

DERMATOLOGIE COMMUNAUTAIRE JOURNAL – L'importance d'un nom

Christopher Lovell, Michele Murdoch

Rédacteurs

Claire Fuller

Présidente, Fondation Internationale de Dermatologie

Lors de sa création il y a douze ans par Dr Paul Buxton, cette publication s'appelait Dermatologie Communautaire, avant de devenir ultérieurement Journal de la Dermatologie Communautaire. Le Comité de rédaction s'est toutefois rendu compte que ce titre ne reflète pas fidèlement notre lectorat.

Au niveau mondial, des travailleurs de santé dans une grande variété de disciplines s'occupent de patients souffrant de maladies de peau et tentent d'améliorer la santé de la peau des communautés qu'ils servent.

En terme de chiffres, le rôle joué par les dermatologues, bien qu'essentiel, n'en reste pas moins limité. Nous proposons donc de changer le titre du journal pour Santé de la Peau Communautaire à compter du prochain numéro (N° 27) et nous pensons que ce titre offre une meilleure description des buts et des objectifs du journal et de la Fondation Internationale de Dermatologie.



Centre médical dans le sud-ouest du Cameroun.



Centre médical à Debark, nord de l'Éthiopie.

Contents

13 Journal de la Dermatologie Communautaire – L'importance d'un nom

Christopher Lovell, Michele Murdoch et Claire Fuller

14 Soins dermatologiques au Népal Rural – Travailler pour atteindre ceux hors d'atteinte

Dwarika P Shrestha

17 Mise à Jour sur l'onchocercose

Dr. Michele Murdoch

18 Points Forts de la Rencontre : Dermatologie pour l'Afrique lors de la Conférence Commune DSSA et ASDV, Durban, Août 2018

Ncoza C Dlova, Anisa Mosam, Sian Hartshone

20 Connaissances en matière de sarcome de Kaposi lié au VIH et Attitudes des travailleurs de la santé du Centre de Soins et de Traitement (Care and Treatment Centre, CTC) d'Arusha, en Tanzanie

Hannah Cook

Soins Dermatologiques au Népal Rural – Travailler pour atteindre ceux hors d'atteinte

Dwarika P Shrestha

Institut de Médecine, Katmandou, Népal

Corresponding author: D P Shrestha

de Médecine, Katmandou

drdpshrestha@gmail.com

Résumé

Les maladies de la peau constituent l'une des principales causes de morbidité au Népal, présentant une prévalence extrêmement élevée et un fort impact sur la qualité de vie. Une grande partie de la population, dans les zones rurales et reculées en particulier, n'ont pas accès aux soins dermatologiques.

Les objectifs étaient de déterminer la prévalence ainsi que l'impact des maladies de la peau au Népal et de développer des modes d'intervention afin de réduire leur impact.

Un questionnaire a été développé dans le but de déterminer l'impact des maladies de la peau sur la qualité de vie : l'Indice d'invalidité des maladies de la peau. Un grand échantillon de la population a alors été étudié afin d'établir le niveau de prévalence et d'impact. Le niveau de prévalence était de 25% et l'impact sur la qualité de vie était extrêmement élevé.

Un atlas illustré, le Manuel de Soins primaires - Maladies de la peau, a été développé à l'intention des travailleurs de santé. La télédermatologie mobile a été étudiée pour aider les médecins-conseils à traiter les maladies de la peau et à les former parallèlement à gérer les maladies cutanées communes.

Une application Internet, DCRN, a été récemment développée, offrant consultation et formation aux médecins-conseils.

Contexte

Ceux d'entre nous qui travaillent dans des pays tel que le Népal connaissent les difficultés rencontrées par les individus présentant des problèmes de santé. Ils doivent parcourir de longues distances et dépenser des sommes d'argent importantes afin de recevoir des soins pour les problèmes de santé les plus communs tels que les infections cutanées.

Être baignés quotidiennement dans cette réalité nous permet de bien comprendre la nécessité d'apporter des soins dermatologiques aux populations vivant dans les zones rurales et reculées du Népal, populations qui n'ont pas les moyens de payer pour des soins dermatologiques et n'y ont pas accès.

En 2010, j'ai eu la chance de rencontrer le Professeur Inger Rosdahl de l'Université de Linköping, en Suède, qui était alors professeur invité au Collège Médical de Katmandou, à Katmandou.

Nous avons échangé nos idées et parlé des actions qui pourraient être entreprises en matière de soins cutanés au Népal. Nous basant sur la devise « Des soins de la peau pour tous » (de la Société Internationale de Dermatologie), nous avons assemblé une équipe de dermatologues composée du Prof. Rosdahl, du Dr Dipendra Gurung et du Dr Rushma Shrestha, de moi-même, et avons ultérieurement été rejoints par le Dr Suwash Baral. C'est ainsi que débuta une aventure ambitieuse et fructueuse visant à apporter les soins cutanés aux populations hors d'atteinte du Népal.

Les maladies de la peau (MP) constituent l'une des principales causes de morbidité au Népal et la prévalence générale des maladies de la peau était de 25% selon notre étude précédente des zones rurales du centre

MOTS CLÉS

maladies de la peau, manuel de soins primaires, télédermatologie mobile, zones reculées du Népal

du Népal¹. La qualité de vie de ces villageois s'en trouvait fortement impactée.

Le Népal est l'un des pays en voie de développement les plus pauvres en Asie du Sud Est, la grande majorité (85%) de sa population vivant dans des zones rurales et reculées au terrain accidenté et inaccessible. Dans ces zones, les soins sont fournis par des travailleurs de santé (infirmières) dans des postes sanitaires et des médecins-conseils (médecins généralistes) dans des centres de soins primaires et des hôpitaux de district.

Les soins de base sont fournis par le Ministère de la Santé. Bien que la plupart de ces services soient gratuits, ils ne sont pas forcément toujours disponibles. Les soins spécialisés sont disponibles uniquement dans les hôpitaux des grandes villes ou dans les écoles médicales.

Il existe au Népal 169 dermatologues², pour une population de plus de 26 millions³, et ils exercent tous dans des grandes villes. Les médecins-conseils et les travailleurs de santé ne disposent pas d'une formation adéquate pour traiter les maladies cutanées communes. La majorité de la population népalaise n'a pas accès à des soins dermatologiques.

Les MP ne reçoivent pas l'attention qui leur est due dans le système de santé national et les ressources affectées à cette spécialité sont très limitées, voire inexistantes. Ceci est peut-être dû au fait que les MP sont associées à une morbidité élevée mais une mortalité inférieure à d'autres maladies, et que la priorisation de l'affectation de ressources ne dépend que de la mortalité. L'autre raison semble être l'absence totale de revendications de la part des dermatologues.

Les MP les plus communes (70% de toutes les MP)¹ peuvent ne pas nécessiter d'hospitalisation et d'analyses de laboratoire durant leurs traitements.

Elles peuvent pourtant être évitées et traitées dans les centres de soins primaires, à condition que les soins dermatologiques spécialisés et les médicaments nécessaires soient disponibles.

Nous étions convaincus qu'il était possible d'introduire les soins de peau dans les centres de soins primaires, et ainsi de les offrir aux populations rurales et reculées.

Le cœur du problème était le manque de données scientifiques relatives aux MP au Népal. Les seules données disponibles proviennent des Rapports annuels sur la santé du ministère de la Santé, dans lesquels les MP sont classés parmi les 5 à 10 problèmes de santé les plus communs au Népal⁴, pour lesquels la population a souhaité recourir à des soins médicaux.

Notre première tâche a été d'obtenir des données scientifiques concernant le « fardeau » en matière de santé dû aux maladies de la peau au Népal.

