mais également pour confirmer l'étiologie [8]. Dans les dermatoses érythrodermiques, elle a été réalisée dans 6 cas soit (13,6 %).

2.1.3. Aspects thérapeutiques des dermatoses érythrodermiques

Les moyens thérapeutiques principalement utilisés étaient:

- Les moyens locaux:
 - les antiseptiques moussants;
 - les anti-inflammatoires stéroïdiens de classe II;
 - les antibiotiques comme l'acide fusidique;

- Les kératolytiques et hydratants utilisés sous forme de préparations magistrales représentaient 80 %.

- Les moyens généraux:

Ils comprenaient:

- la voie per os avec les antibiotiques comme l'amoxicilline, les antiprurigineux comme la loratidine ou la desloratadine;
- la voie parentérale avec la réhydratation.

2.1.4. Aspects évolutifs

L'évolution était fonction de la dermatose préexistante. En dehors du psoriasis et de l'eczéma où des décès ont été notés, les autres dermatoses avaient une évolution favorable (rémission ou disparition complète des lésions après une semaine de traitement). Le tableau VII montre l'évolution de l'érythrodermie en fonction de la pathologie sous jacente.

Tableau VII: Evolution de l'érythrodermie en fonction de la pathologie sous jacente

Evolution	Eczéma	Psoriasis	Lichen Plan	Pemphigus	Total
Favorable	10 (76,9 %)	5 (71,4 %)	6 (100 %)	1 (100 %)	22
Décès	1 (7,7 %)	2 (28,6 %)	0	0	3
Perdus de Vus	2 (15,38 %)	0	0	0	2
Total	13	7	6	1	27

2.2. Les érythrodermies médicamenteuses

2.2.1. Aspects sociodémographiques des érythrodermies médicamenteuses

2.2.1.1. Fréquence

La névirapine était la molécule la plus responsable d'érythrodermie (53,3 %). Elle était suivie par la Sulfadoxine pyriméthamine (20 %). Cela se résume dans la figure 12.

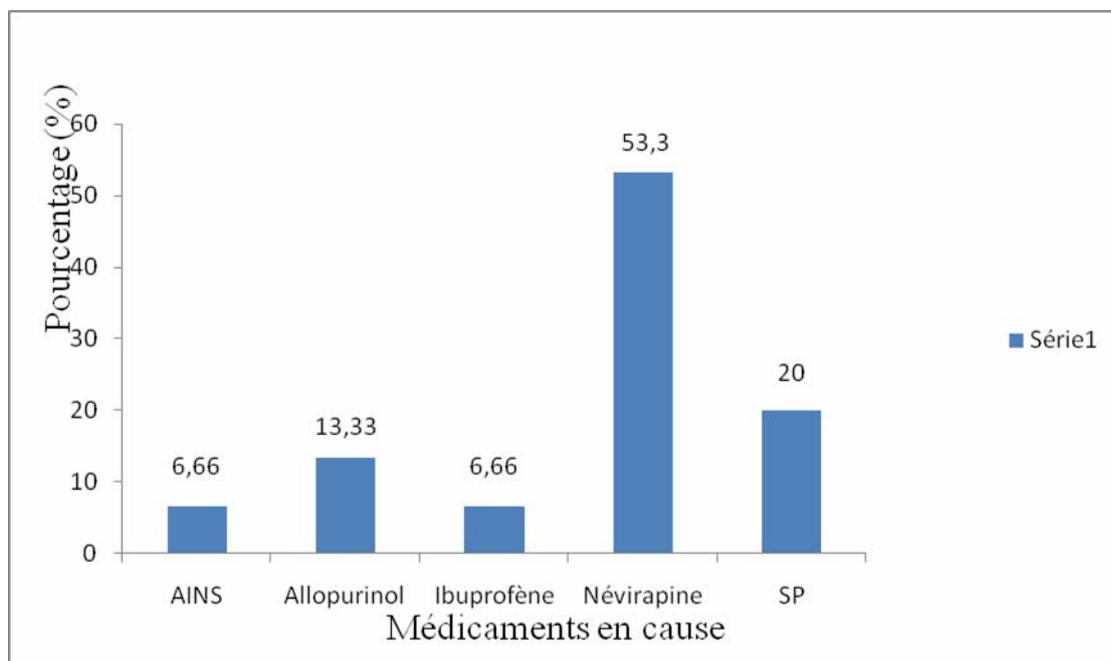


Figure 9: Répartition des érythrodermies médicamenteuses selon le médicament

Les AINS constituent un groupe d'AI utilisés par les patients mais de nature inconnue.

