

La COVID-19 et la peau

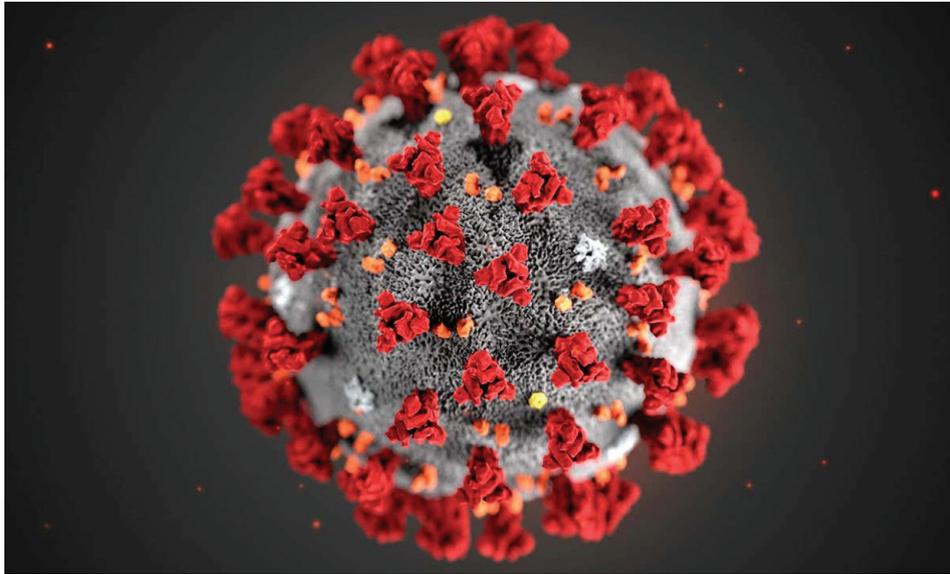


Fig 1. Représentation de la COVID-19 (© newscientist.com)

Le virus du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS)-CoV-2 est le troisième nouveau coronavirus (Fig. 1) à provoquer des pneumonies chez l'homme ces dernières années. Apparu à Wuhan, en Chine, il s'est rapidement propagé et a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé en mars 2020. L'analyse comparative de données génomiques indique qu'il s'agit d'une zoonose (provenant probablement de chauves-souris vendues pour la consommation) et non du résultat d'une manipulation en laboratoire¹. Bien que les patients infectés par la COVID-19 puissent être asymptomatiques ou présenter une maladie bénigne, un nombre limité développe des problèmes respiratoires aigus associés à une maladie thrombotique systémique distincte liée à l'activation du complément². Cela a conduit à de nombreux décès à travers le monde, en particulier chez les personnes âgées vivant dans des résidences pour séniors dans les pays développés, où les individus obèses, de sexe masculin et faisant partie d'une minorité ethnique semblent être particulièrement à risque.

Plusieurs ensembles de cas ainsi qu'une étude s'étalant sur plusieurs centres en Espagne³ ont identifié des lésions cutanées distinctes chez les patients infectés par la COVID-19. Celles-ci comprennent des lésions similaires à des engelures sur les pieds (« Covid-toes », pseudo-engelures, Fig. 2)^{3,4}, touchant des enfants et jeunes adultes sans antécédents de maladie vasculaire périphérique. Ces lésions présentent une histologie lichénoïde, rencontrée dans

des maladies auto-immunes liées à l'activation de l'interféron de type 1 (IFN-1). Il est possible que l'activation précoce de l'IFN-1 chez ces individus empêche une réplication virale. Ils sont, en dehors de cela, asymptomatiques ou atteints d'une maladie bénigne et doivent être placés en isolement puisqu'ils peuvent transmettre l'infection⁴. A l'inverse, des lésions



Fig 2. Lésions similaires à des engelures (« Orteils Covid ») (©minnpst.com)

Suite au verso...

L'application Community Skin Health

L'application CSH est disponible sur iOS et Android.

Vous pouvez désormais consulter chaque numéro, rechercher des sujets d'actualité, ajouter un signet à vos articles préférés et recevoir les dernières publications directement sur votre téléphone.



Nous apprécierions que vous preniez quelques minutes de votre temps pour remplir un formulaire d'évaluation afin de nous aider à faire de notre journal une ressource pertinente. Vos commentaires sont très importants pour nous.

Veuillez le remplir en ligne sur :
<https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation>

Si vous avez accès à un exemplaire papier du formulaire d'évaluation, merci de bien vouloir le remplir et le renvoyer à :
**Community Skin Health,
Willan House, 4 Fitzroy Square,
London, W1T 5HQ, Royaume-Uni**
ou l'envoyer scanné/photographié par e-mail à CSH@ILDS.org

Sommaire

1 La COVID-19 et la peau

3 La Birmanie et la Burma Skincare Initiative

Docteur Su Mar Lwin et professeur Christopher E. M. Griffiths

7 QUIZ - Cas 1 et Cas 2

Docteur Deepani Munidasa

8 Principes de traitement des plaies dans les régions à faibles ressources

Docteur Jill Brooks

cutanées dues à une occlusion vasculaire, tel un livedo ou une ulcération nécrotique, sont rencontrées dans le cas d'une vasculopathie systémique sévère, telle qu'une détresse respiratoire à déclenchement tardif^{2,4}.

Les lésions peuvent également prendre la forme de vésicules symptomatiques ou légèrement prurigineuses affectant principalement le tronc. Elles sont petites et monomorphes et disparaissent en 8 à 10 jours sans laisser de cicatrices, contrairement aux lésions polymorphes rencontrées dans les cas de varicelle. Les lésions vésiculeuses précèdent généralement d'autres symptômes chez les patients d'âge moyen et sont associées avec les maladies modérément graves^{3,5}. Parmi d'autres indicateurs précoces du diagnostic on trouve des érythèmes des extrémités semblables à un érythème polymorphe ou à un erythema elevatum diutinum. Parmi les caractéristiques moins spécifiques, susceptibles de conduire à un diagnostic erroné de dengue, se trouvent le purpura, l'urticaire ou des lésions maculopapuleuses³. Un syndrome ressemblant à la maladie de Kawasaki a été signalé chez quelques enfants. Ils peuvent présenter un érythème de la peau ou des muqueuses, ainsi que parfois des lèvres gercées. Les manifestations systémiques comprennent la myocardite et l'artérite coronarienne⁶.

En plus du risque d'exposition au coronavirus, les professionnels de santé ont plus de risque de développer une dermatose irritante professionnelle provenant de lavages de mains fréquents et prolongés avec des détergents. Les gels hydroalcooliques pour les mains sont moins irritants et l'utilisation de produits hydratants devrait être encouragée. L'utilisation prolongée de masques de protection et de respirateurs peut entraîner des blessures traumatiques au niveau de l'arête du nez en particulier^{6,7}.

La pandémie de coronavirus a modifié l'organisation des soins de santé dans de nombreux pays et de nombreux patients présentant des lésions cutanées graves, ainsi que d'autres problèmes médicaux, risquent d'être diagnostiqués plus tardivement. Les gouvernements de pays riches ont essayé diverses approches pour contrôler la transmission virale, avec divers degrés de réussite. Un confinement généralisé et la distanciation

sociale ont été appliqués avec fermeté dans certaines parties de l'Afrique et de l'Asie. Cette politique nuit aux populations pauvres qui peuvent ne pas être en mesure de se rendre à leur travail ou de recevoir des livraisons de nourriture, fournitures médicales ou des moustiquaires imprégnées d'insecticides. Les mesures draconiennes de ce type peuvent être inadéquates dans les régions limitées en ressources, dont la population est plus jeune et où les personnes âgées ne vivent pas dans des résidences pour séniors. Les projets communautaires locaux destinés à contrôler l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest peuvent constituer un modèle plus utile à suivre⁸.