En 2009, j'avais déjà mené une étude pilote dans un village à la périphérie de la vallée de Katmandou. Selon celle-ci, la prévalence des maladies de la peau dans le village était de 20,1% et présentait un impact notable sur la qualité de vie⁵. Cet impact sur la qualité de vie a été estimé au moyen de l'IQVD.

Nous avons développé un projet, « Soins dermatologiques au Népal rural (Dermatological Care in Rural Nepal, DCRN) », présentant deux principaux objectifs:

- Déterminer le « fardeau » en matière de santé dû aux MP (prévalence et impact) au Népal
- Développer des modes d'intervention afin de réduire ce « fardeau » en matière de santé dû aux MP

Indice d'invalidité de maladie de la peau (IIMP)

Nous avons l'impression que l'IQVD n'était pas totalement adapté à la société népalaise qui est différente, en matière socio-culturelle et économique du pays dans lequel cet indice a été développé. Il était essentiel que nous disposions d'un outil nous permettant de mesurer l'impact sur la qualité de vie, afin de pouvoir générer des preuves scientifiques corroborant le fait que les MP ont un impact notable sur la qualité de vie, bien qu'elles ne soient généralement pas mortelles.

Dans la première étude, en 2011, nous avons développé et validé un questionnaire, IIMP, afin de mesurer l'impact des MP sur la qualité de vie.⁶ Celui-ci se compose de 10 questions relatives à l'effet sur 6 aspects distincts de la vie – bien-être général, travail/école/jeu, activités quotidiennes, bien-être psychologique, relations sociales et traitement.

Prévalence et Impact des MP sur la Région de Développement Centrale

En 2012, nous avons mené une étude plus étendue visant à déterminer la prévalence et l'impact sur la qualité de vie des MP dans 4 districts, l'un situé dans les montagnes, 2 situés dans les collines, et le dernier faisant partie de Terai (plaines du sud au climat chaud et humide). Une étude en porte à porte a été réalisée afin d'obtenir des données socio-démographiques et d'identifier les habitants atteints de maladies de la peau. Des camps de santé de la peau ont ensuite été organisés dans les mêmes régions, durant lesquels des MP ont été diagnostiquées et les patients ont été soumis à l'IIMP.

La prévalence générale des MP était de 25%, avec un taux nettement plus élevé chez les femmes (30,1%) que chez les hommes (19,7%). La prévalence était supérieure dans le district de Terai (39,9%) en comparaison avec le district des montagnes (17,5%). Les types de MP les plus fréquentes étaient les eczémas, suivis des troubles de la pigmentation, des infections fongiques, des naevi et des urticaires. Nous avons utilisé notre propre questionnaire, l'IIMP, pour déterminer l'impact sur la qualité de vie, et avons montré que ce score était extrêmement élevé (13,7)¹.

Cette étude nous a permis de conclure qu'il existe une forte prévalence



Fig.1. Vitis.

de MP avec un fort impact sur la qualité de vie, les MP présentent donc un important « fardeau » de santé. Bien que les naevi (bénins) ne contribuent pas notablement au « fardeau » des maladies de la peau, il



Fig.2. Exéma chronique des jambes



Fig.3. Gale surinfectée.



Fig.4. Acné.

est nécessaire d'identifier les lésions atypiques et nous soupçonnons que les cas de mélanomes ne sont pas toujours signalés.

Après avoir obtenu ces données de base sur la prévalence et l'impact, nous avons développé trois modes d'intervention dans le but de fournir des soins dermatologiques aux populations vivant dans des zones rurales et reculées

Suite au verso...

Manuel de soins primaires - Maladies de la peau

(Manuel SP-MP): Il s’agit d’un manuel explicatif, développé en 2013, présentant le traitement des 17 MP les plus communes ainsi que 5 mesures de prévention. Il est destiné aux travailleurs de santé travaillant dans les postes de santé dépourvus de tout médecin.

Ce manuel a été testé en 2014 pendant un atelier de formation de deux jours pour les travailleurs de santé. Nous prévoyons de distribuer le manuel à un plus grand nombre de travailleurs de santé en collaboration avec le ministère de la Santé népalais dans le but de réaliser une étude plus poussée.

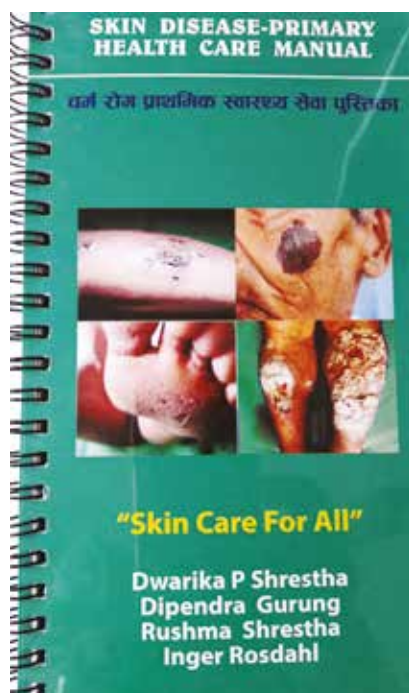


Fig. 5 : Manuel SP-MP.

Consultation de télédermatologie mobile (TM)

L’étape suivante était d’aider les médecins-conseils travaillant dans des centres de soins primaires et des hôpitaux de district à diagnostiquer et traiter les maladies cutanées communes. Étant donné le développement rapide de l’Internet sans fil et l’utilisation répandue des téléphones portables, nous avons étudié en 2015 la possibilité d’offrir des consultations dermatologiques par téléphone aux médecins-conseils se trouvant dans les centres de soin ruraux.

La concordance générale entre les consultations TM et les consultations en personne était de 88%. Il s’agit d’une méthode peu onéreuse, faisable, et réalisable pour offrir une consultation dermatologique.

Formation des médecins-conseils par TM : Au cours de l’étude précédente, nous avons réalisé que les médecins-conseils pouvaient être formés simultanément afin de gérer les maladies cutanées communes. Nous avons par conséquent développé un module de formation, comprenant 12 jours en consultation externe, avec des consultations TM, durant lesquels le médecin-conseil devait voir un minimum de 60 maladies cutanées communes. Nous avons mené cette étude en 2016⁸ et l’avons trouvée efficace et réalisable.

Appli DCRN

Dans les deux études TM précédemment décrites, nous avons utilisé l’appli Viber. Nous avons à présent développé notre propre appli DCRN

et étudions actuellement son fonctionnement.

Conclusions

Nous avons fait énormément d’efforts pour ce projet et avons pris plaisir à y travailler pendant de nombreuses années. Nous avons conçu le projet de telle sorte que les patients atteints de MP puissent en bénéficier dès le début. La majeure partie de nos activités s’est tenue dans des camps de santé de la peau. Nous avons organisé environ 20 camps de santé dermatologique, au cours desquels nous avons offerts des consultations et des médicaments gratuits à plus de 4000 villageois de zones rurales et reculées du Népal.

Les autres activités comprenaient des entretiens approfondis, des discussions avec un groupe de réflexion, et des rencontres de groupes d’experts.

Nos travaux ont été présentés dans toutes les conférences nationales de dermatologie et dans certaines conférences internationales. La plupart de nos travaux ont été publiés.

Nous sommes convaincus que nous avons étudié et développé une méthode simple, faisable, peu onéreuse, et fiable pour offrir des soins dermatologiques aux populations nécessiteuses dans les zones rurales et reculées. Il est peu probable que des dermatologues soient disponibles dans ces zones dans un avenir proche.

Notre prochain défi sera d’intégrer nos travaux au système de santé national du Népal, afin de rendre les soins dermatologiques progressivement disponibles aux populations nécessiteuses vivant dans des zones reculées au terrain accidenté, à travers l’ensemble du pays.

