

La COVID-19 fait entrer l'Enseignement Postuniversitaire International en Dermatologie dans une Nouvelle Ère

Janice Yeon^{1,2}, Mecuisela Tuicakau^{3,4}, Emily Welch^{5,6}, Odille Chang³, Samuel Zagarella², Margot J Whitfeld^{1,5†}

¹The Skin Hospital, NSW, Australie, ²University of Sydney, Medical School, Australie

³Ministry of Health and Medical Services, Suva, Fiji, ⁴Fiji National University, Fidji,

⁵St. Vincent's Hospital, NSW, Australie, ⁶East Surrey Hospital, Surrey, R-U

[†]Auteur principal : mwhitfeld@stltderm.com.au

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots Clés : COVID-19, éducation, dermatologie, diplôme, partenariat international

Résumé

En 2016, le développement de cursus pour un Diplôme en Dermatologie et d'un Master de Médecine en Dermatologie pour les Iles du Pacifique a été entamé afin de lutter contre l'expansion des problèmes sanitaires liés à la peau aux Fidji et dans le reste du Pacifique. Le Pacific Dermatology Training Centre a été établi au sein du complexe hospitalier de Tamavua Twomey Hospital, à Suva (Fidji) et le Postgraduate Diploma in Dermatology (PGDD) a été ratifié par le Fiji National University (FNU) Senate en 2018 et lancé en 2019 avec quatre étudiants. Des dermatologues étrangers ont été inclus dans ces cursus afin de soutenir l'unique dermatologue existant aux Fidji, le Dr Tuicakau, et d'offrir un enseignement plus complet.

En 2020, le système éducatif a été fortement impacté par l'éruption de la pandémie de COVID-19. Le cursus a été adapté afin de surmonter les barrières physiques créées par les fermetures de frontières et l'enseignement en ligne par le biais d'outils de vidéoconférence tels que Zoom a été lancé afin de permettre à des dermatologues internationaux d'offrir en ligne des cours cliniques et théoriques de dermatologie. Cette nouvelle méthode d'enseignement a constitué un défi pour le PGDD aux Fidji qui se trouvent confrontées à une infrastructure limitée, à une augmentation de la charge de travail et la nécessité d'augmenter les qualifications des employés dans le domaine électronique. Malgré ces défis, le programme est parvenu à se développer et plus de 20 conférenciers internationaux devaient enseigner aux étudiants courant 2020.

Fig. 1. Journée d'ouverture officielle du Pacific Dermatology Training Centre en présence du Directeur, Dr Mecuisela Tuicakau, ainsi que du Dr Margot Whitfeld, Directrice de Pacific Dermatology Ltd (Aust)



Contenu

13 La COVID-19 fait entrer l'Enseignement Postuniversitaire International en Dermatologie dans une nouvelle ère

Janice Yeon, Mecuisela Tuicakau, Emily Welch, Odille Chang, Samuel Zagarella et Margot J Whitfeld

16 QUIZ

Deepani Munidasa

17 Maladies cutanées auto-immunes en Afrique subsaharienne : expérience en Éthiopie et au Sud-Soudan et étude de leur prévalence

Federica Dassoni, Workalemahu Alemu, Aldo Morrone et Bernard Naafs

25 Étude des infections fongiques superficielles dans le Chhattisgarh (Inde) : un bref compte-rendu

Daniel Henry et David Henry

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 le dernier numéro sur votre téléphone.



Nous vous rappelons que nous aimerions savoir ce que vous pensez du journal. Vos commentaires sont importants pour nous.

Veuillez vous rendre sur la page : <https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation>

La COVID-19 fait entrer l'Enseignement Postuniversitaire International en Dermatologie dans une nouvelle ère...suite

Introduction

Les maladies cutanées constituent un problème sanitaire de plus en plus important aux Fidji et dans le reste du Pacifique. Afin de lutter contre ce problème, des cursus pour un Diplôme en Dermatologie et un Master de Médecine en Dermatologie ont été lancés pour les Iles du Pacifique en 2016. Il existe un seul dermatologue spécialisé aux Fidji, et aucun cursus de formation régional permettant à d'autres individus d'être formés pour cette profession. Afin d'élargir le fondement éducatif de ce cursus, ce dernier incluait des dermatologues étrangers se déplaçant aux Fidji pour offrir des enseignements en milieu clinique et en personne.