2.2.1.2. Le sexe

Les érythrodermies médicamenteuses étaient observées aussi bien chez l'homme (8 cas) que chez la femme (7 cas).

2.2.1.3. L'âge

L'âge variait entre 11 ans et 80 ans. En dehors de la tranche d'âge de 50 à 60 ans où nous n'avons pas eu de cas d'érythrodermies médicamenteuses, les autres tranches étaient représentées. Aussi la tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus concernée avec un effectif de quatre. Cela est résumé dans le tableau ci après.

Tableau VIII: Répartition des érythrodermies médicamenteuses en fonction de la tranche d'âge.

Tranches d'âge	Effectifs
[10-20[	1
[20-30[	4
[30-40[	3
[40-50[	3
[50-60[	0

[60-70[	2
[70-80]	2
Total	15

2.2.2. Aspects cliniques et para cliniques des érythrodermies médicamenteuses

2.2.2.1. Le mode de début

La survenue de l'érythrodermie était spontanée.

2.2.2. Pathologies associées

Les pathologies associées les plus rencontrées étaient la goutte dans 2 cas, soit 13,3 % et l'infection par le VIH dans 12 cas, soit 80 %.

2.2.3. Aspects thérapeutiques des érythrodermies médicamenteuses

Ils étaient constitués de soins locaux avec les préparations magistrales qui représentaient 4 cas, soit 20 % et les soins généraux. Par voie parentérale il s'agissait essentiellement de la réhydratation.

2.2.4. Aspects évolutifs des érythrodermies médicamenteuses

L'évolution a été favorable dans 80 % des cas. Les cas de décès représentaient 13,3 % des patients et 6,7 % étaient perdus de vue. Cela se résume dans le tableau ci-après.

Tableau IX: Evolution de l'érythrodermie médicamenteuses en fonction de l'effectif

Evolution	Effectif	Pourcentage (%)
Favorable	12	80
Décès	2	13,3
Perdus de vue	1	6,7
Total	15	100



DISCUSSION

4-DISCUSSION

1-Limites et contraintes de l'étude

1-1- Type d'étude

Pour avoir mené une étude rétrospective, nos résultats souffrent de l'absence de certaines informations importantes. Il s'est agi notamment de la durée du traitement et de la durée d'évolution. Un nombre important de dossiers a été endommagé suite à l'inondation survenue le 1^{er} Septembre 2009. Ceci a été source de manque de données.

1-2-Contraintes de l'étude

De façon générale, les dossiers d'hospitalisation sont bien rangés. Cependant, les durées d'hospitalisation étant longues pour certaines pathologies comme l'érythrodermie, les mises à jour se font sur des feuilles volantes intriquées et difficiles à exploiter. Ceci crée souvent des difficultés nécessitant pour la collecte une recherche à la fois de la fiche et du dossier d'hospitalisation.

La grande difficulté reste la littérature très limitée sur la pathologie.

2-Résultats généraux sur l'érythrodermie

2-1- Caractéristiques sociodémographiques

2.1.1. Fréquence

La fréquence des érythrodermies était de 10,29 % durant la période d'étude. Ce résultat se rapproche de celui de Traoré [22], en 2008, en milieu hospitalier au Burkina Faso (9,2 %). L'incidence plus élevée ces dernières années pourrait s'expliquer par le nombre plus important de toxidermie. Les toxidermies étaient dues d'une part, à l'usage de plus en plus des médicaments, à la polymédication, et d'autre part, à l'automédication et aux médicaments de la rue. En effet, l'usage des ARV était la cause la plus importante de toxidermie dans notre étude.

2.1.2. Le sexe

Une prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio de 1,5. Cette constatation a été signalée par d'autres auteurs. En Tunisie, Benmously et al. [38], en 2005, Sabrina et al. [24], au Pakistan en 1998, N'Diaye et al. [37], en 1979 à Dakar ont rapporté respectivement un sex-ratio de 2,2, 2,8, et 1,3. Nous n'avons pas d'explication à cela.