Remerciements

Prashant V Shahi, Prof. Sivert Lindstorm, Dr Dilip Chaudhari, Dr Sonya Gupta, Dr Shristi Shrestha, Dr Amit Amatya, Dr Sabeena Bhattarai, Dr Govinda Pokhrel, Dr Bharat Pradhan, Dr Mahesh Maskey, Université de Linköping

Références

- Shrestha DP, Gurung D, Shrestha R, Rosdahl I. Skin Diseases and Impact on Quality of Life in the Central Development Region of Nepal: A Major Public Health Problem. *Journal of Institute of Medicine* 2014 ;**36**:15-20.
- Données obtenues auprès de la Société des Dermatologues, Vénérologues et Léprologues du Népal.
- Données obtenues à partir du Recensement National 2011 de la Population et du Logement : Rapport national. Bureau Central des Statistiques, Népal
- Gouvernement du Népal, Ministère de la Santé et de la Population. Rapports Annuels du Département des Services de Santé, 2006-15.
- Shrestha DP, Gurung D, Rosdahl I. Prevalence of skin diseases and impact on quality of life in hilly region of Nepal. *Journal of Institute of Medicine*, 2012;**34**:; 44-49.
- Shrestha DP, Shrestha R, Gurung D et al. Development of skin disease disability index (SDDI) to assess the dermatologic burden in rural Nepal. *Journal of Institute of Medicine*, 2013;**35**:;24-29
- Shrestha DP, Suwash B, Gurung D et al. Télédermatologie mobile pour le Népal rural : soins dermatologiques par téléphone portable dans un centre de soins primaires. *Journal of Institute of Medicine*, 2016, **38**:7-10
- Shrestha DP, Baral S, Shahi PV, Rosdahl I. Mobile teledermatology for Dermatological Care in Rural Nepal: Dermatology training of medical officers at primary health care centers. *Journal of Institute of Medicine*, 2017, **39**:3-7.



Fig. 7. Appli DCRN.



Fig.6. Consultation de télédermatologie mobile.

MISE A JOUR SUR L'ONCHOCERCOSE

Dr. Michele Murdoch

*Dermatologue Consultante,
West Herts Hospitals NHS Trust, Royaume-Uni
Email: michele.murdoch@nhs.net*

Prévalence mondiale

La politique en matière de contrôle de l'onchocercose en Afrique, où vivent 99% de la population à risque, est passée d'une politique de contrôle de la morbidité à une politique d'élimination de l'infection. L'administration massive de médicaments (ivermectine) est déployée pour tenter d'éliminer l'onchocercose en Afrique d'ici 2025. L'Étude GBD (Global Burden of Disease, « Fardeau » Mondial des Maladies) est un projet ambitieux fournissant des estimations relatives à la prévalence, la morbidité et la mortalité des maladies les plus importantes à travers le monde. Selon les données les plus récentes publiées dans l'Étude GBD 2016, la prévalence mondiale de l'onchocercose était de 14,65 millions, soit une baisse de 13,6% depuis l'Étude GBD 2013.

L'onchocercose étant principalement une maladie non mortelle, son importance pour la santé publique se mesure principalement en terme de DALY (DALY = Années de Vie Perdues (AVP) + Années Vécues avec une Invalidité (AVI)). En 2016, l'onchocercose a été classée principale cause d'AVP au Libéria, deuxième cause principale dans la République Démocratique du Congo et au Sud Soudan, cinquième cause au Cameroun et sixième cause en République Centrafricaine et en Sierra Leone.

Vos T, Abajobir AA, Abbafati C et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; **390**: 1211-1259, doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2.

Impact de l'ivermectine sur la dermatite onchocercienne



Fig. 1. Dépigmentation due à l'onchocercose.

Deux études transversales ont été réalisées au départ et après six ans de traitement par l'ivermectine, sous Directives Communautaires (TIDC) annuel dans le district d'Anfilo, dans l'ouest de l'Éthiopie, une zone hyperendémique pour l'onchocercose.

Un total de 1114 individus ≥ âgés de 15 ans ont été examinés au départ et 971 sujets ≥ âgés de 15 ont été étudiés durant la phase suivant l'intervention. Les auteurs ont établi l'existence



Fig. 2 Aine pendante.

d'une réduction significative de 45,6% de la prévalence de biopsies cutanées exsangues (de 74,8% à 40,7%). De plus, les prévalences de prurit, de la dépigmentation et de nodules dus à l'onchocercose et «d'aine pendante» ont diminué de 54,4%, 61,3%, 77,7% et 88,5% respectivement.

Samuel A, Belay T, Yehalaw D et al. Impact of six years community directed treatment with ivermectin in the control of onchocerciasis, western Ethiopia. *PLoS ONE* 2016; **11**:e0141029. doi:10.1371/journal.pone.0141029.

Moxidectine

La moxidectine est un agent éliminateur de microfaires dans l'onchocercose, plus efficace que l'ivermectine. Dans une étude randomisée, contrôlée, en double aveugle, réalisé dans quatre sites au Ghana, au Liberia et dans la République Démocratique du Congo, les résultats ont été analysés chez 947 participants qui avaient reçu une dose unique de 8 mg de moxidectine vs 480 traités avec de l'ivermectine 150µg/kg. Les densités en microfaires de la peau étaient sensiblement inférieures après administration de la moxidectine qu'après administration de l'ivermectine et le pourcentage de sujets avec une présence indétectable de microfaires dans la peau 18 mois après le traitement était nettement supérieur après la moxidectine vs l'ivermectine. Aucun effet secondaire grave n'a été associé au traitement. Selon les modèles mathématiques précédents, le nombre d'années nécessaires pour atteindre les seuils potentiels pour l'élimination de l'onchocercose semble être similaire avec une utilisation annuelle de moxidectine ou avec une utilisation semestrielle d'ivermectine. La moxidectine a reçu l'approbation de la Food and Drug Administration américaine pour être utilisée dans le traitement de l'onchocercose chez les adultes mais le développement d'une formulation pédiatrique demeure nécessaire. Nous espérons que de futures recherches permettront de clarifier l'utilisation optimale de la moxidectine dans le traitement communautaire.

Opoku NO, Bakajika DK, Kanza EM et al. Single dose moxidectin versus ivermectin for *Onchocerca volvulus* infection in Ghana, Liberia, and the Democratic Republic of Congo: a randomised, controlled, double-blind phase 3 trial. *Lancet* 2018; **392**: 1207-16. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32844-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32844-1).

POINTS FORTS DE LA RENCONTRE: Dermatologie pour l'Afrique lors de la conférence commune DSSA et ASDV, Durban, Août 2018



***Ncoza C Dlova, MBChB.FCDerm.PhD¹ ;
Anisa Mosam MBChB,FCDerm, MMed, PhD¹ ;
Sian Hartshone, MBChB,FCDerm,MMed²**

***Auteur Principal : Ncoza .C. Dlova**

Email: dlovan@ukzn.ac.za

*1. Département de Dermatologie, École de Médecine Nelson R Mandela,
Université de KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud.*

2. Dermatologue en Pratique Privée, Plettenberg Bay, Cape Town.

La seconde conférence de la Société africaine de Dermatologie et de Vénérologie (African Society of Dermatology and Venereology, ASDV) s'est tenue en association avec la 50^{ème} Conférence nationale de la Société de Dermatologie d'Afrique du Sud (Dermatology Society of South Africa, DSSA) du 30 août au 2 septembre 2018 au Durban ICC, situé sur le Golden Mile de Durban, un creuset culturel, sur la côte est de l'Afrique du Sud.