CRL

Références

1. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin I *et al.* The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine* 2020; **26**:450-2.
2. Magro C, Justin Mulvey J, Berlin D *et al.* Complement associated microvascular injury and thrombosis in the pathogenesis of severe COVID-19 infection: A report of five cases. *Translational Research* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2020.04.007>
3. Casas CG, Català A, Carretero Hernández G *et al.* Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1111/bjd.19163>
4. Kolivras A, Dehavay F, Delplace D *et al.* Coronavirus (COVID-19) infection-induced chilblains: a case report with histopathologic findings. *J Am Acad Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jadcr.2020.04.011>
5. Marzano AV, Genovese G, Fabbrocini G *et al.* Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients. *J Am Acad Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.044>
6. Lin P, Tao J, Lei T-C. Adverse skin reactions among healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak: A survey in Wuhan and its surrounding regions. *Br J Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1111/bjd.19089>
7. Lan J, Song Z, Miao X *et al.* Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. *J Am Acad Dermatol* 2020; **82**:1215-1216.
8. Cash R, Patel V. Has Covid-19 subverted global health? *Lancet* 2020; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8).

L'ILDS assure un rôle actif dans le soutien de la communauté dermatologique, avec pour objectif de protéger les individus et les populations à travers le monde pendant la pandémie de COVID-19. Les notes d'orientation de l'ILDS relatives à la COVID-19 et au traitement des maladies cutanées ainsi que des informations détaillées sur les registres dermatologiques internationaux destinés à aider les dermatologues à mieux comprendre les conséquences de la COVID-19 sur les patients sont disponibles dans notre section COVID-19 : www.ilds.org/covid-19

2020 – Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier

L'Organisation mondiale de la santé a désigné 2020 « année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier », en reconnaissance de l'énorme contribution apportée par les sages-femmes et le personnel infirmier à la promotion de la santé à travers le monde. Pour de nombreuses communautés, ces professionnels de la santé représentent le premier point de contact quand il est question des besoins de la population en matière de santé. Si le monde voulait réaliser une couverture maladie universelle, il serait nécessaire de former 9 millions de sages-femmes et de personnels infirmiers supplémentaires.

Quel que soit le titre de leur poste, les sages-femmes et le personnel infirmier prennent soin de la santé dermatologique. Tout être humain, nouveau-né ou octogénaire, a besoin d'une peau en bonne santé à toutes les étapes de sa vie. Les soins dermatologiques peuvent aller de la promotion d'une bonne hygiène grâce à de bonnes pratiques de lavage, au suivi post-opératoire d'une blessure, à l'offre de conseils aux patients atteints d'affections cutanées chroniques relatifs à l'utilisation

de leurs traitements, en passant par des campagnes de santé publique sur la prévention des cancers de la peau.

Chez *Community Skin Health*, nous apprécions grandement le rôle joué par nos collègues sages-femmes et infirmiers/ infirmières. Nous sommes conscients qu'ils représentent plus de 50 % de la main d'œuvre à travers le monde et que les soins et le soutien qu'ils apportent aux patients atteints d'affections cutanées a un impact immense sur le bien-être de ces derniers. Dans les prochains numéros, nous nous efforcerons d'inclure plus d'articles destinés à nos lecteurs sages-femmes et infirmiers/infirmières.

Pour plus de renseignements sur l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, veuillez visiter le site de l'OMS où vous pourrez accéder à des informations et des ressources téléchargeables. <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

Rebecca Penzer-Hick

Le Myanmar et la Burma Skincare Initiative

Su Mar Lwin MRCP(R-U) BSc(Hons)¹, Christopher E. M. Griffiths MD FMedSci²

¹St John's Institute of Dermatology, King's College London, Londres, Royaume-Uni

²Dermatology Centre, université de Manchester et NIHR Manchester Biomedical Research Centre, Manchester, Royaume-Uni.

Auteur principal : Su Mar Lwin, E-mail : su.m.lwin@kcl.ac.uk

Conflits d'intérêts : aucun.

Mots clés : Myanmar (Birmanie), Burma Skincare Initiative, durabilité.

Résumé

Le système de santé du Myanmar, pays autrefois appelé Birmanie, ou Burma en anglais, est l'un des moins bien classés dans le monde par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'accès aux soins dermatologiques est limité, avec seulement trois centres de formations dermatologiques à travers le pays. Les individus en situation précaire vivant dans les zones rurales du Myanmar doivent voyager pendant des jours pour obtenir des soins dermatologiques. La Burma Skincare Initiative (BSI), une association caritative enregistrée au Royaume-Uni, a été fondée pour contribuer à faire tomber les barrières limitant l'accès aux soins dermatologiques au Myanmar en établissant des liens actifs et durables entre le pays et les communautés dermatologiques internationales afin d'en tirer des avantages mutuels. Nous étudions les besoins non satisfaits en matière de soins dermatologiques au Myanmar ainsi que la situation, les objectifs, les progrès accomplis à ce jour, y compris la première rencontre internationale de dermatologie au Myanmar, et les futures orientations de la BSI.

Introduction

Le Myanmar, ou, officiellement, la République de l'Union du Myanmar, est un pays d'Asie du Sud-Est peuplé d'environ 53 millions d'habitants. Le pays comprend 135 groupes ethniques, chacun doté de sa propre langue et culture. Après 5 décennies de dictature militaire, le pays dispose d'un gouvernement civil depuis 2011. Le système de soins du Myanmar est l'un des plus précaires au monde, classé 190/191 en termes de performances générales du système de santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1997¹. Le gouvernement a investi 2,3 % du PIB du pays dans le domaine de la santé en 2014², contre 3,7 % en Thaïlande³, pays limitrophe du Myanmar, et 9,8 % au Royaume-Uni⁴ en 2014. De ce fait, les ressources et services cliniques disponibles pour les soins dermatologiques sont extrêmement limités. Il existe uniquement trois centres de soins tertiaires et de formation en dermatologie dans le pays : deux à Yangon (la capitale économique située dans le sud du pays) et un à Mandalay (la deuxième plus grande ville du pays, située dans le centre du Myanmar). Les deux centres de dermatologie de Yangon se trouvent au Yangon General Hospital (YGH), à l'Université de médecine (UM1) dans le centre-ville de Yangon et dans le North Okkalapa General Hospital (NOGH) à l'UM2, dans le nord de Yangon. Outre Yangon et Mandalay, les dermatologues experts offrent des services uniquement dans les grandes villes et agglomérations ; les résidents des zones rurales doivent voyager pendant des heures et parfois des jours pour se rendre au centre de dermatologie le plus proche. Selon l'étude Global Burden of Disease (GBD), en 2010, une moyenne de 496 années a été perdue en raison de handicaps pour 100 000 habitants du Myanmar en raison de maladies de la peau non mortelles⁵. Les données actuelles sur l'épidémiologie des maladies de la peau au Myanmar sont toutefois extrêmement limitées.

La Burma Skincare Initiative (BSI)

CEMG (université de Manchester, Royaume-Uni) a développé un intérêt majeur pour la santé mondiale et la santé dermatologique des migrants suite à son engagement avec l'International League for Dermatological Societies (ILDS), sa direction du Global Psoriasis Atlas (GPA) et sa participation au Groupe de Travail sur la dermatologie relative à la santé des migrants de l'International Foundation for Dermatology (IFD). Son intérêt pour les soins dermatologiques internationaux s'est accru davantage après sa visite de camps de réfugiés syriens dans la vallée de la Bekaa, au Liban, en juillet 2018⁶. En reconnaissance de cela, il a été nommé Conseiller spécial à l'ILDS en matière de politiques et de recherches sur la santé mondiale. SML, d'origine birmane, occupe la fonction d'officier en dermatologie (St John's Institute of Dermatology, King's College, Londres, Royaume-Uni) et forme, chaque année, au Myanmar, des médecins-apprentis et des bénévoles dans les cliniques ambulatoires des communautés défavorisées de Yangon par le biais d'une association caritative située dans le pays : Better Burmese Health Care (BBHC ; www.betterburmesehealthcare.org). Son expérience médicale dans le camp de réfugiés de Mae La à la frontière entre la Thaïlande et le Myanmar, en 2007, ainsi que son travail de bénévolat avec la BBHC au fil des années, l'ont inspirée à participer au développement des bases de la fourniture de soins dermatologiques au Myanmar.