2.1.3. L'âge

L'âge moyen des patients était de 39,23 ans. Ce résultat était comparable à celui de Traoré [22] en 2008 où l'âge moyen était de 37,30 ans. Les patients âgés de 20 à 29 ans représentaient 27,27 % de notre effectif (figure 6). Par contre, Burton JI et coll. [6] ont trouvé que l'âge moyen était de plus de 60 ans pour les patients souffrant d'érythrodermie en 1998. Ceci est superposable aux chiffres avancés par d'autres auteurs comme Wilson, en 2000 et Adam, en 2002, qui ont trouvé un âge moyen de 64 ans. Cette constatation pourrait s'expliquer par la différence des étiologies observées. En effet, les lymphomes qui concernaient les sujets âgés étaient la principale étiologie des érythrodermies en Europe d'une part, et d'autre part, la prévalence élevée du VIH/SIDA chez les sujets jeunes dans les pays en développement (13,75 % en 2003) [39].

2-2- Caractéristiques cliniques

Les érythrodermies sèches étaient prédominantes (93,2 %) par rapport aux formes humides. D'autres auteurs tels que Trojjet S [22].en 1997, Pal S. en 1998 [24] et Azzouzi S. en 2001 [8] ont fait les mêmes constatations.

Cela pourrait être dû aux étiologies de nos érythrodermies. En effet, les dermatoses érythrodermiques (64,3 %) se manifestent par des lésions sèches contrairement aux érythrodermies médicamenteuses (35,7 %) qui sont vésiculo-oedémateuses [40]. L'aspect clinique d'une érythrodermie, ne présage pas toujours de son diagnostic étiologique.

3-Résultats spécifiques selon l'étiologie

3-1- Dermatoses érythrodermiques

3-1-1- Aspects sociodémographiques des Dermatoses érythrodermiques

3.1.1.1. Fréquence

La fréquence des cas de dermatoses érythrodermiques était de 61,3 % dans notre échantillon. L'eczéma (48,14 %), le psoriasis (25,9 %) étaient les causes les plus courantes d'érythrodermies. D'après la méta-analyse de Sigurdsson, l'eczéma était la cause la plus rencontrée des dermatoses érythrodermiques (20 à 40 %), ensuite venait le psoriasis avec 25 % et les autres causes. Ceci pourrait s'expliquer par les erreurs de traitement. En effet, dans les centres de santé périphériques, les corticoïdes retardés sont souvent utilisés pour traiter ces affections. Il s'en suit une rapide amélioration suivie d'un phénomène de rebond. L'effectif élevé de ce groupe pourrait s'expliquer par les

circonstances de survenues multiples de ces affections dans notre milieu à savoir, le contact avec les produits chimiques allergisants, les mauvaises habitudes vestimentaires, la chaleur [40].

3.1.1.2. Le sexe

Dans notre échantillon, les patients de sexe masculin étaient les plus touchés avec un sex- ratio de 1,7. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes soient plus atteints d'eczéma et de psoriasis que les femmes [22]. Dans l'étude de Traoré en 2008, cette constatation a été notée.

3-1-2- Aspects cliniques et para cliniques des dermatoses érythrodermiques

3.1.2.1. Le mode évolutif

Le mode évolutif était essentiellement une généralisation de l'affection préexistante dans tous les cas de dermatoses non traitées ou mal traités. Seul l'interrogatoire a été la clef dans le diagnostic. Cela était retrouvé dans notre étude car l'interrogatoire a joué un rôle important dans le diagnostic de la dermatose préexistante. Egalement, en cas de dermatose érythrodermique due à un eczéma, l'interrogatoire doit rechercher une rupture thérapeutique ou surtout l'introduction d'un nouveau médicament à usage topique [41]. Cela n'a pas été le cas dans notre étude.

3.1.2.2. Facteurs déclenchant

Les facteurs déclenchant l'érythrodermisation des dermatoses préexistantes étaient essentiellement une mauvaise prise en charge de la dermatose, mais aussi et surtout une prise en charge tardive. Ce résultat était similaire avec les données de la littérature [40].

3.1.2.3. Les examens para cliniques

Les investigations paracliniques permettent d'évaluer les répercussions métaboliques et d'évaluer le pronostic immédiat des érythrodermies.

L'examen anatomopathologique était la plus indiquée dans le diagnostic mais aussi dans la confirmation de l'étiologie. Cela était similaire aux données de la littérature [25]. Dans notre étude, 6 examens anatomopathologiques ont été réalisés et dans 2 cas seulement il a été répété. Ce résultat pourrait s'expliquer par le coût élevé de l'examen. En effet, le service ne dispose pas de laboratoire permettant l'analyse de l'échantillon et très souvent le prélèvement était envoyé à l'extérieur. Aussi, un bilan de terrain devrait être effectué pour aboutir à un diagnostic probant. Il s'agissait de la NFS, de l'ionogramme et surtout de la sérologie pour le VIH. Dans notre échantillon, la sérologie a été réalisée dans 12 cas avec une positivité chez 10 patients dont huit connus et sous traitement. En effet, les résultats de la sérologie permettront d'écarter toutes érythrodermies dues aux aggravations d'un psoriasis ou des toxidermies.