Fin décembre 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé a été informée de l'apparition d'une maladie respiratoire dans la ville de Wuhan, en Chine. L'origine était un nouveau coronavirus identifié comme SARS-COV-2 (communément appelé coronavirus (COVID-19)).¹ Le 19 mars 2020, les Fidji ont confirmé leur premier cas de COVID-19 et ont lancé des mesures progressives afin de contrôler la propagation, en arrivant finalement de fermer leurs frontières et d'interdire tout déplacement international. Au 5 novembre 2020, les Fidji avaient enregistré 34 cas, dont seulement 2 décès, et connu 200 jours sans transmission intracommunautaire de la COVID-19.² Le gouvernement fidjien s'est récemment engagé à mettre en place un plan de relance lié à la COVID-19 d'1 milliard FJD et 40 millions FJD supplémentaires ont été affectés au secteur de la santé en réponse à la COVID-19.³

Selon l'UNESCO, les fermetures nationales d'établissements scolaires ont touché presque 60 % de la population estudiantine mondiale.⁴ Un programme d'enseignement supérieur fraîchement lancé, comportant un partenariat international, suivant un modèle d'enseignement en personne pourrait-il se poursuivre aux Fidji ? Dans ce rapport nous discuterons de la réponse qu'un « Programme de Diplôme Postuniversitaire en Dermatologie aux Fidji » a apporté face à la crise de la COVID-19.

Contexte

En 2016, une étude de faisabilité a été lancée concernant le développement d'un programme de Formation Postuniversitaire en Dermatologie, et ce dans le but initial de développer un cursus de Postgraduate Diploma In Dermatology (PGDD) ainsi qu'un cursus de Master de Médecine en Dermatologie (MMed (Derm)) pour les Iles Pacifiques. En 2017 et 2018, des rénovations de la clinique ambulatoire ont été entamées et le développement du programme a commencé. Le Pacific Dermatology Training Centre a alors été établi comme le centre de formation dermatologique au sein du complexe hospitalier du Tamavua Twomey Hospital, comprenant le service « National Skin Disease Referral; Unit », et le PGDD a été approuvé par le Fiji National University (FNU) Senate. En 2019, le programme de 4 ans de Master de Médecine en Dermatologie a été approuvé par le FNU senate et offert aux détenteurs du Diploma of Dermatology souhaitant poursuivre 3 ans d'études supplémentaires, y compris une période passée à l'étranger au cours de la troisième année.

Le cursus du diplôme a débuté en février 2019

Grâce à une collaboration entre le Dr Mecuisela Tuicakau, le Dr Margot Whitfeld (Fig. 1), le Fiji Ministry of Health and Medical Services et le FNU, le PGDD a été lancé en 2019 avec quatre étudiants provenant des Fidji, un de Kiribati et un de Samoa. Ils ont tous réussi leur année (Fig. 2). Le Dr Tuicakau, le Directeur du cursus et l'unique dermatologue aux Fidji, était en charge des étudiants en clinique et d'un grand nombre des conférences cliniques. Afin de secondar les aptitudes à l'enseignement clinique et académique du Dr Tuicakau, des dermatologues étrangers ont été intégrés dans le cursus. Six dermatologues australiens possédant une expérience dans



Fig 2. Promotion 2019 - Diploma of Dermatology. (De gauche à droite : Dr Helena Va'a Fuiamaono, de Samoa, Dr Temea Kibae Bauro, de Kiribati, Dr Upendra Singh et Vinila Swarmy, de Fiji)

l'enseignement en hôpital tertiaire se sont rendus à Suva (Fidji) pendant une semaine afin d'offrir un enseignement dans des consultations ainsi que des conférences. Les examens de dernière année ont eu lieu à Suva sous la tutelle d'examineurs australiens et fidjiens.

En 2020, le PGDD a à nouveau été offert, avec trois étudiants inscrits, deux docteurs des Fidji et un docteur de Papouasie Nouvelle-Guinée (PNG) (Fig. 3), et deux dermatologues australiens sont venus aux côtés du Dr Tuicakau pour dispenser l'enseignement des premiers sujets en février.