En mai 2018, les auteurs (SML et CEMG) se sont rencontrés par hasard lors de la conférence quinquennale International Investigative Dermatology à Orlando, en Floride, aux États-Unis. Nous avons discuté de nos activités respectives de bénévolat. Cela nous a ultérieurement conduit à visiter les services de dermatologie du Myanmar en décembre 2018. Nous avons visité le MGH/UMM et le YGH/UM1 dans l'objectif d'identifier les besoins non satisfaits en matière de soins dermatologiques au Myanmar et de contribuer

à la résolution de ces problèmes en développant des liens actifs et durables entre le Myanmar et les communautés dermatologiques internationales. C'est dans cette optique que nous avons cofondé la Burma Skincare Initiative (BSI) qui a reçu le statut d'association caritative de la Charity Commission, au Royaume-Uni, en janvier 2020 (Numéro d'inscription 1187197) (Fig. 1). Les directeurs en dermatologie et recteurs de l'UM1 à Yangon et de l'UMM à Mandalay sont totalement informés des objectifs de la BSI et lui apportent leur soutien total. Il est essentiel qu'une telle initiative soit développée en collaboration et communication étroites avec les équipes de dermatologues locales



Fig 1. Le logo de la Burma Skincare Initiative (BSI). Les trois barres horizontales dorées représentent les trois domaines de la dermatologie que la BSI s'efforce d'améliorer : éducation, recherche et services cliniques.

Suite au verso...

Tableau 1. Les objectifs de la Burma Skincare Initiative (BSI),

	Court-terme (2 ans)	Moyen-terme (5 ans)	Long-terme (10 ans)
Education	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre inaugurale de la BSI (21-24 février 2020) • Bourses d'éducation • Myanmar Dermatological Society 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres annuelles de la BSI • Programme • Parcours de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Regional Dermatology Training Centre (RDTC) (Centre régional de formation en dermatologie)
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> • MACADAMIA* • Global Psoriasis Atlas 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche concertée continue 	<ul style="list-style-type: none"> • RDTC
Services cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Bourses d'échange • Diagnostics 	<ul style="list-style-type: none"> • Télédermatologie • Cliniques générales dans les zones rurales • Cliniques spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> • RDTC • Personnel infirmier clinicien spécialisé

* Mycetoma and Chromoblastomycosis – a Dermatology Access in Myanmar Initiative

au Myanmar puisque la BSI a pour but de se concentrer sur leurs besoins spécifiques non satisfaits (Tableau 1).

Visite dans les services de dermatologie des Mandalay General Hospital et Yangon General Hospital

Le mois de décembre est l'un des plus froids au Myanmar. Lorsque nous sommes arrivés au département de dermatologie du MGH, à Mandalay, le 10 décembre 2018, la température était pourtant similaire à celle d'une chaude journée d'été au Royaume-Uni, avec environ 35 °C. Nous avons été accueillis par l'équipe de dermatologie dirigée par le professeur Khin Mya Lwin et avons rapidement entamé la visite du service par la visite du pavillon de dermatologie (Fig. 2a). Le service comprend 4 experts, 8 apprentis et 4 infirmières et un pavillon dispose de 8 lits d'hospitalisation. Lors de la visite du pavillon, cinq étaient occupés par des patients atteints de pemphigus et un par un patient atteint d'érythrodermie psoriasique. La plupart des patients présents dans le

Au Myanmar, la plupart des maladies de la peau sont diagnostiquées cliniquement, bien qu'il existe des services d'histopathologie à Yangon ainsi qu'à Mandalay. Il est intéressant de noter que plusieurs des patients hospitalisés dans le pavillon provenaient de la région rurale du delta de l'Irrawaddy. Cliniquement, ces patients atteints de pemphigus présentaient le sous-type foliacé (Fig. 3), possiblement accompagné d'une étiologie similaire au pemphigus foliacé endémique de l'Amazonie ou fogo selvagem, suite à une exposition à des mouches noires hématophages dans les vallées du fleuve⁷. Ceci mérite d'être examiné plus en détails afin de parvenir à une taxonomie spécifique. L'un des principaux besoins non satisfaits est l'absence de techniques d'immunodiagnostic au Myanmar et donc l'impossibilité pour les dermatologues de diagnostiquer et classer de manière adéquate les maladies bulleuses auto-immunes. Un autre besoin non satisfait est le nombre limité de thérapies systémiques, et leur manque de disponibilité ainsi que l'inexistence de thérapies biologiques, et ce en dépit du fait que les dermatologues du Myanmar « voient souvent »



Fig 2a. Visite du pavillon.

pavillon avait dû voyager plusieurs heures ou même plusieurs jours pour pouvoir obtenir l'aide d'un spécialiste pour leur maladie de la peau. La clinique ambulatoire du MGH était localisée à l'entrée de l'hôpital (Fig. 2b), avec des ressources limitées pour garantir l'intimité et la vie privée des patients.



Fig 2b. Patients ambulatoires au Mandalay General Hospital, Mandalay, Myanmar.



Fig 3. Patient atteint du pemphigus dans le pavillon du Yangon General Hospital, Myanmar.

des cas de psoriasis. À ce jour, il n'existe pas de données solides sur la prévalence ou l'incidence des cas de psoriasis au Myanmar.

Bien qu'il n'existe pas de formation spécialisée officielle pour le personnel infirmier des services de dermatologie au Myanmar, ceux travaillant dans ces services ont développé leurs compétences et acquis leurs connaissances « sur le tas » dans une multitude de sujets allant des traitements topiques pour le psoriasis aux soins dermatologiques pour les cas d'urgence. Bien que les cliniques affichent des taux d'occupation très élevés, le personnel infirmier collecte méticuleusement les données relatives à tous les cas se présentant chaque jour en dermatologie au MGH, que les patients soient hospitalisés ou traités en ambulatoire. Après notre visite du service, nous avons rencontré le recteur de l'UMM, le professeur Khin Maung Lwin, avant de prendre part à une discussion de groupe avec l'équipe de dermatologie dans le but d'étudier les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain à Mandalay et les façons dont la BSI peut aider à combler leurs besoins. Ces difficultés comprenaient, entre autres, les connaissances limitées des patients en matière d'affections cutanées, la nécessité d'un service de techniques d'immunodiagnostic, les formations limitées, les ressources et directives locales en matière de thérapies systémiques telles que le méthotrexate et la ciclosporine et le manque d'assistance technique et de maintenance en matière d'équipement de photothérapie. L'équipe, y compris le recteur de l'UMM, était enthousiaste à l'idée d'avoir l'opportunité de collaborer avec la BSI afin de garantir la durabilité de cette initiative.

Le service de dermatologie du YGH/UM1, dirigé par le professeur Khine Khine Zaw, était le seul centre de formation national de dermatologie au Myanmar (Fig. 5) jusqu'en 2004, date à laquelle un deuxième centre de formation a été fondé au NOGH/UM2, suivi d'un troisième au MGH/UMM en 2018. Le YGH est le plus grand centre de dermatologie au Myanmar, avec 9 consultations spécialisées menant leurs activités chaque jour. En décembre 2018, nous avons visité les services de dermatologie en hospitalisation et en ambulatoire au YGH, avons rencontré le recteur de l'UM1, le professeur Zaw Wai Soe, et nous sommes entretenus au sujet des difficultés rencontrées par la communauté dermatologique au Myanmar. Nous avons également discuté de stratégies qui permettraient de pallier ces difficultés. Certains des apprentis en dermatologie ont également eu l'opportunité de présenter certains cas difficiles et intéressants traités au YGH, y compris des mycoses profondes, telles que des mycétomes et des chromoblastomycoses. Des difficultés et besoins non satisfaits similaires sont apparus au cours de la discussion avec l'équipe du YGH/UM1. D'autres sujets ont été abordés, dont la standardisation de la formation en dermatologie et le programme de dermatologie au Myanmar, le développement de programmes d'échanges mutuellement bénéfiques avec des centres de dermatologie britanniques, la création d'une Myanmar Dermatological Society et la collaboration au Myanmar en matière de recherche.