L'ASDV 2018 était la première conférence de Dermatologie africaine se tenant en Afrique du Sud et a rencontré un succès retentissant, attirant des dermatologues venant de plus de 20 pays africains. Il s'agissait de la seconde conférence de l'ASDV, la première ayant eu lieu à Abuja, au Nigeria, en 2016. Environ 500 délégués et plus de 25 célèbres intervenants internationaux, en provenance des quatre coins du globe, étaient présents ; un véritable coup d'éclat pour l'Afrique du Sud. La conférence s'est principalement concentrée sur les maladies de la peau prévalentes en Afrique, et plus particulièrement sur les relations entre peaux de couleur et maladies infectieuses. Une myriade de sujets et d'ateliers fantastiques étaient destinés aux dermatologues universitaires, privés, et publics. La mission de cette conférence commune était de promouvoir la spécialité de la dermatologie en Afrique, les normes les plus rigoureuses en matière de pratique clinique, des programmes de contrôle des maladies et de recherche collaborative en dermatologie et d'influencer le développement de politiques de santé dans la région africaine.

Points forts de la conférence

Peaux et cheveux ethniques

De nombreux projets scientifiques purs et appliqués, menés par le département recherche et développement de L'Oréal sur les peaux et les cheveux africains ont montré des résultats sur la diversité des formes de cheveux ainsi que sur l'identification de schémas biologiques spécifiques dans les cheveux frisés africains, et ce afin de tenter d'expliquer leur extrême fragilité.

Pour la première fois dans l'histoire de la dermatologie en Afrique, nous avons proposé un séminaire pratique sur les cheveux, avec des intervenants venant d'Afrique, d'Amérique du Nord et d'Europe. Ce séminaire pratique a été le plus populaire de ceux offerts en préambule à la conférence, avec plus de 100 délégués présents.

Le traitement des pseudo-folliculites de la barbe est particulièrement difficile chez les hommes qui doivent être proprement rasés en raison de normes sociales. Contrairement à la croyance populaire, il a été démontré que l'utilisation d'un rasoir à une lame au lieu d'un rasoir à cinq lames n'a pas d'impact majeur sur l'apparition de pseudo-



Le Prof Ncoza Dlova rend hommage au Prof Gail Todd pour ses contributions majeures au développement de la dermatologie en Afrique.

folliculites. En outre, il est recommandé de se raser quotidiennement au lieu de 2-3 fois par semaine afin de minimiser la résurgence des pseudo-folliculites. Les dépilateurs chimiques sont préférés aux rasoirs.

Une autre présentation a abordé l'impact que l'utilisation d'extensions artificielles dans les cheveux naturels africains a sur l'entretien des cheveux et a prouvé que cette pratique peut casser et endommager les fibres capillaires. L'étude recommande de ne pas utiliser d'extensions artificielles plus de deux mois par an.

Dermatologie médicale

Plusieurs colloques intéressants ont abordé le traitement de conditions particulièrement pertinentes à l'Afrique. L'un de ceux-ci concernait



Membres exécutifs de la Société de Dermatologie féminine africaine (African Womens' Dermatology Society, AWDS), vêtues de tenues africaines colorées. De gauche à droite : Dr Sian Hartshone, Dr Sarina Drusinsky, Prof Anisa Mosam, Prof Ncoza Dlova, Dr Suretha Kannenberg, Dr Dagmar Whittaker, Dr Antoinette Chateau, Dr Pholile Mpofo.

l'utilisation de produits biologiques pour le psoriasis et l'hidrosadénite suppurée en Afrique. La session a présenté un guide pratique des nouveaux traitements disponibles pour ces conditions débilitantes.

La conférence a également accueilli et soutenu une initiative proposée par des dermatologues du continent africain visant à se concerter et créer un registre des Réactions cutanées sévères aux médicaments appelé AfriSCAR. Cette initiative a été soutenue par le Dr Elizabeth Phillips (USA) qui est intervenue sur le thème « Comprendre l'immunopathogénèse afin d'améliorer la prévention des réactions cutanées sévères aux médicaments » et est particulièrement importante en Afrique étant donné le taux élevé de VIH et de tuberculose.

Les cancers de la peau ont également été beaucoup abordés durant la conférence, avec des discussions sur les cancers touchant les patients atteints d'albinisme, le xeroderma pigmentosum et les mélanomes chez les individus noirs. Wolfgang Philipp-Dormston (Allemagne) a présidé une session sur l'utilisation de la thérapie photodynamique par la lumière du jour comme option acceptable pour les patients en Afrique et particulièrement ceux atteints d'albinisme.

La représentation géographique était parfaite, avec des discussions sur la dermatologie infectieuse de divers de pays africains. Des intervenants malawis ont présenté une discussion intéressante sur la pellagre émergeant en raison de la prophylaxie par INH ainsi qu'une autre décrivant « l'Onyalai » comme une nouvelle maladie africaine. Les délégués ont fortement apprécié le débat sur les difficultés liées au traitement de la chromomycose à Madagascar puisque celle-ci est rencontrée dans de nombreux autres pays en Afrique. Une discussion sur l'onchocercose en tant que maladie tropicale négligée a mis en perspective l'étendue du problème tandis qu'une autre sur la lèpre et les occasions manquées d'en établir le diagnostic, principalement à une époque où elle est en cours de disparition, était très alarmante.

Esthétique, chirurgie et vitiligo

La Conférence commune de Dermatologie pour l'Afrique a rassemblé des dermatologues venant d'Afrique et du reste du monde, intéressés par des thèmes spécifiques, des cheveux ethniques aux troubles pigmentaires en passant par l'expertise chirurgicale en gestion des cicatrices et des chéloïdes ou les vitiligos.

Un nombre important de délégués s'est rendu aux séminaires en préambule à la conférence sur les vitiligos et les éléments pratiques d'esthétique pour dermatologues. Le séminaire sur le vitiligo a présenté toutes les techniques chirurgicales disponibles pour la gestion de cette condition. Les experts dans ces techniques ont présenté et démontré la création d'ampoules à aspiration, l'injection de trypsine dans les ampoules à aspiration, la préparation de greffes cellulaires et le transfert dans les sites du vitiligo. Le transfert de follicules capillaires sur les sites du vitiligo a également été abordé ainsi qu'une discussion sur les techniques laser de traitement du vitiligo et l'utilisation de ces dernières.

L'utilisation de produits cosmétiques et la manière de conseiller correctement les patients sur les produits appropriés pour leur type de peau a été présentée et discutée dans le séminaire en préambule à la conférence de la SASDS (South African Society for Dermatologic Surgery, Société Sud-Africaine de Chirurgie Dermatologie), ainsi que les méthodes d'exfoliations chimiques et de microperforations, suivies de démonstrations pratiques.

La Session Esthétique a offert une excellente plate-forme pour discuter de l'approche de tous les types de peaux ethniques. La discussion a compris un examen et une interprétation des traits spécifiques du visage indien et l'incorporation de l'utilisation des produits de comblement lors du traitement de patients à la peau ethnique. D'autres sujets abordés ont été la compréhension de l'image que la jeune génération a d'elle-même ainsi que la manière d'adapter les programmes de

Suite au verso...

traitements esthétiques afin de réhausser délicatement les traits. Au cours de la conférence, de nombreuses sessions ont abordé les troubles de la pigmentation, en particulier les mélasmes et les traitements de nombreux troubles de la pigmentation. Une meilleure compréhension de la physiopathologie des troubles de la pigmentation permet d'améliorer l'efficacité et le ciblage du traitement.