Impact de la COVID-19

L'impact économique de cette pandémie mondiale a été extrêmement fort. Suite à la baisse importante des revenus du tourisme, un tiers de la main-d'œuvre (dont un tiers sont des femmes) a perdu son emploi ou connu une baisse de ses heures de travail.⁵ Aux Fidji, la fréquentation de la clinique ambulatoire a diminué en raison des fermetures des frontières et des mesures de confinement dans les zones affectées (Lautoka, Labasa et Suva). Le nombre d'hospitalisations et les mises en quarantaine dans la communauté ont fortement limité l'accès aux soins et les visites aux consultations et, selon une étude récente, le nombre de recommandations régionales pour des admissions à l'hôpital a baissé de 20 %.

La pandémie mondiale a également touché le système éducatif et les méthodes d'enseignement s'en sont trouvées radicalement changées à travers le monde. Le Ministry of Health and Medical Services fidjien a annulé tout enseignement postuniversitaire pour tous les docteurs fidjiens en 2020 et aucun enseignement médical en personne n'a été autorisé. Le congé de 4 semaines de milieu d'année (qui a généralement lieu en juillet) a été avancée en avril, lorsque la situation liée à la COVID-19 était incertaine. Les étudiants régionaux se sont vus conseillés de rentrer dans leur pays d'origine et les spécialistes étrangers ne pouvaient plus venir aux Fidji pour y conduire des activités éducatives, y compris la supervision de procédures dermatologiques. L'enseignement complémentaire offert au personnel infirmier et paramédical, originellement assuré par des dermatologues étrangers, n'a pas pu avoir lieu et l'étudiante de PNG n'a pas pu rentrer chez elle en raison de la fermeture des frontières.

Les séjours d'une semaine des dermatologues australiens aux Fidji se tenaient initialement six fois par an, en plus des conférences et de la supervision de travaux en clinique locale assurés par l'unique dermatologue fidjien. Le cursus a été adapté pour inclure plus de

sessions cliniques, suivies de conférences en ligne, une à trois fois par semaine. Des dermatologues australiens, fidjiens et américains ont assuré des sessions d'enseignement clinique et théorique ainsi que des cours d'histopathologie et des discussions à l'aide d'outils de vidéoconférence tels que Zoom. En préparation du futur retour de l'étudiante de PNG dans son pays, un superviseur en dermatologie local a été approuvé par le FNU et des dispositions ont été prises pour que les examens soient réalisés en ligne. Une fois les frontières rouvertes, l'étudiante de PNG a pu terminer son premier semestre aux Fidji, a passé l'examen écrit en quarantaine dans un hôtel en PNG, puis a passé son examen oral chez elle à Moresby (PNG) sous la surveillance d'examineurs fidjiens et australiens par Zoom.

Défis

L'épidémie de COVID-19 a constitué l'occasion unique de découvrir de nouvelles méthodes d'enseignement, mais cette découverte s'est accompagnée de nombreux défis. L'un d'entre eux est le type d'infrastructure technologique disponible dans un environnement aux ressources limitées. Les cours ont parfois fait l'objet d'interruptions en raison de la piètre qualité des connexions internet. Un autre défi a été l'augmentation de la charge de travail pour le personnel enseignant, aussi bien pour préparer que pour offrir ces cours en ligne, la plupart de ces employés ayant eu besoin d'augmenter leurs aptitudes dans le domaine électronique. Nous avons observé qu'une communication régulière et des séances de planification avec les étudiants, les conférenciers et les coordinateurs ont été essentiels au succès de la transition, avec un minimum de perturbations dans le programme et dans l'enseignement offert aux étudiants.

L'impact de la COVID-19 sur l'enseignement a constitué un défi pour les étudiants. Owusu-Fordjour *et al.*⁶ reconnaît la difficulté qu'ont les étudiants à apprendre de chez eux, problème auquel s'ajoute l'accès limité à l'Internet. Par opposition, une méta-analyse réalisée par le U.S. Department of Education⁷ a conclu que l'enseignement en ligne est aussi efficace, voire plus efficace, que l'enseignement en établissement scolaire. Il est essentiel de conserver la qualité d'enseignement et d'atteindre les mêmes résultats d'apprentissage, quelles que soient les méthodes d'enseignement.