Fig 4. Le docteur Lwin et le professeur Griffiths avec l'équipe de dermatologie du Yangon General Hospital, Yangon, Myanmar.



Fig 5. Journée du Personnel Infirmier, 1ère conférence internationale de la Burma Skincare Initiative, Yangon, Myanmar. Plus de 70 membres du personnel infirmier et 200 délégués en provenance de tout le Myanmar ont participé respectivement à la journée du personnel infirmier et à la conférence Principale.

BSI : Progrès réalisés à ce jour

Au cours de l'année écoulée depuis la création de la BSI en décembre 2018, des progrès considérables ont été réalisés afin d'atteindre nombre de ses objectifs à court, moyen et long-terme (Tableau 1), y compris la Conférence inaugurale de la BSI et les programmes de bourses pour le Myanmar de la European Society for Dermatological Research (ESDR).

Conférence inaugurale de la BSI : première Conférence Internationale de Dermatologie organisée au Myanmar

Il a été proposé, comme l'une des premières étapes visant à atteindre les objectifs de la BSI, d'organiser des conférences éducatives annuelles de la BSI en guise de plateforme permettant aux communautés dermatologiques birmanes et internationales d'échanger, dans le but d'en retirer des avantages mutuels, leurs connaissances et expériences quant à la recherche sur les maladies de la peau communes et rares et les traitements de ces dernières. En outre, des possibilités de travail en réseau permettront aux dermatologues locaux et internationaux de collaborer afin de mener des recherches essentielles telles que l'épidémiologie des maladies de la peau au Myanmar et de s'occuper des objectifs durables à long-terme de la BSI dans le but d'éliminer les obstacles limitant l'accès aux soins dermatologiques dans le pays. Ceci sera accompli en collaboration avec des partenaires du secteur et d'organisations non-gouvernementales (ONG), telles que Medical Action Myanmar (MAM ; www.medicalactionmyanmar.com). Les conférences de la BSI seront aussi l'occasion pour les apprentis en dermatologie birmanes et internationales de présenter leur travail par le biais de présentations orales et affichées. La première conférence internationale de la BSI a effectivement eu lieu à Yangon, au Myanmar du 21 au 24 février 2020 (www.bsi2020.com). Plus de 70 membres du personnel infirmier et plus de 200 dermatologues, médecins généralistes et docteurs en provenance de tout le Myanmar ont participé à cette conférence, qui a été un réel succès aux niveaux académique, social et culturel. Le premier jour de la conférence a été consacré aux soins infirmiers dermatologiques, tandis que les deuxième et troisième jours (la conférence principale), étaient spécifiquement destinés aux dermatologues birmanes et comprenaient des conférences plénières animées par d'éminents intervenants internationaux britanniques et allemands, des présentations de premier plan réalisées par des dermatologues birmanes et des présentations orales et par affiches faites par des apprentis en dermatologie birmanes et britanniques.

Suite au verso...

Programmes de bourses pour le Myanmar de l'ESDR

En tant que président élu de l'ESDR, CEMG a présenté à cette dernière un thème en rapport avec la santé mondiale et, en tant qu'initiative jointe avec la BSI, deux apprentis en dermatologie birman, le docteur Hlaing et le docteur Thu, ont reçu les premières bourses pour le Myanmar de l'ESDR, afin de leur permettre de se rendre au 49^{ème} congrès annuel de l'ESDR, qui a eu lieu à Bordeaux, en France, en septembre 2019 (Fig. 6). Il s'agissait d'une opportunité considérable pour ces apprentis birman de pouvoir assister à une conférence internationale de dermatologie où les experts mondiaux leur enseignent les plus récentes informations scientifiques en rapport avec la peau et où ils pourront tisser des liens avec des collègues internationaux. Ces deux boursiers birman de l'ESDR ont ensuite partagé leurs expériences et connaissances acquises pendant la conférence avec leur équipe dermatologique respective aux UM1 et UM2 au Myanmar, permettant ainsi de partager les connaissances provenant d'une conférence de dermatologie de classe mondiale. La BSI prévoit de poursuivre cette collaboration avec l'ESDR.



Fig 6. Le docteur Thiri Hlaing (université de médecine 1 de Yangon) et docteur Phyto Min Thu (université de médecine 2 de Yangon) sont les premiers apprentis en dermatologie birman à avoir reçu les bourses pour le Myanmar de l'ESDR. Photographie prise durant le 49^{ème} congrès annuel de l'ESDR à Bordeaux, France.

BSI : orientations futures

En termes de recherche, il existe des lacunes majeures dans les connaissances relatives à l'épidémiologie des maladies de la peau au Myanmar, y compris celle des mycétomes et des chromoblastomycoses, qui sont des maladies chroniques, invalidantes, de la peau et des tissus sous-jacents, spécialement répandues dans les pays tropicaux et subtropicaux. Ces deux affections ont été ajoutées à la liste des maladies tropicales négligées par l'OMS en 2017. Bien que le Myanmar soit situé dans la zone géographique à haut risque appelée « ceinture du mycétome », il n'existe aucun programme de surveillance ou de prévention pour ces maladies dans le pays. En tant que première bénéficiaire du programme de bourses d'échange de la BSI, le docteur Tina Tian, spécialiste en dermatologie du Salford Royal Hospital NHS Foundation Trust, à Manchester, a reçu un financement de la part de l'European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) et du programme DermLink de l'IFD afin de développer des consultations destinées au traitement des affections de la peau, des diagnostics rapides « sur le terrain » et des travaux de recherche sur les mycoses profondes en zone rurale au Myanmar en 2020–2021, dans le cadre d'un programme intitulé « **Mycetoma and Chromoblastomycosis – a Dermatology Access in Myanmar Initiative (MACADAMIA)** ». De même, la prévalence et l'incidence du psoriasis au Myanmar seront évaluées par le biais d'une collaboration avec le GPA.

Tout comme avec le psoriasis, le traitement des dermatoses bulleuses auto-immunes s'accompagne de difficultés notables, tels que les cas de pemphigus que nous avons pu observer pendant nos visites des services de dermatologie du MGH et du YGH. La première étape adoptée par la BSI afin de relever ces défis, en collaboration avec le professeur Detlef Zillikens, expert en dermatoses bulleuses auto-immunes de l'université de Luebeck, en Allemagne, et avec les équipes dermatologiques des UM1 et UM2, est de développer dans un avenir proche les premiers des techniques d'immunodiagnostic du Myanmar.

Au cours des 5 à 10 ans à venir, la BSI tentera de répondre à d'autres besoins non satisfaits en dermatologie au Myanmar, dont l'accès limité aux soins dermatologiques en dehors de Mandalay et Yangon, le manque de personnel infirmier clinicien spécialisé et de consultations spécialisées, et le manque de standardisation des formations en dermatologie et des programmes. Une table ronde multidisciplinaire a été organisée le dernier jour de la Conférence 2020 de la BSI à Yangon (le 24 février 2020) afin d'étudier le caractère durable de la BSI et les prochaines étapes à entreprendre. Les communautés rurales constituent une population sur laquelle il semble intéressant de se pencher et nécessiteront que le personnel de santé communautaire et les officiers médicaux de leur commune reçoivent une formation spécifique en dermatologie, probablement en incorporant de la dermatologie dans le programme d'un nouveau master en médecine de famille, éventuellement accompagné de télédermatologie.

Nous étudierons également des manières de fournir une formation spécialisée au personnel infirmier du Myanmar en collaboration avec le British Dermatology Nursing Group (BDNG), et de travailler étroitement avec la British Association of Dermatologists (BAD) afin d'examiner la possibilité de développer une formation et un programme de dermatologie conjoints Royaume-Uni/Myanmar. Une autre opportunité est que la BSI devienne membre de la Myanmar UK Health Alliance dirigée par le docteur Thinn Thinn Hlaing (directrice régionale du Tropical Health Education Trust (THET)). L'objectif ultime de la BSI est la création d'un centre de formation dermatologique régional (RDTC) au Myanmar qui garantira la qualité des formations en dermatologie de services cliniques et de recherche en Asie du Sud-Est.