Des experts internationaux et locaux ont discuté de nombreux sujets relatifs à la chirurgie, aux mélanomes du visage, aux fermetures chirurgicales dans les zones difficiles d'accès, aux carcinomes spinocellulaires. Des experts en chirurgie de Mohs venant d'Afrique du Sud, d'Amérique et de Tanzanie ont présenté des informations passionnantes sur les programmes proposés dans chaque pays et sur la manière dont des traitements de pointe peuvent être offerts dans des régions plutôt rurales.

Un atelier sur le traitement des cicatrices a traité de toutes les techniques de gestion disponibles, suivi de démonstrations en direct utilisant techniques chirurgicales et traitement par laser.

Une session spéciale destinée aux résidents et registraires de dermatologie a mis l'accent sur les techniques chirurgicales simples avec des astuces fantastiques sur le retrait de lésions telles que kystes et lipomes.

La dernière session a rassemblé tous les experts avec des discussions passionnantes sur les controverses en matière d'utilisation de crèmes

solaires, de produits de comblement et de produits injectables. Les controverses chirurgicales avec conseils pratiques ont délivré aux délégués des messages à ramener dans leur pays, concernant par exemple l'utilisation de l'adrénaline dans la lidocaïne et la manière correcte d'injecter un anesthésique local.

Cette conférence a vu l'apparition de plusieurs nouveautés : 9 étudiants en médecine locaux ont reçu une bourse pour se rendre à la conférence, ce qui leur a permis de rencontrer tôt dans leur carrière la dermatologie comme domaine potentiel de spécialisation ; au moins 13 dermatologues et résidents pratiquant en Afrique ont reçu une bourse pour se rendre à la conférence, ce qui a permis la présence de délégués provenant d'aussi nombreuses régions de l'Afrique que possible. Dernière chose, mais non la moindre, un documentaire sur le problème de l'utilisation en Afrique des crèmes éclaircissantes pour la peau, « A Gentle Magic », a été projeté.

La présidente, Prof Ncoza Dlova ainsi que la co-présidente et présidente du comité scientifique, Prof Anisa Mosam, ainsi que le directeur scientifique du SASDS, Dr Sian Hartshorne, étaient très satisfaits des résultats de la conférence et sont reconnaissants aux membres de leur équipe, Dr Ayesha Akinkugbe, Dr Percy Naidu, Dr Nokubonga Khoza, Dr Kiasha Govender, Dr Khanyi Dladla, Dr Patiswa Nombona, Dr Noufal Raboobee et Dr Ndo Ngcobo pour leur contribution au fort succès de la conférence, ainsi qu'au secteur médical, qui a soutenu la conférence.

SARCOMES DE KAPOSI LIÉS AU VIH

Connaissance et attitudes des travailleurs de la santé du Centre de Soins et de Traitement (CST) à Arusha, Tanzanie

Hannah Cook (Bsc)

Nuffield Centre for International Health and Development, Leeds Institute of Health Sciences, Level 10 Worsley Building, Université de Leeds, Leeds, LS2 9NL, UK.

Email : um13hc@leeds.ac.uk

Résumé

Le sarcome de Kaposi (SK) constitue le deuxième plus grand fardeau de cancer en Tanzanie ; son principal facteur de risque est le VIH. Il n'existe pourtant qu'un seul centre de cancérologie à travers le pays et aucune directive gouvernementale concernant la gestion du SK dans les Centres de Soins et de Traitement (CST) du VIH nationaux. Le présent article étudie les connaissances en matière de sarcome de Kaposi lié au VIH et les attitudes envers ces derniers chez les travailleurs de santé des CST à Arusha, Tanzanie, afin de déterminer si ces travailleurs possèdent les connaissances nécessaires pour diagnostiquer et gérer les SK. Les résultats indiquent que les niveaux de connaissances sont globalement bas et que les travailleurs de santé demandent à être davantage éduqués sur les SK.

Contexte

Le SK est une tumeur causée par l'herpès-virus humain 8 (HHV-8)¹. Il se manifeste sous forme de lésions cutanées et muqueuses ; dans sa forme avancée, le SK apparaît sur les organes internes, ce qui peut conduire à la mort².

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue le plus grand facteur de risque prédisposant au SK. Bien que la thérapie antirétrovirale (ART) soit un traitement de première ligne efficace du SK, combiné à de la chimiothérapie lorsque la maladie est avancée³, l'Afrique Subsaharienne (SSA) dispose du plus faible accès mondial aux ART4.

MOTS CLÉS

Sarcome de Kaposi, virus de l'immunodéficience humaine, éducation sanitaire, Tanzanie

En 2012, le VIH était la première cause de mortalité en Tanzanie⁵. Le SK est la malignité liée au VIH la plus commune et le second cancer le plus prévalent en Tanzanie – 11,9% de tous cancers⁶. Le HHV-8 présente une prévalence estimée de 50% dans la population⁷ – ce qui montre l'étendue du fardeau du SK ainsi que son potentiel de croissance.

La gestion de base du SK est mentionnée dans les Directives nationales de la Santé pour le VIH/SIDA⁸, cependant de nombreuses options de traitements ne sont pas disponibles dans les environnements pauvres en ressources (où existe la majorité des cas)⁹.

Un seul centre de cancérologie existe dans le pays, situé à Dar es Salaam¹⁰, auquel sont renvoyés les patients atteints de SK. Il n'existe pas de documentation étudiant les connaissances en matière de SK des travailleurs de la santé travaillant dans des CST.

Le décalage entre le fardeau élevé de la maladie et les preuves limitées de distribution de traitements doit faire l'objet d'une étude afin de comprendre comment les travailleurs de la santé des CST équipés doivent diagnostiquer et traiter le SK.

Objet

Étudier les connaissances en matière de sarcome de Kaposi lié au VIH et leurs applications chez les travailleurs de la santé des CST à Arusha, Tanzanie.

Objectifs

1. Déterminer si les travailleurs de santé sont conscients que le SK est une maladie liée au VIH en étudiant leur connaissance des complications cutanées du VIH
2. Déterminer leurs connaissances en matière d'étiologie, de diagnostic et de traitement du SK
3. Explorer leur application des connaissances qu'ils possèdent à travers leurs réponses individuelles à des scénarios cliniques

Méthodes

Les données ont été collectées par le biais d'une 'méthodologie mixte' – un questionnaire de connaissances transversales quantitatif et des vignettes de scénarios cliniques qualitatives.

Des entretiens ont été réalisés en privé avec un chercheur et un interprète présents dans la pièce. La première moitié de l'entretien était un questionnaire structuré, disponible en anglais et en kiswahili. La première section concernait les données démographiques, suivies des complications cutanées du VIH (objectif 1) et du SK – étiologie, diagnostic et traitement (objectif 2).

La seconde moitié de l'entretien comprenait trois scénarios cliniques explorant des questions éthiques, les SK avancés et les diagnostics différentiels (objectif 3).

La recherche a été réalisée en mai 2017 à Arusha, Tanzanie.

L'approbation éthique a été reçue de l'Université de Leeds, de l'Institut National de Recherche Médicale (NIMR) de Tanzanie et de la Commission pour les Sciences et la Technologie (COSTECH) de Tanzanie.

Analyse des Données

Des tests statistiques tels que le test de moyenne, le test d'écart type et le test binomial exact de Fisher (en raison de la taille restreinte de l'échantillon¹¹) ont été appliqués aux réponses de questionnaires quantitatifs.

Les discussions cliniques ont été transcrites et combinées aux notes prises durant l'entretien afin d'obtenir une crédibilité supérieure¹². Elles ont été analysées au moyen d'une approche cadre et d'une analyse de contenu thématique.

Résultats

Résultats quantitatifs

Données démographiques

Le nombre total de participants était de 12: 4 hommes et 8 femmes. Le Tableau 1 montre les travailleurs de la santé regroupés par profession tandis que le Tableau 2 montre leur répartition par lieu de travail urbain/rural.