3-1-3- Aspects thérapeutiques des dermatoses érythrodermiques

Dans notre étude, le traitement d'une érythrodermie débutait par une hospitalisation dans le service de Dermatologie-Vénérologie. Cette prise en

charge débute par un traitement symptomatique puis étiologique. Pour le cas du traitement symptomatique, on utilise des antiseptiques moussants, des antibiotiques, des anti-inflammatoires, des antiprurigineux antihistaminiques anti H1 et des préparations magistrales. Le traitement étiologique, quant à lui, est fonction de l'étiologie retrouvée.

Une fois ce schéma suivi, il s'en suit une rémission rapide. D'autres auteurs tels que Tony F. Bruno et al ont noté les mêmes observations [34].

3-1-4- Aspects évolutifs

Nous avons trouvé un taux de mortalité de 11,11 %, moins élevé que dans les statistiques européennes et américaines (38 % pour Wilson et coll. en 2000, 40 % pour Adams en 2002) [32]. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des lymphomes et la survenue d'érythrodermie chez les sujets âgés et débilisés dans ces pays alors que chez nous les étiologies étaient moins graves.

3-2- Erythrodermies médicamenteuses

3-2-1- Aspects sociodémographiques des érythrodermies médicamenteuses

3.2.1.1. Fréquence

La fréquence des érythrodermies médicamenteuses variaient en fonction du type de médicaments. Dans notre étude, la molécule la plus impliquée était la névirapine, ARV utilisé dans la prise en charge de l'infection par le VIH. Elle représentait 53,3 %. Par contre, les molécules les plus souvent retrouvées dans la littérature sont les sulfamides, l'allopurinol, les bêta-lactamines [36]. Notre résultat s'expliquerait par la forte prévalence de l'infection par le VIH dans notre pays 1,6 % [33]. Nos résultats sont contradictoires à ceux de Garcia-Doval [35] en Espagne qui retrouvait la névirapine en troisième position après les

sulfamides et les barbituriques. Cette constatation pourrait s'expliquer par l'incidence moins élevée de l'infection par le VIH dans cette région.

3.2.1.2. Le sexe

Les érythrodermies médicamenteuses étaient plus fréquemment observées chez l'Homme que chez la femme. Cela pourrait être juste une coïncidence sinon que nous n'avons pas trouvé de relation avec le genre.

3-2-2. Aspects cliniques et paracliniques des érythrodermies médicamenteuses

3.2.2.1. Le mode de début

Il était aigu dans toutes les érythrodermies médicamenteuses. Cela est noté dans la littérature [40].

3.2.2.2. Symptômes et pathologies associées

Les patients infectés par le VIH et traités par la névirapine étaient les plus concernés (53,3 %) (Figure 12). L'allopurinol était la deuxième cause médicamenteuse d'érythrodermie.

Les pathologies associées étaient la goutte et les infections bactériennes. En effet, dans la littérature, l'infection par le VIH était citée comme facteur favorisant des érythrodermies.

Dans notre étude, sur les 15 cas d'érythrodermies médicamenteuses seuls pour 8 cas la SRV a été faite. Ce résultat est en deçà de celui de Garcia-Doval [35], en 2002, où la sérologie pour le VIH était réalisée pour tous patients hospitalisés en Espagne.

Notre résultat s'expliquerait par le fait que la plupart des patients sont non consentants dans la réalisation de ce test pour le VIH et aussi par les ruptures fréquentes de réactifs et des ARV.

3-2-3-Aspects évolutifs des érythrodermies médicamenteuses

Les érythrodermies médicamenteuses étaient relativement de bon pronostic: 12 cas de guérison sur 15 et 2 cas de décès dû à des troubles hydroélectrolytiques. L'évolution la plus fréquente se fait vers la sédation rapide des symptômes dès l'arrêt de la médication responsable. A l'opposé, les dermatoses érythrodermiques avaient fait plus de décès que les érythrodermies médicamenteuses.