Résumé et messages clés

Le système de santé du Myanmar est classé comme l'un des plus précoces au monde par l'OMS avec un très mauvais accès aux soins dermatologiques. Avec toutes les difficultés auxquelles est confronté ce pays en matière de dermatologie, le Myanmar offre à la communauté internationale une multitude d'opportunités de contribuer au développement de l'éducation, de la recherche et de services cliniques, et ce en établissant, en collaboration avec la communauté dermatologique birmane, les bases du secteur de la dermatologie d'une manière viable. C'est dans cet objectif qu'a été créée la BSI. Peut-être ne s'agit-il que des prémices d'un long projet, mais celui-ci vaut certainement la peine d'être lancé, principalement pour aider les populations défavorisées du Myanmar. Par le biais de son travail collaboratif avec ses partenaires, qu'il s'agisse d'acteurs du secteur ou d'ONG telles que la MAM, ou de la communauté dermatologique internationale, la BSI aspire à faciliter les liens entre la communauté dermatologique du Myanmar et le monde extérieur et à développer des opportunités d'accès à une éducation, des travaux de recherche et des formations cliniques de classe mondiale, et ce de manière viable. L'objectif est qu'un jour le Myanmar dispose d'un d'une offre de soins dermatologiques de première classe pour l'ensemble de sa population.

Références

1. Tandon A, Murray CJL, Lauer JA *et al.* 1997. Measuring overall health system performance for 191 countries. GPE Discussion Paper Series No. 30. EIP/GPE/EOC World Health Organisation.
2. Profil de pays de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Myanmar : <https://www.who.int/countries/mmr/en/>
3. Profil du financement du système de soins de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Thaïlande, 2017.
4. Office for National Statistics. Dépenses dans le domaine de la santé, comptes du système de la santé du Royaume-Uni : 2017.
5. Hay RJ, Johns NE, Williams HC *et al.* The Global Burden of Skin Disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* 2014 ; 134:1527-34.
6. Griffiths CEM. Refugee skin health in Lebanon: an interview with Professor Chris Griffiths. *Community Skin Health* 2019 ; 15:2-3.
7. Aoki V, Rivitti EA, Diaz LA *et al.* Update on fogo selvagem, an endemic form of pemphigus foliaceus. *J Dermatol* 2015 ; 42:18-26.

QUIZ

Deepani Munidasa

Dermatologue-experte, Anuradhapura Teaching Hospital, Sri Lanka. E-mail : deepanimunidasa@yahoo.com.

CAS 1

M. A, homme sri-lankais âgé de 45 ans, présentait une zone indurée de papules sous-cutanées, nodules et abcès de petite taille sur le côté gauche de son abdomen depuis 8 mois (Figure 1). Certains avaient déjà formé des sinus, avec un écoulement de pus accompagné de granules jaunâtres.

Il était en parfaite santé, travaillait comme employé de bureau et aimait jardiner pendant son temps libre.

Son hémogramme, son bilan hépatique, sa radio du thorax et son échographie de l'abdomen étaient normaux. Une biopsie de la peau a été réalisée (Figure 2). La culture de la matière purulente a produit un staphylocoque doré.



Fig 1.

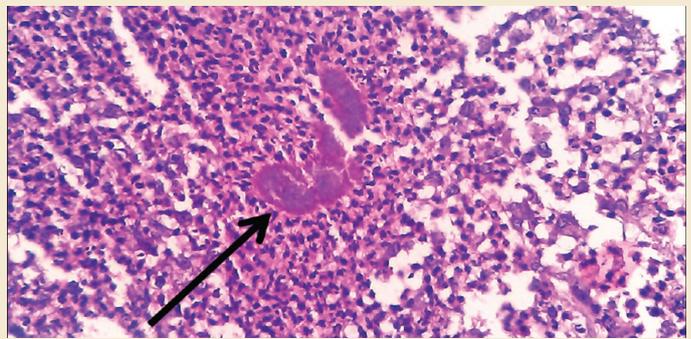


Fig 2.

Quel est le diagnostic ?

- a) Eumycétome
- b) Sarcôïdose
- c) Tuberculose cutanée
- d) Botryomyose cutanée
- e) Pyomyosite

CAS 2

Une enseignante âgée de 35 ans originaire d'Anuradhapura, au Sri Lanka présentait une éruption photosensible récurrente de papules la démangeant sur les bras (Figure 1). L'application de corticostéroïdes topiques et d'une protection solaire à large spectre semblait n'avoir qu'un effet temporaire.

L'examen physique a également révélé un nodule asymptomatique ulcéré de la couleur de la peau sur le coude droit (Image 2). Des frottis cutanés ont été réalisés sur le nodule afin d'être examinés par microscopie.



Fig 1.



Fig 2.

Quel est le diagnostic clinique ?

- a) Lupus cutané subaigu
- b) Dermatite herpétiforme
- c) Molluscum géant avec immunodéficiência
- d) Leishmaniose cutanée
- e) Phytophotodermatose

Réponses en page 11.

Jill Brooks

Chargée de recherche invitée, Département des sciences infirmières, université de Bournemouth, Royaume-Uni. jb284@btinternet.com

Mots clés : soin des plaies, barrière cutanée, brûlures, ulcération de la peau, pansements, antiseptiques, régions à faibles ressources

Résumé

L'objectif du traitement des plaies est de minimiser le risque d'infection, de promouvoir une guérison optimale, de réduire la douleur et la gêne, de minimiser la perte de fonctions et d'optimiser les résultats cosmétiques.

Cet article fournit des informations sur l'évaluation de la santé générale du patient ainsi que l'évaluation de la plaie, les deux étant essentielles afin de parvenir à une guérison optimale de la plaie. Les pansements et les applications topiques indiqués sont peu onéreux et généralement accessibles.

Introduction

La peau est essentielle à la vie. Elle revêt de nombreuses fonctions, mais constitue avant tout une barrière protectrice contre les blessures mécaniques, thermiques et physiques et contre les agents infectieux tels que virus et bactéries. Elle permet également de limiter les pertes en eau. Lorsque la peau est endommagée, ces fonctions vitales sont compromises, et il est donc essentiel de guérir au plus vite toute plaie.

Ces dernières peuvent entraîner différents degrés de douleur selon leur origine, leur emplacement, leur profondeur et leur étendue. Une peau endommagée, particulièrement sur des zones visibles telles que le visage, peut également avoir un impact psychologique.

Dans les pays à ressources limitées, le traitement des plaies peut être difficile en raison du manque actuel de connaissances, de médicaments et d'équipement. Selon une étude ghanéenne, le manque d'hygiène et de soins des plaies constitue une cause majeure de détérioration des plaies, en plus de l'absence d'identification d'affections sous-jacentes aggravantes¹.

MÉTHODE

Évaluation du patient

Il est extrêmement important d'évaluer la santé générale du patient afin de déterminer tout facteur qui pourrait avoir une influence sur la capacité de guérison de la plaie et d'administrer un traitement prophylactique si nécessaire. Par exemple :

- **Le contrôle de la douleur** n'est parfois perçu comme un élément important du traitement des plaies, et pourtant la douleur empêche leur guérison en raison de la production d'hormones du stress qui retardent la réaction inflammatoire et donc la guérison. La douleur nuit également à la qualité de vie du patient, entraîne une perte d'appétit et un manque de sommeil, ce qui aggrave encore le stress.
- **Maladies sous-jacentes** : l'anémie, par exemple, retarde la guérison de la plaie en raison de son impact sur l'oxygénation des tissus. Le diabète est l'un des plus fréquents facteurs négatifs nuisant à la guérison des plaies.
- **La nutrition** joue un rôle essentiel dans la guérison d'une plaie. Puisque les plaies créent une activité métabolique élevée chez les patients, il est important que ces derniers reçoivent une quantité adéquate de calories afin d'équilibrer le bilan nutritionnel et d'éviter une malnutrition. Ce n'est pas la quantité mais la qualité des aliments qui importe. Il a été prouvé que les régimes riches en protéines et en vitamine C favorisent la guérison des plaies.