Profession	Nombre d'hommes		Nombre de femmes		Nombre total d'adultes	
	Fréq.	(%)	Fréq.	(%)	Fréq.	(%)
Infirmières	0	0	6	75	6	50
Médecins	3	75	2	25	5	41.7
Autres	1	25	0	0	1	8.3
Total	4	100	8	100	12	100

Principal lieu de travail	Nombre de docteurs	Nombre d'infirmières	Nombre d'adultes	Nombre d'adultes
Urbains	2	1	1	4
Ruraux	0	0	0	0
Égalité Urbains/Ruraux	3	5	0	8

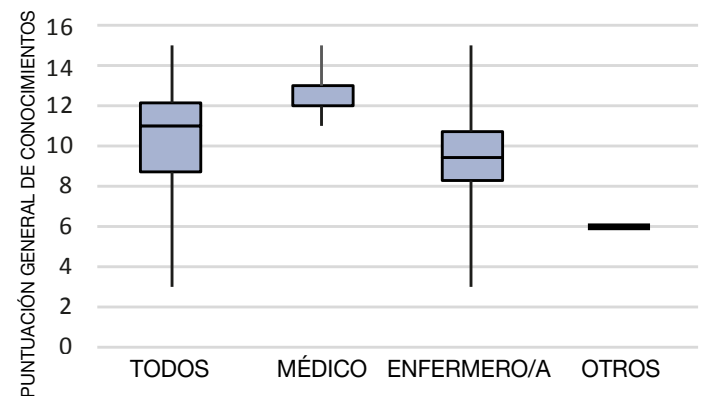
Scores de connaissances générales

Sur un score maximum de **24**, le score général moyen était de **10,4** (intervalle de confiance (IC) 7,9-13,2). Le score moyen des docteurs était de **12,6** (IC 8,2-17), celui des infirmières de **9,3** (IC 5,3-13,3) et celui des autres professionnels de santé était de **6** (IC 0-15,8). Le Tableau 3 montre une forte relation entre l'obtention d'un score supérieur à la moyenne et le fait d'être un docteur (et non une infirmière ou un autre membre du corps médical); la Figure 1 présente la répartition des scores par profession. Le lieu de travail n'a pas d'impact significatif sur le score général (Tableau 4).

Score	Docteurs		Autres que docteurs	
	Fréq.	(%)	Fréq.	(%)
Score supérieur à la moyenne	5	100	2	28.6
Score inférieur à la moyenne	0	0	5	71.4
Total	5	100	7	100

Test Exact de Fisher valeur $p = 0,0278$

Figure 1. Répartition du score général par profession



Score	Urbains		Égalité Urbains/Ruraux	
	Fréq.	(%)	Fréq.	(%)
Supérieur à la moyenne	2	50	6	75
Inférieur à la moyenne	2	50	2	25
Total	4	100	8	100

Test Exact de Fisher valeur $p = 0,5475$

Complications cutanées liées au VIH

Le score maximum pour cette section était de 5, le score moyen était de **2,3** (IC 0-5). La répartition des réponses correctes par profession est présentée dans la Figure 2 (au verso). Il n'existait pas de lien statistique entre la profession et le score.

Connaissances spécifiques de la maladie

La relation entre la profession et le score de connaissances en matière de SK était statistiquement significative (test exact de Fisher $p = 0,028$).

Cinq participants (41,7%) ont été capables de décrire correctement les lésions du SK. La Figure 3 (au verso) montre la répartition des réponses. Le traitement de première ligne du SK a été identifié correctement par 66,7% des participants. Seuls 5 participants (41,7%), dont 4 médecins, ont fourni des réponses correctes aux questions relatives au traitement des SK avancés. Un pourcentage « inquiétant » de 50% des infirmières pensait que la phytothérapie était le traitement le plus adapté.

Suite au verso...

Figure 2. Réponses correctes relatives aux complications cutanées liées au VIH

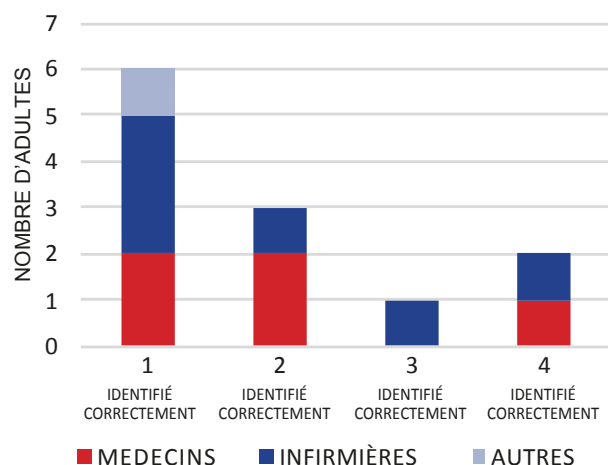
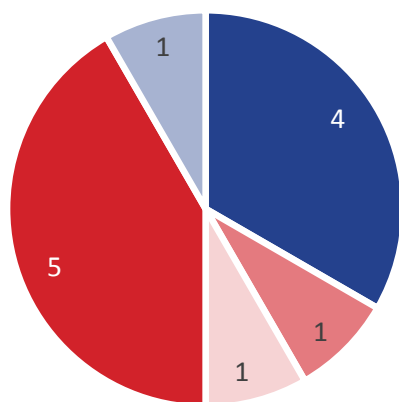


Figure 3. Répartition des réponses : Description d'une lésion de SK



■ Correct Médecin ■ Correct Infirmière ■ Incorrect Médecin
■ Incorrect Infirmière ■ Incorrect Autre

Gestion du SK en Tanzanie

Lorsque les travailleurs de santé se sont vu demander comment la gestion pouvait être améliorée, 58,3% ont suggéré plus d'éducation publique, 50% ont mentionné une meilleure éducation pour eux-mêmes et 58,3% ont mentionné une amélioration du traitement (les participants avaient le droit de donner plusieurs réponses).

Données Qualitatives

Scénario 1

Ce scénario se concentrait sur la présentation initiale d'un patient atteint de SK avec un VIH préexistant, qui avait consulté un guérisseur traditionnel. Le premier sujet abordé était la gestion du VIH. 5 participants ont proposé l'utilisation d'antirétroviraux (ARV) et 6 participants ont suggéré des conseils en matière de pratiques sexuelles sans risque. La consultation d'un guérisseur professionnel a été mentionnée comme un problème par 7 participants : « Il était très stupide de la part d'Agnes (patient) de consulter un guérisseur traditionnel. »

Le deuxième sujet abordé était le diagnostic et la gestion du SK. 2 travailleurs de santé ont suggéré la réalisation d'une biopsie. Un traitement incorrect a été suggéré par 2 participants, et 5 participants ont suggéré le renvoi du patient à un dermatologue.

Scénario 2

Ce scénario concernait un patient inquiet d'être infecté par le VIH, présentant un diagnostic non clair (SK ou purpura thrombocytopénique). Tous les participants souhaitaient réaliser un test VIH et offrir des offres de conseils.

Le sujet abordé ensuite était les diagnostics différentiels. 5 participants étaient convaincus que le patient était atteint de SK, 2 ont pensé qu'il pouvait s'agir soit du SK soit d'un autre cancer. 6 participants ont envisagé une autre infection opportuniste ; 1 seul médecin a correctement identifié le purpura thrombocytopénique.

Eu égard au diagnostic et à la gestion, un diagnostic visuel a été suggéré par 4 participants, 2 d'entre eux ont indiqué qu'ils réaliseraient également une biopsie (recommandée par 7 participants au total).