En plus des conférences en ligne, les étudiants ont également profité de séances d'enseignement telles que la participation à des clubs de lecture australiens dans le domaine de la dermatologie. Le contenu



Fig. 3. Avant la COVID-19, février 2020. L'équipe multinationale fête la fin de la semaine (De gauche à droite : Edwin Kumar, étudiant de Fidji (Postgraduate Diploma in Dermatology, PGDD), Monisha Shree, coordinatrice du Fiji Albinism Project, Dr Margot Whitfeld, Dr Dana Slape, dermatologue conférencière australienne invitée, Dr Cynthia Kuanch, étudiante en PGDD de Papouasie Nouvelle-Guinée, Mere Nabainivalu, Assistant de Direction du Directeur du Pacific Dermatology Training Center, Fidji).

des cours a fait l'objet d'une surveillance constante et les ajouts nécessaires ont été réalisés afin de s'assurer que tous les sujets étaient couverts durant le semestre.

Le Dr Prasad Kumarasinghe, un dermatologue/conférencier australien qui enseignait en personne avant la COVID-19 puis en ligne pendant la pandémie a déclaré : « L'enseignement en ligne est devenu indispensable à l'ère de la COVID-19. Nous devons tous trouver des manières innovantes d'assurer l'enseignement de manière efficace. J'aimais enseigner en personne l'année dernière et j'ai aimé enseigner en ligne dans le cadre du programme cette année. Le support technique offert par l'équipe organisatrice a été excellent. Il était très important pour le succès du programme de disposer de bonnes connexions téléphoniques et d'un accès à un support technique en cas de besoin. » L'enseignement en ligne ne peut toutefois en aucune manière remplacer la valeur d'un diagnostic en personne et l'apprentissage tactile constitue un élément essentiel de l'évaluation de la peau. Pour combler cette lacune éducative, des stratégies de gestions cliniques immédiates ont été adaptées par le biais de présentations d'un ou deux jours de cas difficiles de la clinique.

Conclusion

Le passage à un enseignement en ligne via Zoom a donné l'occasion d'offrir un enseignement interactif provenant d'un plus grand nombre de dermatologues, tout en surmontant les obstacles physiques créés par les fermetures de frontières et en limitant les dépenses de voyages. Il a également permis à certains étudiants fidjiens (admission officielle reportée en raison de la COVID-19) de participer à des séances d'enseignement, offrant ainsi un accès aux individus incapables de se rendre dans des centres d'enseignement en personne⁸ tout en réduisant le risque de transmission virale de COVID.

La COVID-19 a poussé au développement de l'enseignement en ligne afin de garantir la continuité du curriculum. Nous sommes conscients qu'il est essentiel de soutenir et former les étudiants et les enseignants dans ce nouvel environnement éducatif. Cette nouvelle méthode d'enseignement a constitué un véritable défi pour le PGDD aux Fidji. Nous avons néanmoins assisté au développement du programme et 20 conférenciers internationaux ont été impliqués au cours de l'année 2020. Interagir avec des dermatologues dans le cadre du PGDD a accru la sensibilisation des étudiants en Master de Médecine en Dermatologie devant obtenir leur diplôme en 2022, diplôme qui nécessitera également un enseignement complémentaire sur Zoom.

Nous prévoyons que des séances d'enseignement complémentaires seront incorporées au programme dans le futur, dans l'ère post-Covid. Celles-ci ont davantage renforcé le partenariat international qui existait déjà et qui est essentiel au succès du programme.

Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre appréciation pour le temps, l'énergie et l'expertise offerts aussi bien par les conférenciers fidjiens que par les conférenciers internationaux bénévoles, d'Australie, des Fidji et des États-Unis ainsi que pour les cours donnés en personne et/ou par vidéoconférence et pour toute autre contribution au programme d'enseignement. En outre, nous sommes reconnaissants à Ian et Barbara Jackson, Michael et Betty Little Trust et Marcus Rule pour leur soutien financier à ce programme, ainsi qu'à Pacific Dermatology Ltd (Aust), à Pacific Dermatology Trust (Fidji), à la Pacific Leprosy Foundation, à l'Organisation Mondiale pour la Santé, au Ministry of Health and Medical Services des Fidji, au Fiji National University College of Medicine, au Nursing and Health Sciences, à la Secretariat of the Pacific Community, aux Strengthening Specialised Clinical Services in the Pacific, à Pacific Island Project AUSAID et au Australasian College of Dermatologists.