- **Fumer** diminue l'oxygénation des tissus et retarde la guérison de la plaie.
- **Les médicaments** peuvent parfois affecter la guérison de la plaie. La warfarine, par exemple, un anticoagulant, peut favoriser le saignement de la plaie.

Évaluation de la plaie

L'évaluation de la plaie doit être systématiquement réalisée et doit être consignée initialement et à intervalles fréquents afin de déterminer si la guérison de la plaie est conforme aux prévisions et de tenir lieu de référence pour d'autres cliniciens qui pourraient s'occuper de la plaie. L'évaluation doit comprendre :

- La **cause** de la plaie, comme un choc, une pression, une opération chirurgicale, une brûlure ou du diabète. Si la plaie a été contaminée avec de la terre, il peut être nécessaire d'administrer de l'anatoxine tétanique (vaccin). Si la plaie provient d'une morsure par un animal enragé, il peut être nécessaire d'administrer un vaccin/un sérum antirabique. Les brûlures entraînent une perte de fluides corporels qui doivent être remplacés par une hydratation par voie orale ou intraveineuse.
- La **taille** de la plaie, y compris sa profondeur.
- La quantité et le type d'**exsudat**. Un exsudat normal est fluide et de couleur pâle. S'il est épais, coloré ou odorant, il est infecté.
- L'état de la **peau environnante**. Un exsudat trop abondant entraîne une macération de la peau environnante, ce qui conduit à une lésion cutanée.
- L'état des **berges de la plaie**. Des berges surélevées peuvent être un signe de malignité et des berges basses peuvent indiquer un ulcère de Buruli.
- Le **type** de plaie (figures 1 à 6) :

Brûlures

Les brûlures sont des dommages causés à la peau et aux tissus profonds par un contact avec du feu (tel celui utilisé en cuisine), de la chaleur, de l'électricité, des radiations ou des produits chimiques caustiques. Les brûlures sont classées en fonction de la profondeur et de l'étendue des dommages causés à la peau (images 7 à 9).



Fig 1. Plaie nécrosée – caractérisée par un tissu nécrosé noir/gris.



Fig 2. Plaie nécrosée : mélange de globules blancs morts, de bactéries mortes, de tissu nécrosé et fibreux.



Fig 3. Plaie nécrosée : mélange de globules blancs morts, de bactéries mortes, de tissu nécrosé et fibreux.



Fig 4. Plaie bourgeonnante : caractérisée par un tissu rose/mauve pâle.



Fig 5. Plaie épidermée : nouveau tissu rose.



Fig 6. Plaie maligne : comprend souvent des berges élevées, saigne facilement et émet une odeur nauséabonde caractéristique d'une infection ou d'une colonisation par des bactéries.

Une même plaie peut également comprendre différents types de plaies, comme le montrent les images 1 à 5. Dans ce cas, le pourcentage de chaque type doit être documenté, tel que 80 % bourgeonnante

La règle des neuf (figure 10) doit être utilisée afin de déterminer rapidement quelle portion de la surface corporelle d'un patient a été brûlée. La règle s'applique uniquement pour les brûlures au deuxième et troisième degré. Pour les années après l'âge d'un an, ajoutez 0,5 % à chaque jambe et retirez 1 % de la tête pour chaque année au-dessus de un an. Cette formule doit être utilisée jusqu'à ce que la règle des neuf



Fig 7. Brûlure au premier degré. La peau est rouge et douloureuse et sensible au toucher. La peau endommagée peut être légèrement humide en raison d'un écoulement de fluide dans les couches profondes de la peau.



Fig 8. Brûlure au deuxième degré. Le dommage est plus profond et des ampoules apparaissent généralement sur la peau qui est très douloureuse et sensible.

Fig 9. Brûlure au troisième degré. Les tissus de toutes les couches cutanées sont morts. Il n'y a généralement pas d'ampoules. La surface brûlée peut paraître normale, blanche, noire (calcinée) ou rouge en raison du sang présent au fond de la plaie. Lorsque des nerfs sensoriels dans la peau sont endommagés, il est possible que des brûlures au troisième degré soient indolores car il n'existe aucune sensation sur la peau brûlée. Il est généralement nécessaire de réaliser une greffe de peau pour les brûlures au troisième degré étendues.



soit atteinte. Un enfant de cinq ans par exemple recevrait +2 % pour chaque jambe et -4 % pour la tête.

La plupart des brûlures au deuxième ou troisième degré entraînent un certain niveau de cicatrices. Celles-ci peuvent être limitées en ayant recours à une physiothérapie précoce. Cela aide à maintenir la souplesse des muscles et des articulations des membres brûlés et l'étirement de la zone de la cicatrice afin d'éviter une contracture épaisse, dure et tendue.

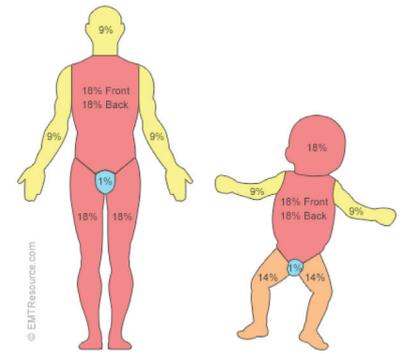


Fig 10. Règle des neuf chez un adulte et un enfant.

Nettoyage et pansement de la plaie pour optimiser la guérison de la plaie

Les pansements doivent être stériles. Ceci est souvent réalisé par autoclave (figure 11). Des instruments stériles doivent être utilisés pour retirer les pansements du tambour. Lorsque l'autoclave n'est pas utilisé, les couvercles du tambour doivent être bien fermés afin d'éviter que de la poussière ou des insectes n'y rentrent.

Procédure de réalisation de pansements

Administrez un analgésique au patient, si nécessaire, avant de réaliser le pansement. Nettoyez le chariot à pansements ou préparez une zone stérile ou propre ainsi qu'un récipient pour jeter les pansements. Lavez-vous les mains minutieusement avec de l'eau savonneuse pendant au moins 20 secondes, rincez-les bien à l'eau courante



Fig 11. Tambours d'autoclave dans un hôpital ougandais.

propre, séchez-les avec une serviette propre ou laissez-les sécher à l'air libre. Portez des gants stériles.

Nettoyez la plaie afin de minimiser tout traumatisme lors du retrait des matériaux adhésifs du pansement, retirez tout débris et réhydratez la plaie afin de maintenir l'humidité de l'environnement. Dans les pays occidentaux, les plaies sont généralement nettoyées à l'eau potable²; cependant 42 % des établissements de soins en Afrique n'ont pas accès à de l'eau salubre³ et il pourrait en être de même dans d'autres régions à faibles ressources. Une alternative raisonnable peut être de faire bouillir puis refroidir de l'eau.

En cas d'absence d'eau potable, utilisez de la lotion conformément aux réglementations de votre hôpital ou clinique. Il est préférable d'éviter l'utilisation de produits antiseptiques non dilués tels que la povidone iodée et le gluconate de chlorhexidine en raison de leur effet

Suite au verso...

néfaste sur la guérison des plaies. Selon mon expérience, les produits de nettoyage de plaie couramment utilisés dans les pays à faibles ressources sont les suivants :

- Solution saline stérile 0,9%
- Liquide antiseptique Savlon (Cetrimide 3,0 % p/v et Gluconate de Chlorhexidine 0,3 % p/v). Une dilution 1/20 est parfois utilisée pour nettoyer les plaies.
- La povidone iodée 10 % (Betadine) nécessite de changer le pansement au moins une fois par jour. Elle est donc recommandée pour les plaies infectées à faibles niveaux d'exsudat ou pour les plaies nécessitant des changements de pansements fréquents. Selon les conclusions provenant d'essais cliniques, l'iode n'a pas un effet inférieur à celui d'autres agents antiseptiques et ne nuit pas à la guérison de la plaie⁴.
- Il est possible d'utiliser du peroxyde d'hydrogène 3 % dilué de moitié sur les plaies infectées. La peau environnante doit être protégée en appliquant de la paraffine blanche. Il n'est pas recommandé pour l'irrigation des plaies profondes ou dans les cavités corporelles, des cas d'embolies gazeuses ayant été signalés⁵. Il est aujourd'hui rarement utilisé dans les pays occidentaux pour nettoyer les plaies.