Scénario 3

Ce scénario concernait un patient récemment diagnostiqué avec un SIDA, présentant des marques violines sur son corps.

Le premier sujet discuté était la gestion du VIH. 9 participants ont suggéré l'étude des taux de CD4 du patient. 6 participants souhaitaient étudier les symptômes secondaires.

La méthode diagnostique la plus fréquemment suggérée était une biopsie, choisie par 10 participants, même si 2 CST n'offraient pas la possibilité de réaliser des biopsies ; 4 participants souhaitaient renvoyer le patient à un dermatologue.

Thèmes communs

Le premier thème commun était la perception par les participants que leurs connaissances étaient insuffisantes – 8 participants étaient de cet avis :

“Je ne sais pas comment traiter ce patient. Mes connaissances ne sont pas assez étendues”

“Je me sentirais très mal à l'aise si on me demandait de traiter quelqu'un atteint de SK”

Le deuxième thème commun était l'attention portée par les participants au traitement et la gestion du VIH dans chaque scénario, la majorité des réponses étant liées à ce sujet et non pas au SK.

Discussion

Les conclusions seront discutées et comparées avec les recherches existantes. Des recherches provenant d'étudiants en médecine dentaire seront utilisées puisqu'aucune autre étude portant sur les connaissances en SK d'autres travailleurs de la santé n'a été réalisée. Les étudiants en médecine dentaire sont censés posséder certaines connaissances sur le KS, à savoir ses manifestations orales¹³, ce qui permettra de réaliser certaines comparaisons.

Complications cutanées

Bien que les connaissances générales sur les maladies cutanées liées au VIH aient été limitées, tous les participants sont parvenus à identifier que le SK était une complication. Cette étude a toutefois été réalisée sur seulement 12 participants, ce qui peut rendre les résultats moins fiables.

D'une manière générale, les études réalisées sur les étudiants en médecine dentaire sont similaires – au Brésil, la connaissance de la relation entre VIH et SK était de 92,5% tandis qu'en Iran elle était de 93,8%^{13,14}. Ces études ont été réalisées dans des pays à revenus intermédiaires parmi des étudiants en médecine dentaire, il est donc possible que leur comparabilité aux travailleurs de la santé tanzaniens soit limitée.

Il s'est révélé que les étudiants en médecine dentaire nigériens ne possédaient pas de connaissances approfondies en matière de VIH et de ses complications orales¹⁵. Les deux études ont été réalisées en Afrique subsaharienne, augmentant de ce fait la comparabilité des pays. Le Nigéria présente des taux inférieurs d'incidence du VIH, ce qui peut affecter le niveau de connaissances et l'étude a été à nouveau réalisée sur des étudiants en médecine dentaire.

Ceci démontre le besoin d'accroître l'enseignement chez les travailleurs de santé des CST. Mener des études à grande échelle augmenterait la fiabilité des résultats.

Sarcome de Kaposi

Les connaissances relatives au SK étaient faibles chez tous les participants, bien que les médecins aient obtenu des résultats nettement supérieurs. Ceci est peut-être dû au fait que les médecins reçoivent un niveau supérieur d'éducation. Les médecins sont également plus susceptibles de voir des patients atteints de SK puisque les patients VIH 'compliqués' leur sont renvoyés par les infirmières⁸. Une exposition plus importante au SK peut accroître leurs connaissances.

Le manque de connaissances approfondies parmi toutes les professions a été montré par le fait que 75% des participants ne connaissaient pas l'agent pathogène du SK. Il est possible que la fréquence élevée de sélection des ARV comme traitement de première ligne des SK soit due au fait qu'il s'agisse du médicament le plus communément utilisé dans les CST⁸.

Eu égard au traitement des SK avancés, 80% des médecins ont correctement identifié la chimiothérapie. Bien que 50% des infirmières aient correctement répondu, les autres 50% ont mentionné l'utilisation de phytothérapie, ce qui pourrait nuire aux patients.

Il n'existe pas d'études sur les connaissances des travailleurs de santé en matière de SK à travers le monde.

Les lacunes dans les connaissances des participants sont susceptibles d'engendrer de nouveaux cas de SK qui ne seront pas détectés, en particulier parce que la plupart des consultations sont réalisées par des infirmières⁸ (dont les connaissances sont généralement moins bonnes). Ce manque de connaissances devra être résolu afin de réduire le fardeau du SK.

Application clinique des connaissances

D'une manière générale, les performances dans les scénarios cliniques reflétaient le niveau de connaissances théoriques en SK. Dans le scénario 2, lorsqu'il a été demandé aux participants de suggérer un diagnostic différentiel, 50% d'entre eux ont suggéré des infections opportunistes 'générales' mais étaient incapables de les nommer. En outre, seuls les médecins étaient capables de distinguer les symptômes du SK. Ce manque de données détaillées était reflété dans les données quantitatives, en particulier chez les infirmières (qui constituent la majorité du personnel des CST⁸).

Les infirmières se concentraient sur la surveillance du VIH, peut-être parce qu'il s'agit d'un de leurs domaines d'expertise. Il est toutefois probable que la plupart des infirmières soient incapables d'identifier le SK ou de traiter la maladie si on leur présentait un patient qui en était atteint. Il est donc nécessaire d'offrir un meilleur enseignement dans ce domaine afin que les SK puissent être correctement diagnostiqués et gérés.

Conclusion

Bien que les travailleurs de santé aient été conscients du fait que le SK constitue une complication du VIH, beaucoup de participants ne possédaient pas de connaissances approfondies, particulièrement les infirmières, qui se trouvent en première ligne du traitement du VIH.

Des lacunes particulières existaient dans les domaines des causes, de la présentation, et du traitement du SK. Un enseignement complémentaire pour les travailleurs de la santé et l'offre de campagnes de santé publique devraient être une priorité et les CST devraient offrir des détections et des soins de bases du SK afin de réduire le fardeau de cette maladie.

Références

1. NHS Angleterre. *Sarcome de Kaposi*. [Internet]. 2017. [cité 2017 Fév 20]. Disponible à : <http://www.nhs.uk/conditions/kaposi-sarcoma/Pages/Introduction.aspx>
2. American Cancer Society. *Que'est-ce que le Sarcome de Kaposi?* [Internet]. 2017. [cité 2017 Mai 20]. Disponible à : <https://www.cancer.org/cancer/kaposi-sarcoma/about/what-is-kaposi-sarcoma.html>
3. Carte Nationale du SIDA. *Fiche d'Informations sur le Sarcome de Kaposi*. [Internet]. 2017. [cité 2017 Fév 20]. Disponible à : <http://www.aidsmap.com/Kaposi-sarcoma/page/1044692/>
4. Mosam A, Aboobaker J, Shaik F. Kaposi's Sarcoma in sub-Saharan Africa: a current perspective. *Opinion Actuelle sur les Maladies Infectieuses*. 2010;**23**(2):119-23.
5. OMS. *Profil de Santé : Tanzanie* [Internet]. 2015 [cité 2017 Fév 21]. Disponible à : <http://www.who.int/gho/countries/tza.pdf?ua=1>
6. OMS. GLOBOCAN 2012 : Tanzanie [Internet]. 2012 [cité 2017 Mai 1]. Disponible à : http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
7. Tindwa C, Maunda K. Survival and its determinants of Kaposi's Sarcoma in Tanzania: Retrospective study. [Internet]. *Journal of Clinical Oncology*. 2014;**32**(15_supplement):e20607-e20607. Disponible à : http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2014.32.15_suppl.e20607
8. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de Tanzanie. *Directives Nationales pour la Gestion du VIH et du SIDA*. Dar es Salaam; 2012.
9. Sissolak G, Mayaud P. AIDS-related Kaposi's sarcoma: epidemiological, diagnostic, treatment and control aspects in sub-Saharan Africa. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*. 2005;**10**(10):981-92.
10. Koski L, Ngoma T, Mwaiselage J, et al. Changes in the pattern of Kaposi's sarcoma at Ocean Road Cancer Institute in Tanzania (2006-2011). *International Journal of STD and AIDS*. 2015;**26**(7):470-8.
11. McDonald J. *Small Numbers in Chi-square and G-tests* [Internet]. Manuel sur les Statistiques Biologiques. 2017 [cité 2017 Mai 24]. Disponible à : <http://www.biostat handbook.com/small.html>
12. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995;**311**(6997):109-12.
13. Oliviera ER, Narendran S et al. Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. *AIDS Care*. 2002;**14**(4):569-76.
14. Sadeghi M, Hakimi H. Iranian Dental Students' Knowledge of and Attitudes Towards HIV/ AIDS Patients. *Journal of Dental Education*. 2009;**73**(6):740-5.
15. Azodo C, Umoh A, Ezeja E, Ukpebor M. A survey of HIV-related knowledge and attitude among dental nursing students in south western Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*. 2007;**9**(1):1-12.