Suite au verso...

La COVID-19 fait entrer l'Enseignement Postuniversitaire International en Dermatologie dans une nouvelle ère...suite

Références

1. Tan W, Zhao X, Ma X et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases—Wuhan, China 2019-2020. *China CDC Weekly* 2020; **2**:61-2.
2. OMS. Fiji reaches COVID-19 milestone but remains vigilant. Disponible sur : <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/pacific-support/news/detail/05-11-2020-fiji-reaches-covid-19-milestone-but-remains-vigilant>. (Dernier accès : 7 nov 2020).
3. UNDP. Socio-economic impact assessment of COVID-19 in Fiji. Disponible sur : <https://www.pacific.undp.org/content/pacific/en/home/library/socio-economic-impact-assessment-of-covid-19-in-fiji.html>. (Dernier accès : 7 nov 2020).
4. UNESCO. Education: From disruption to recovery. Disponible sur : <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>. (Dernier accès : 7 nov 2020).
5. Department of Foreign Affairs and Trade Australian Government. Partnerships for Recovery: Australia's COVID-19 Development Response. Disponible sur <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/covid-response-plan-fiji.pdf> (Dernier accès : 7 nov 2020).
6. Owusu-Fordjour C, Koomson C K, Hanson D. The impact of COVID-19 on learning - The perspective of the Ghanaian student. *Euro J Educ Stud* 2020; **7**(3):88-101.
7. U.S. Department of Education, Office of Planning, Evaluation, and Policy Development. *Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A MetaAnalysis and Review of Online Learning Studies*. Washington, D. C. :Department of Education, 2010.
8. Knibel E. The Use and Effect of Distance Education in Healthcare: What Do We Know? Bethesda, MD: Publié par l'U.S. Agency for International Development (USAID) par le Quality Assurance Project. Operations Research Issue Paper, 2(2). Disponible sur : <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Use-and-Effect-of-Distance-Education-in-%3A-What-Knebel/cda9b3bd188a9541aed3e670ec8ba6a6f1516df7#citing-papers>. (Dernier accès : 1er juin 2020).

QUIZ

Deepani Munidasa

Dermatologue Consultante, Anuradhapura Teaching Hospital, Sri Lanka

E-mail : deepanimunidasa@yahoo.com

Mademoiselle B, une patiente de 28 ans d'Anuradhapura, au Sri Lanka s'est présentée en se plaignant de ses ongles. Les ongles de ses mains et de ses pieds semblaient pousser très lentement et avaient pris une forme incurvée étrange avec une décoloration jaune depuis la fin de son adolescence (Fig. 1).

Ses jambes étaient souvent gonflées et elle présentait une toux chronique accompagnée d'une forte production de flegme.

QUESTION 1

Quel est le diagnostic ?

QUESTION 2

Quel examen aiderait à l'établissement du diagnostic ?

- a) Radio du thorax
- b) Numération globulaire
- c) Profil hépatique
- d) Rognures d'ongles pur culture fongique
- e) Radio latérale des mains

Fig 1. ONGLES JAUNES POUSSANT LENTEMENT



Réponses en page 27.

OCTROI DE SUBVENTIONS ILDS DermLink en 2021

Chaque année, l'International League of Dermatological Societies (ILDS), par l'intermédiaire de l'International Foundation of Dermatology (IFD), octroie des subventions ILDS DermLink pour des projets soumis par des membres de l'ILDS. En 2020, nous avons reçu 17 propositions de projets pour des subventions ILDS DermLink. Les projets ont été jugés sur les critères suivants : identification des besoins, impact proposé, durabilité du projet et existence de rapport entre les projets et la dermatologie tropicale ou la santé des migrants.