Nettoyer délicatement la plaie de l'intérieur vers l'extérieur avec du coton hydrophile stérile, en vous assurant de jeter le coton après chaque passage sur la plaie. Cette procédure vise à éviter que des bactéries nuisibles présentes sur la peau ne pénètrent dans la plaie et à retirer tout exsudat de la plaie qui pourrait se trouver sur la peau entourant cette dernière. Irriguer délicatement la plaie avec une seringue si elle est profonde.

Les pansements doivent maintenir la plaie humide mais pas mouillée. Dans les pays à faibles ressources de la gaze stérile est souvent appliquée directement sur les plaies mais peut causer de la douleur et un traumatisme à moins qu'elle ne soit retirée avec précaution. Dans le cas de plaies à exsudat élevé, un rembourrage de coton hydrophile est appliqué au-dessus de la gaze. Il est nécessaire de retirer le tissu nécrosé noir durci pour que la plaie puisse guérir. Ceci peut être réalisé en utilisant des pansements humides ou par débridement chirurgical.

Il est généralement suffisant de changer les pansements tous les 2 à 3 jours. Dans le cas de plaies fortement infectées ou à exsudat élevé, telles les brûlures, il peut être nécessaire de les changer une ou trois fois par jour. Au fur et à mesure de la guérison de la plaie, l'exsudat diminue et la fréquence de changement des pansements peut être réduite.

Pansements pour brûlures et plaies infectées

Les produits ci-dessous peuvent être utilisés directement sur la plaie et recouverts d'une gaze stérile et, si nécessaire, de coton hydrophile pour absorber l'exsudat :

- **Gaze vaseline.** Elle peut adhérer à la plaie si elle n'est pas changée fréquemment, provoquant ainsi douleur et traumatismes à tout nouveau tissu lorsqu'elle est retirée. Elle ne possède pas de propriétés antimicrobiennes. Elle n'est pas recommandée pour les brûlures.
- **Sulfadiazine argentique.** Il s'agit du traitement le plus couramment utilisé pour la prévention des infections chez les patients présentant des plaies de brûlures. Elle peut être utilisée sous une gaze vaseline, évitant ainsi une infection et facilitant le retrait⁶. Elle doit être appliquée en couche de 1,6 millimètre une ou deux fois par jour. Elle ne doit pas être utilisée chez les prématurés, chez tout enfant de moins de 2 mois ou vers la fin d'une grossesse.
- **Miel.** Il est antibactérien et antifongique. Il est recommandé d'utiliser du miel médical car le miel brut peut comporter des

bactéries nuisibles telles que le *Clostridium botulinum*, ce qui est rare mais susceptible de se produire lorsque les spores pénètrent dans une plaie ouverte et parviennent à se reproduire dans un environnement d'anaérobiose⁷. Le miel n'adhère pas à la plaie, ce qui le rend particulièrement utile pour les brûlures. Pour faciliter son application, il est généralement appliqué en premier au pansement (figure 12). Une plaie de

10 cm x 10 cm nécessite généralement 20 ml de miel afin de garantir une couche de miel de 1 à 2 cm d'épaisseur. Il peut être nécessaire d'utiliser beaucoup plus de miel pour les plaies plus profondes et/ou les plaies à exsudat élevé. Remplissez les sinus ou les cavités des plaies de miel uniquement si vous êtes sûr qu'ils ne sont pas reliés à d'autres structures du corps. Assurez-vous que le pansement couvert de miel est en contact avec l'intégralité de la plaie et s'étend au moins 0,5 cm au-delà des berges de la plaie. Recouvrez le pansement de gaze et d'un rembourrage. Maintenez le pansement en place avec un bandage ou un adhésif. Évitez d'utiliser trop d'adhésif afin d'éviter d'endommager la peau lors du retrait. Il peut être nécessaire de changer les pansements fréquemment si l'exsudat est élevé.

L'utilisation de gaze trempée dans de l'acide acétique (vinaigre) 0,5 % - 5 % puis appliquée chaque jour pendant dix minutes sur des plaies infectées à *Pseudomonas aeruginosa*⁸ s'est avérée fructueuse.

Conclusion

Afin de parvenir à la guérison optimale de la plaie, il est important d'évaluer et de documenter la santé générale du patient et d'aborder tout problème de santé avant d'évaluer et de documenter l'état de la plaie. Réévaluer à intervalles réguliers le patient et la plaie et modifier le traitement si nécessaire. Les pansements doivent être changés régulièrement afin que les plaies soient humides mais pas mouillées. L'administration adéquate d'analgésiques est importante.

Références

1. Addison NO, Pfaou Set al. Assessing and managing wounds of Buruli ulcer patients at the primary and secondary health care levels in Ghana 2017; *PLoS Negl Trop Dis*. Fév 2017; **11(2)**: e0005331. Publié en ligne le 28 février 2017.
2. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. (1). Art. No.: CD003861. DOI: 10.1002/14651858.CD003861.pub2.
3. OMS/UNICEF. 2015 http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/.
4. Vermeulen H, Westerbos SJ et al. Benefit and harm of iodine in wound care: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*. 2010; **76**:191-9.
5. Sleigh J W, Linter SP. Hazards of hydrogen peroxide. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 14 décembre 1985; **291(6510)**: 1706. doi: 10.1136/bmj.291.6510.1706.
6. Heyneman A, Hoeksema H et al. The role of silver sulphadiazine in the conservative treatment of partial thickness burn wounds. *A Systematic Review. Burns*. 2016; pages 1377-1386.
7. Fiche d'information sur le botulisme de l'OMS, 10 janvier 2018; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/botulism>, 13, p. 410-415
8. Nagoba BS, Selkar SP, Wadher BJ, Gandhi RC. Acetic acid treatment of pseudomonal wound infections - A review. *Journal of Infection and Public Health* 2013; **6**:410-5.



Fig 12. Miel médical en tube appliqué sur un pansement en gaze en Éthiopie

Remerciements chaleureux du Comité de rédaction de Community Skin Health

Le Comité de rédaction de CSH souhaite exprimer sa plus sincère gratitude pour le travail de traduction réalisé pour le Community Skin Health journal.

Le CSH peut compter sur une équipe dévouée de dermatologues très compétents parlant couramment français, espagnol et chinois simplifié qui révisent chaque traduction du journal avant sa publication. Nous leur sommes excessivement reconnaissants pour le temps qu'ils y consacrent, ainsi que pour leur contribution et leur expertise.

Nous sommes extrêmement ravis de savoir que le journal est désormais traduit dans chacune de ces langues. Cela signifie que le nombre de lecteurs ayant accès au CHS et à travers le globe est désormais plus élevé que jamais.

GLODERM

International Alliance for Global Health Dermatology

Imaginez un monde où chaque individu, quel que soit son origine, aurait l'opportunité d'avoir une peau saine. Sa mission est de promouvoir la santé de la peau à travers le monde par le biais d'une amélioration de l'accès aux soins, aux formations, à la sensibilisation, au développement de capacités, aux soins cliniques et à la recherche. Son objectif est d'accroître la sensibilisation aux soins dermatologiques en faveur du bien-être général des communautés et de réduire le fardeau des maladies de la peau communes et négligées.

Pour plus d'informations, veuillez contacter <https://gloderm.org/about-gloderm/>

Docteur Sam Gibbs FRCP, DTM&H

C'est avec une grande tristesse que nous avons le regret d'annoncer le décès de Sam Gibbs, membre actif de notre Comité de rédaction pendant de nombreuses années.