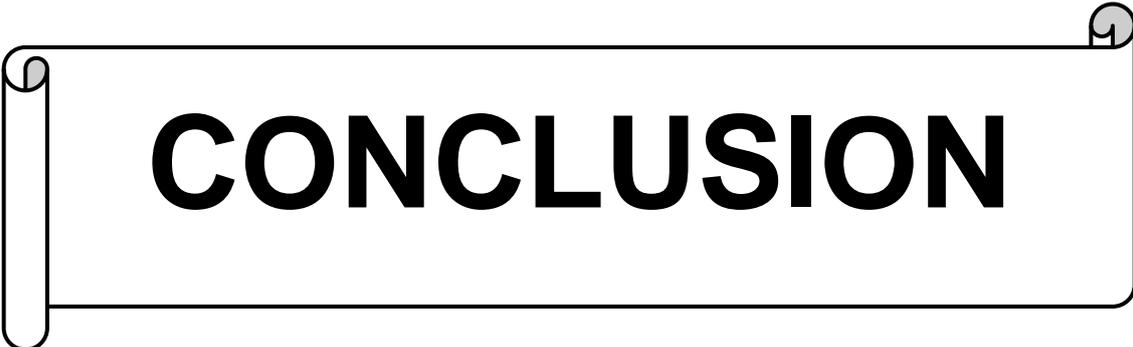
3-3- Erythrodermies pédiatriques

Dans notre étude, nous remarquons l'absence d'érythrodermies pédiatriques.

Certains pourraient avoir été hospitalisés en pédiatrie et n'ont pas été pris en compte dans notre échantillon.

CONCLUSION

Les maladies de la peau rencontrées dans le service de Dermatologie-



CONCLUSION

Vénérologie du CHU-YO sont nombreuses et diverses. Onze affections courantes ont été rencontrées en hospitalisation dermatologique en 2003.

L'érysipèle était la plus représentée, suivie des leishmanioses et des érythrodermies.

Les aspects épidémiologiques et cliniques des différentes causes des érythrodermies rencontrées dans notre étude avaient des similitudes avec la littérature. En effet, les érythrodermies étaient plus observées chez les adultes de 20 à 39 ans. Les causes les plus fréquentes étaient les dermatoses érythrodermiques représentées par l'eczéma (48,14 %) et le psoriasis (25,9 %).

La prise en charge des érythrodermies a été effectuée par diverses molécules et la guérison était observée dans 81,8 % des cas. Néanmoins, 6,8 % des cas étaient perdus de vue. Il serait donc important de mettre un accent

particulier sur la surveillance, dans le souci d'éviter les perdus de vue et d'assurer ainsi à tous les patients une guérison complète.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1-Moulin G. Leçons de Dermatologie simep-éditions, Villeurbanne, 1974.

2-Morand JJ, koepfel MC, Sayag J. Guide illustré de diagnostic en Dermatologie-Vénérologie. Tome II. Ellipses/édition marketing SA, 1996, page 5.

3-Bonerandi JJ, Hesse S. Erythrodermie. In: Saurat JH, Grosshans E, Laugier Ped. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris: Masson, 1999: 74-79.

- 4-Sentis HJ, willemze R, Scheffer E.** Histopathologic studies in sezary's syndrome and érythrodermic mycosis fungoide: a comparaison with benign forms of erythroderma. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:1217-26.
- 5-Boyd AS, Menter A.** Erythrodermic psoriasis. Precipiting factors, course, and prognosis in 50 patients: *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:985-91.
- 6-Burton JL, Holden CA.** Eczema, lichenification and prurigo. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA eds. *Textbook of Dermatology* Oxford: Blackwell Science, 1998: 673-78.
- 7-Wong Ks, Nong SN, Tham SN, Giam YC.** Generalized exfoliative dermatitis. A clinical study of 108 patients. *Ann Acad Med* 1998; 17: 520-23.
- 8-Azzouzi S.** Apport de la biopsie cutanée dans les érythrodermies. *Nouv Dermatol* 2001; 20:566-69.
- 9-Sigurdsson V, Toonstraj, Hezemans-Boer M, Vanvloden WA.** Erythroderma. A clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 53-57.
- 10-Janniger CK, Gascon P, Schwartz RA, Hennessey NP, Lambert WC.** Erythroderma as the initial presentation of the acquired immunodeficiency syndrome. *Dermatologica* 1991; 183:143-45.
- 11-Morar N, Dlova N, Gupta AK, Naidoo DK, A Boobaker j, Ramdial P K.** Erythroderma: a comparaison between HIV positive and negative patients. *int.J.Dermatol* 1999; 38: 895-900.
- 12-Walsh Nim, Prokopetz R, Tron VA, Sawyer DM, Watters AK, MurvayS et al.** Histopathology in erythroderma: review of series of cases by multiple observers. *J Cutan Pathol* 1994; 419-23.
- 13-Muche JM, Lukowsky A, Asadullah K, Gellrich S, Sterry W.** Demonstration of frequent occurrence of clonal T cells in the peripheral blood of patients with primary cutaneous T-cell lymphoma. *Blood* 1997. 90: 1636-42.