African Journals Online (AJOL)

est la plus grande bibliothèque en ligne de journaux spécialisés académiques approuvés par des pairs publiés en Afrique. Il constitue une ressource précieuse pour les chercheurs dans de nombreuses disciplines scientifiques. AJOL est une organisation à but non lucratif située en Afrique du Sud. <https://www.ajol.info>



24ème Conférence CME du Regional Dermatology Training Centre

9 au 12 janvier 2019

Moshi, Tanzania

Vous pouvez trouver plus d'informations sur le site rdtc.go.tz.

La Bourse Strauss et Katz de l'Académie américaine de Dermatologie (American Academy of Dermatology)

a pour objectif de permettre à de jeunes dermatologues (y compris ceux en formation) originaires de pays en voie de développement de se rendre à la réunion annuelle de l'Académie américaine de Dermatologie afin de bénéficier de possibilités en matière d'éducation et de rencontres professionnelles.

Pour obtenir plus d'informations, vous pouvez contacter Kari Webb à k.webb@aad.org





RÉDACTEUR-FONDATEUR

Dr Paul Buxton

RÉDACTEURS

Dr Chris Lovell
Dr Michele Murdoch

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr. Susannah Baron
Prof. Jean Bologna (USA)
Dr Paul Buxton
Dr Isabel Casas (Argentine)
Prof. Steven Ersser
Dr Guadalupe Estrada (Mexique)
Dr Arnold Fernandes
Dr Claire Fuller
Dr Sam Gibbs
Prof. Henning Grossman (Tanzanie)
Prof. Rod Hay
Dr Arjan Hogewoning (Pays-Bas)
Dr Vineet Kaur (Inde)
Prof. John Masenga (Tanzanie)
Dr Rachael Morris-Jones
Prof. Anisa Mosam (Afrique du Sud)
Prof. Ben Naafs (Pays-Bas)
Ms Rebecca Penzer
Prof. Terence Ryan
Ms Mafalda Soto (Tanzanie)
Prof. Gail Todd (Afrique du Sud)
Dr Shyam Verma (Inde)
Dr Stephen Walker

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

ILDS Secretariat

CONCEPTION

Fiona Bowring
fiona.bowring@gmail.com

IMPRIMERIE

Bishops Printers
Walton Road, Farlington, Portsmouth PO6 1TR
enquiries@bishops.co.uk

Les articles peuvent être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition qu'ils ne soient pas utilisés à des fins commerciales ou de profit personnel. Il doit dans ce cas être fait mention du/des auteur(s) et de la Revue de la Dermatologie Communautaire



Si vous achetez en ligne, vous pouvez soutenir financièrement la revue sans frais supplémentaires. Plusieurs grands détaillants feront un don en fonction de la somme que vous avez dépensée.



www.easyfundraising.org.uk

Revue de la Dermatologie Communautaire



Comm Dermatol J 2018;14:13-24

Si les soins médicaux vous intéressent, qu'il s'agisse des prestations offertes dans des centres médicaux bien établis ou dans des centres médicaux situés en milieu rural, la Revue de la Dermatologie Communautaire vous intéressera. Elle vous propose des informations pertinentes à jour sur le diagnostic et le traitement des maladies cutanées ; elle est en particulier destinée aux travailleurs de santé dans les pays en développement.

Veillez par conséquent partager votre expérience et votre intérêt en envoyant des articles, des rapports et des lettres que la Rédaction accueillera avec plaisir - veuillez également vous reporter ci-dessous aux recommandations aux auteurs.

Il s'agit également d'une ressource utile pour la formation des travailleurs de santé et l'éducation des populations qu'ils desservent, et pour rester en contact avec les services de dermatologie dans les pays en développement.

La revue est publiée deux fois par an et plus de 7 000 exemplaires de chaque numéro sont envoyés gratuitement à près de 200 pays. Les numéros peuvent tous être consultés en ligne, gratuitement, sur le site du IFD www.ifd.org.

La revue a un comité de rédaction honoraire mais est publiée, imprimée et distribuée par des professionnels, ce qui constitue la principale dépense. La revue est soutenue par des dons volontaires. Les contributions peuvent être envoyées au bureau de la rédaction.

Recommandations aux auteurs

Les contributions écrites sont revues avant publication. Les articles originaux ne doivent pas dépasser 2 000 mots ; les rapports succincts / lettres ne doivent pas dépasser 500 mots. Les contributions doivent respecter les Consignes détaillées disponibles sur le site – <https://ilds.org/our-foundation/community-dermatology-journal/community-dermatology-journal-articles/>.

Veillez adresser vos communications par email à : cdj@ilds.org

ainsi qu'une copie à : christopher.lovell@nhs.net ou michele.murdoch@nhs.net

ou par courrier à : **ILDS Secretariat, Community Dermatology Journal, International Foundation for Dermatology, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, UK**

Nous nous réjouissons à l'avance de recevoir vos articles, rapports et lettres.

DERMLINK

ILDS DermLink est l'un des moyens par lesquels ILDS améliore les soins dermatologiques des patients dans les régions mal desservies à travers le monde via la Fondation internationale de Dermatologie (IFD). Des subventions pouvant atteindre 5 000 US\$ sont disponibles pour entreprendre des initiatives destinées à aider les patients atteints d'affections cutanées dans les régions du monde aux ressources limitées.

Les demandes peuvent concerner du matériel et équipements dermatologiques, une formation en dermatologie de court terme ou des projets de terrain et communautaires pour traiter les patients présentant des affections de la peau, vivant dans des régions isolées et peu desservies.

En 2018, nous avons offert 20 000 US\$ de subventions à six projets provenant de six pays différents, qui amélioreraient les vies des individus affectés par des problèmes dermatologiques.

Le prochain cycle de candidatures démarrera en décembre 2018. Pour plus d'informations vous pouvez consulter <https://ilds.org/our-foundation/ilds-dermlink/ilds-dermlinkapplications/>. Si vous avez d'autres questions ou que vous souhaitez discuter d'une proposition de projet, veuillez envoyer un email à dermlink@ilds.org.

Devenez un ami du CDJ

Pour seulement 5\$, 5£ ou 5€ par mois, vous pouvez devenir un ami du CDJ. Votre don nous aidera à envoyer plus de 8 000 exemplaires de cette revue semestrielle aux travailleurs de la santé dans le monde entier. Pour en savoir plus sur comment devenir un ami du CDJ, veuillez envoyer un e-mail à info@ilds.org.