Après avoir travaillé pendant 7 ans en Tanzanie, Sam a travaillé comme dermatologue-expert à Ipswich puis, plus récemment, à Swindon, au Royaume-Uni. Il a occupé le poste de rédacteur pour la section dermatologie des Cochrane Reviews. Sa propre étude scientifique sur les traitements des verrues virales, qui a démontré que le nitrogène liquide n'apportait aucun avantage majeur en comparaison aux thérapies topiques, a eu une grande influence sur les pratiques cliniques. En plus de ses prouesses académiques, Sam était un médecin doué, qui avait une forte compassion pour ses patients et s'efforçait de mettre en pratique sa foi chrétienne. Il s'inquiétait du fait que la médecine moderne, malgré tous ses avantages technologiques, court le risque de devenir impersonnelle et craignait que l'art de la médecine ne se perde¹. Sam est décédé paisiblement à son domicile entouré de sa famille. C'est un ami cher qui nous a quittés.

1. Gibbs S. Losing touch with the healing art: Dermatology and the decline of pastoral doctoring. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 43:875-8.

L'*Atlas of Basic Dermatology*, par Roberto A Estrada Castañón, Maria de Guadalupe Chávez López et Guadalupe Estrada Chávez, est désormais disponible en anglais en cliquant sur le lien suivant : <http://dermatologiacomunitaria.org.mx/projects.html>

CAS 1 - Réponse

d) Botryomycose cutanée

La botryomycose cutanée est une maladie rare dont le nom prête à confusion. Il s'agit d'une réponse inflammatoire chronique à une infection bactérienne (*Staphylocoque doré*, *Pseudomonas aeruginosa* etc.) plutôt qu'à une infection fongique. Bien que souvent limitée à la peau, la botryomycose affecte en de rares occasions les muscles, les os et les organes internes lorsqu'elle s'accompagne d'une immunodéficience sous-jacente. Les cas présentent souvent des antécédents de traumatismes.

Le diagnostic requiert un niveau élevé de suspicion clinique, suivi d'une preuve par culture/microscopie de la croissance des bactéries. L'examen histologique des granules jaunes de la botryomycose montre l'existence de blocs de bactéries entourés d'une matrice à éosinophiles élevés avec des projections de forme caractéristique (H&E). Ce type d'apparence est appelé le phénomène Splendore-Hoeppli.

Le traitement de la botryomycose repose sur des antibiotiques systémiques dépendant de la culture et de la sensibilité. Il peut être nécessaire de procéder à un débridement chirurgical.

M. A a été traité pendant 8 semaines par du triméthoprime-sulfaméthoxazole par voie orale, traitement qui a conduit à une disparition complète de l'affection.



CAS 2 - Réponse

d) Leishmaniose cutanée

La leishmaniose est une maladie parasitaire vectorielle affectant la peau, les muqueuses ou les organes internes, selon les espèces de parasites. Sa forme cutanée, maladie endémique dans plus de 70 pays, est présente au Sri Lanka, causée par l'espèce *Leishmania donovani* mon 37. On considère que les mouches des sables, ou phlébotomes, en sont le vecteur.

La leishmaniose cutanée se présente souvent comme un nodule cutané asymptomatique, une plaque consolidée ou un ulcère ne guérissant pas sur des zones exposées du corps. Les membranes muqueuses peuvent être affectées. Puisqu'il n'existe ni douleur ni démangeaisons, il est possible que les patients ne remarquent pas la présence de lésions cutanées. Dans certains cas une photosensibilisation accompagne l'infection et disparaît en même temps que la leishmaniose. Des frottis cutanés et des biopsies de la peau montrent la présence du parasite dans le tissu, confirmant de ce fait le diagnostic clinique.

Les antimonies intralésionnels (stibogluconate de sodium) demeurent l'élément de base du traitement de la leishmaniose cutanée au Sri Lanka. Paromomycine topique, cryothérapie et thermothérapie ont également été utilisées. Bien que la leishmaniose cutanée simple puisse guérir de manière spontanée, un traitement est souvent recommandé afin de minimiser les cicatrices.



Rédacteurs

Chris Lovell (Royaume-Uni)
Michele Murdoch (Royaume-Uni)

Rédacteur-fondateur

Paul Buxton (Royaume-Uni)

Secrétaire de rédaction

Secrétariat ILDS

Comité de rédaction

Ayesha Akinkugbe (Nigéria)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Jean Bologna (États-Unis)
Paul Buxton (Royaume-Uni)
Isabel Casas (Argentine)
Steven Ersser (Royaume-Uni)
Guadalupe Estrada (Mexique)
Claire Fuller (Royaume-Uni)
Chris Griffiths (Royaume-Uni)

Henning Grossman (Allemagne)
Rod Hay (Royaume-Uni)
Sarah Hogan (Royaume-Uni)
Arjan Hogewoning (Pays-Bas)
Vineet Kaur (Inde)
Chris Lovell (Royaume-Uni)
Harvey Lui (Canada)
John Masenga (Tanzanie)
Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)
Anisa Mosam (Afrique du Sud)

Kelvin Mponda (Malawi)
Michele Murdoch (Royaume-Uni)
Ben Naafs (Pays-Bas)
Rebecca Penzer-Hick (Royaume-Uni)
Rune Philemon (Tanzanie)
Terence Ryan (Royaume-Uni)
Mafalda Soto (Espagne)
Gail Todd (Afrique du Sud)
Shyam Verma (Inde)
Steve Walker (Royaume-Uni)

Comment recevoir le journal Community Skin Health

Le journal Community Skin Health (CHS) est disponible en format numérique et papier. Vous pouvez vous abonner **gratuitement** à la version numérique ou papier en visitant : www.ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal

Vous pouvez également télécharger l'appli CSH pour votre téléphone ou tablette pour Android & iOS.

Écrire un article

Si vous êtes intéressé par les soins dermatologiques, le CSH présente une excellente occasion de partager votre expérience en envoyant des articles, des rapports et des lettres. Vous pouvez consulter les recommandations aux auteurs sur le site internet de CSH.

Veuillez envoyer votre soumission par e-mail à CSH@ILDS.org ou par courrier à Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, Royaume-Uni.

Copyright

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 ou des auteurs et de Community Skin Health.

Éditeur

Community Skin Health est publié par l'International League of Dermatological Societies (ILDS) en tant que journal officiel de l'International Foundation for Dermatology (IFD) www.ILDS.org

Décharge de responsabilité

La société d'édition, l'International League of Dermatological Societies et les éditeurs ne pourront en aucun cas être tenus responsables d'erreurs ou de conséquences provenant de l'utilisation d'informations contenues dans le journal. Les avis et les opinions exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de la société d'édition, de l'International League of Dermatological Societies et des éditeurs, pas plus que les publicités ne représentent une approbation de leur objet par la société d'édition, l'International League of Dermatological Societies et les éditeurs.

Devenez un ami du CSH

Pour seulement 5 \$, 5 £ ou 5 € par mois, vous pouvez devenir un ami du CSH. Votre don régulier nous permettra d'envoyer plus de 10 000 exemplaires du journal à des professionnels de la santé à travers le monde.

Pour en savoir plus sur la manière de devenir un ami du CSH, veuillez envoyer un e-mail à

CSH@ILDS.org



Si vous faites des achats en ligne, vous pouvez soutenir financièrement le journal sans qu'il ne vous en coûte un centime. Plusieurs grands détaillants effectueront un don en fonction du montant que vous dépensez.

www.easyfundraising.org.uk



Initialement fondée en 1935, l'International League of Dermatological Societies (ILDS) promeut la santé de la peau à travers le monde depuis plus de 80 ans. L'entité qui la précédait avait débuté ses activités en 1889 en tant que premier d'une série de nombreux Congrès mondiaux de dermatologie. Aujourd'hui, l'ILDS représente la dermatologie au plus haut niveau, avec plus de 170 membres originaires de plus de 80 pays. Nous représentons plus de 200 000 dermatologues.

L'International Foundation for Dermatology (IFD) a été créée en 1987 afin de poursuivre les activités de santé dermatologique de l'ILDS à l'échelle mondiale. Aujourd'hui, l'IFD soutient des projets en Afrique, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. Le CSH est le journal officiel de l'IFD.



Partenaire de l'HIFA
Health information for All

Promoting global
Community Skin Health
through education