14-Delfau-Larue MH, Laroche L, Wechsler j, Lepage E, Lahet C, Asso-Bonnet M et al. Diagnostic value of dominant T-Cell clones in peripheral blood in 363 patients presenting consecutively with a clinical suspicion of cutaneous lymphoma. Blood 2000; 96:2987-2992.

15-Picard-Dahan C, Le Guyadec T, Grossin M, Feton N, Raphael M, Simonpoli AM. Pigmented erythroderma in AIDS. 5cases. Ann Dermatol Venerol 1996; 123: 307-13.

16-Piérard GE; Caumes Eric et coll. Dermatologie Tropicale. Bruxelles : Edition de l'université de Bruxelles Aupel 1993 :47-76 ;245-67.

17-Touraine R,JRevuz Dermatologie clinique et vénérologie 3^{ème} édition Masson:5,380-85.

18-Le Hir A. Pharmacie Galénique. Ed. 6 Paris : Masson, 1992.365 P.

19-Dubus P, Vergier B. Dermatologie. Encyclopédie médico-chirurgicale Paris : Elsevier ; 2010:98-160.

20-H Berramdane, F Belgnaoui, I Benseddik , M Benessahraoui, K senouci, K Benyoussef, B Hassan. Les erythrodermies à propos de 55 cas.Maroc Médical 2003.vol.34

21-Collège des enseignants de Dermatologie de France. Erythrodermie. Ann Dermatol Vénérol 2008 135S, F214-17.

22-Traoré F. Profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients hospitalisés dans le service de Dermatologie Vénérologie du CHU-YO de 2003 a 2007.Thèse de Médecine,Ouagadougou: UFR/SDS 2008.numéro 113.

23-S. Trojjet. Erythrodermies 40 cas, 4^{ème} congrès maghrebien de Dermatologie en 1997.

24-Sabrina Pal, Tahir Saeed. Erythroderma: A clinico-etiology study of 90 cases. Int J Dermatol 1998; 37(2): 104-07.

25-Samoud EL Kissi, Cherif benhmida, Ben Osman Dahri. Erythrodermie psoriasique: Caractéristiques anatomopathologiques et intralésionnelles. Tunisie 2007;85: 573-75.

26-Fitoussi C, Sulimovic L. Dermatologie sur peau noire en France métropolitaine Flamm. Méd. Science. Paris : Casimir-Delavigne ; 2003 : 23-85

27-BACHOT N. Erythrodermie. Encycl Méd Chir, Dermatologie, 98-160-A-10, 2002, 6p.

28-Répertoire commenté des médicaments 2001, 15^{ème} édition, Centre Belge d'Information Pharmaco thérapeutique a.s.b.l

29-Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).

Recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH). Ouagadougou, Burkina Faso 2009.

30-Lebied A, Chabani S. La dermatologie de l'enfant. Clinique médicale des enfants 2008; 103P

31-Wallach D. Guide pratique de dermatologie. Paris: Masson 2003; 283:57-291.

32-Wilson, H.T.M. Exfoliative dermatitis, its etiology and prognosis. Arch Dermatol 2000, 69: 573- 88.

33- Rapport ONUSIDA 2007.

34-TonyF.Bruno, ParbeerGrewal. Erythroderma: a dermatological emergency cjem 2008.

35-Garcia-Doval I Feal C, Roson E et al. Impatient dermatology: characteristics of patients and admissions in a Spanish hospital.JEADV (2002); 16:338-344.

36-Puzenat E et col. Erythrodermie: Ann Dermatol Venerol (2002);129:207-209.

37-N'Diaye B, Sissoko F, Strobel M, Marchand J. Les érythrodermies de l'adulte (à propos de 77 cas à Dakar). Dakar Médical.1979; 24:65-74.

38-Benmously Mlika Rym and al. Erythroderma in adults: a report of 80cases.Int J Dermatol 2005; 44 731-735.

39-Tolno fassa Daniel. Rapport sur l'Etat de la population mondiale UNFPA 2003.

40-Robert D et al. Thérapeutique dermatologie. Paris : Flammarion Medecine-Sciences; 1981 : 633-37.



SUGGESTIONS

SUGESTIONS

Au terme de notre étude et au regard des résultats observés, nous exprimons les recommandations suivantes:

➤ **AU MINISTRE DE LA SANTE**

- Améliorer la couverture sanitaire des populations;
- Elaborer et mettre en œuvre un programme de sensibilisation des populations sur l'usage abusive, incontrôlé des médicaments;
- Organiser des campagnes d'information et d'éducation sur les effets néfastes que peuvent entraîner les retards de consultation lors d'un problème de peau.

➤ **AU DIRECTEUR GENERAL DU CHU-YO**

- Renforcer les laboratoires en plateau technique et consommables;
- rendre accessible les réactifs et les examens complémentaires.

➤ **AU PERSONNEL DE LA DERMATOLOGIE**

- Convaincre les patients de la nécessité de consulter dès l'apparition d'une dermatose;
- bien faire l'interrogatoire et l'examen clinique du patient;
- bien remplir et archiver correctement les dossiers médicaux des malades pour faciliter leurs exploitations.
- Appliquer le protocole de prise en charge des érythrodermies dans le service.

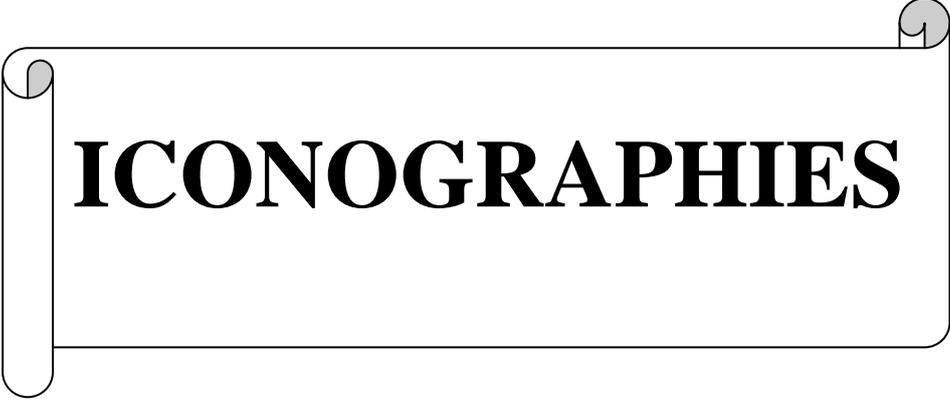
➤ **A LA COMMUNAUTE**

- Consulter dès les premières apparitions de la dermatose;
- éviter l'usage abusif et incontrôlé des médicaments

➤ **AUX ETUDIANTS**

- bien remplir et archiver correctement les dossiers médicaux des malades pour faciliter leurs exploitations,
- faire une recherche comparée sur l'efficacité et la tolérance des préparations magistrales à base de beurre de karité et de vaseline blanche

ANNEXES



ICONOGRAPHIES



Erythrodermie sèche: CHU-YO(10/01/2011).



Erythrodermie sèche: CHU-YO(15/03/2011).

Fiche de collecte des données.

Thème: Les érythrodermies: Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de Janvier 1995 au 1^{er} Décembre 2010 au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo.

I-Paramètres sociodémographiques

Numéro du dossier :.....

Age:.....

Sexe: F

M

II- Antécédents

Diabète	<input type="checkbox"/>
Goutte	<input type="checkbox"/>
SRV	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>
Drépanocytose	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>

III- Histoire de la maladie

1-Etiologies

Dermatoses érythrodermiques:

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

Si OUI est ce:

-Psoriasis:
-Eczéma:
Pemphigus foliacé
Autres:

Erythrodermie médicamenteuse

Oui
Non

Si OUI:

-DCI
-Dosage
-Forme galénique

Autres causes

2-Mode de début

D'emblée érythrodermie

Affection préexistante:

Oui

Non

Si oui laquelle

3-Signes généraux

Altération de l'état général

Température.....

4-Signes fonctionnels

Prurit

Frissons

5-Signes physiques

a-Signes cutané

Erythème

Exulcération

Suintement

Surinfection cutané

Œdème

b-Signes extra-cutané

Adénopathies

Signes de défaillance cardiaque : oui

Non

Signes de défaillance respiratoire : Oui

Non

6-Examens para cliniques

Hémogramme :

Présence de cellule de Sézary:

Oui
Non

Biopsie cutanée:

Oui
Non

Si oui:

- Résultats
- Faits à quels moments

IV- Traitement

1-Traitement local :.....

2-Traitement général:

Antibiotiques

Antiprurigineux et sédatif

Réhydratation

Autres

V-Evolution

Favorable

Défavorable

Si oui :-Persistances des signes

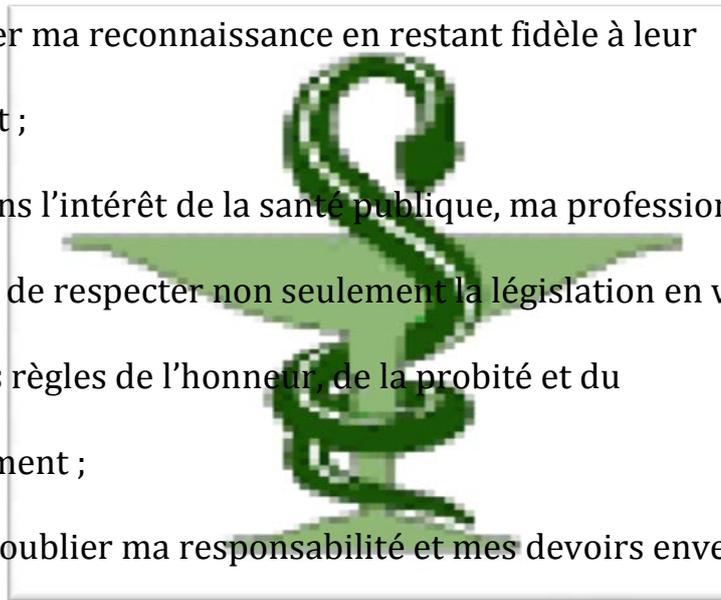
-Stabilisation des signes

-Mort

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de cette faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- **d'**honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- **d'**exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- **de** ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.



En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Titre: Les érythrodermies: Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo CHU/YO.

Introduction: Onze pathologies courantes nécessitent une hospitalisation dans le service de Dermatologie-Vénérologie. Parmi ces pathologies, nous avons l'érythrodermie. L'érythrodermie est une dermatose érythémateuse et squameuse souvent suintante, généralisée sans espace de peau saine atteignant 90 % de la surface corporelle.

Méthodologie: Nous avons effectué une étude rétrospective sur une période de 4ans allant du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2010 dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU/YO. Elle a consisté à l'exploitation des dossiers des patients ayant été hospitalisé pour érythrodermie. Les dossiers incomplets ont été exclus. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Epi –info 2008 version 3.5.1, Excel et Word 2007.

Résultats: Sur les 427 patients hospitalisés dans le service, 44 souffraient d'érythrodermie soit une fréquence de 10,29.%. Nous avons exclus 6 dossiers incomplets. Nos patients se répartissaient en 27 hommes et 17 femmes soit un sexe ratio de 1,5. L'âge moyen était de 39,23. On notait principalement des œdèmes 27,3 %, des surinfections 18,2 % et des suintements 6,81%. La cure était identique quelque soit l'étiologie.

Conclusion: Les érythrodermies sont des affections de plus en plus courantes et de causes diverses .Des efforts restent donc à faire pour une meilleure prise en charge.

Auteur: OUEDRAOGO G. Sylviane Hermine

Adresse: ouedsylviane@yahoo.fr

Summary:

Title: Erythroderma: The epidemiology, clinical, therapeutic and involving aspects in the department of Dermatology and Venerology of CHU-YO.

Introduction:

Eleven current pathologies need a hospitalization in the department of Dermatology and Venerology. Among them, we have erythroderma. It is a skinake which is often oozed, affects the healthy skin and reaches 90% of the skin surface.

Methodology:

We did a retrospective study on a period of 4 years; January 1st 2007 to December 31st 2010 in the department of Dermatology and Venerology of CHU-YO. It consisted in exploiting the files of patients suffering from erythroderma and hospitalize. The incomplete files have been excluded. The gathered data have been analyzed owing to software such as Epi- info 2008 version 3.5.1, Excel and Word 2007.

Results:

On the 427 hospitalized patients in the department, 44 are suffered from erythroderma, that's to say a frequency of 10, 29 %. We excluded 6 incomplete files. Among our patients, we had 17 Women and 27 men that's say a sex-ratio of 1, 5. The average age was 39, 23 years. We mainly notified 27, 3 % of oedema, Surinfectious 18, 2 % and 6, 81 %o of oozing. The cure was identical wathever the cause.

Conclusion:

Erythroderma are some affect which are more and more current which various causes. The remaining efforts must be done in order to improve the cure.

Author: Hermine Sylviane OUEDRAOGO

Address: ouedsylviane@yahoo.fr