En 2020, neuf Subventions ILDS DermLink, pour un montant total de 44 901 USD, ont été octroyées à des projets dans les pays suivants : Angola, Bulgarie, République Dominicaine, Éthiopie, Indonésie, Népal, Nigeria, Tadjikistan et Turquie.

La prochaine vague de subventions DermLink prendra fin le 28 février 2021. Si vous souhaitez postuler, veuillez vous rendre sur notre site Web www.ILDS.org et si vous avez besoin de plus de renseignements concernant cette subvention, veuillez contacter DermLink@ilds.org.

ANALYSE ILLUSTRÉE

Maladies cutanées auto-immunes en Afrique subsaharienne : expérience en Éthiopie et au Sud-Soudan et étude de leur prévalence

Federica Dassoni^{1,2,1}, Workalemahu Alemu², Aldo Morrone³, Bernard Naafs⁴

¹San Gerardo Hospital, Monza, Italie, ²Ayder Referral Hospital, Mekelle, Éthiopie, ³IFO San Gallicano Hospital, Rome, Italie,

⁴Foundation Global Dermatology, Munnekeburen, Pays-Bas

†Auteur principal: federica.dx@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots clés : auto-immune, Afrique subsaharienne, bulleuse, pemphigus, pemphigoïde, maladie linéaire d'IgA, maladies du tissu conjonctif, sclérodémie localisée, sclérose systémique, lupus érythémateux, dermatomyosite

Résumé

Objectif

Il existe peu de publications relatives aux maladies cutanées auto-immunes, un groupe rare de maladies de la peau, provenant de pays africains. Nous partageons l'expérience que nous avons de ces maladies pendant 5 ans en Éthiopie et au Sud-Soudan.

Méthodes

Les maladies bulleuses et les maladies du tissu conjonctif rencontrées ont été analysées. Les études sur l'épidémiologie de ce groupe de maladies en Afrique sont présentées et comparées.

Résultats

Sur une période de 5 ans, 27 cas de maladies bulleuses ont été diagnostiqués : pemphigus (10), pemphigoïde (3), dermatose linéaire d'IgA (14). Dix-neuf patients étaient atteints de sclérodémie : segmentaire (13) et disséminée/systémique (6), et 15 patients atteints de lupus érythémateux discoïde ont été vus. Dans les centres de soins, plus de 10 000 patients présentant différentes indications étaient vus chaque année.

Conclusions

Les maladies auto-immunes sont présentes dans les zones rurales africaines (Nord de l'Éthiopie et Sud-Soudan), mais ne sont souvent pas rapportées. Elles sont souvent mal diagnostiquées en raison d'un manque de connaissances sur les maladies cutanées, de spécialistes de la peau et d'outils de diagnostic.

Introduction/Contexte

Le nombre limité de documents africains sur le sujet pourrait suggérer que les maladies cutanées auto-immunes, telles que les maladies bulleuses ou les maladies du tissu conjonctif, sont rares parmi la population africaine en comparaison avec d'autres populations. Certaines publications suggèrent que la rareté des maladies auto-immunes systémiques parmi la population africaine est due à la fonction protectrice de la malaria.¹ Cependant, un nombre croissant de rapports sur ces maladies indiquent qu'elles ont en fait été peu rapportées.²

Des rapports sporadiques peuvent être trouvés dans les documents médicaux d'Afrique subsaharienne.³ Les maladies cutanées auto-immunes sont présentes dans les études qui analysent la configuration des maladies de la peau. Selon une étude réalisée en Ouganda, 22 patients avaient été atteints de maladies bulleuses auto-immunes sous-cutanées au cours d'une période de 2 ans.⁴ Selon une autre étude ougandaise, parmi 232 patients étudiés pendant deux mois dans un hôpital de soins tertiaires de la ville, 4 patients étaient atteints de maladies bulleuses (1,7 %) et 2 patients de maladies du tissu conjonctif (0,9 %), pour un total de maladies cutanées auto-immunes de 2,6 %.⁵ Les diagnostics histopathologiques provenant de biopsies de la peau (n=1554) collectées dans un hôpital de formation

en dermatologie en Tanzanie sur une période de 5 ans ont révélé 53 cas de maladies bulleuses et 45 cas de maladies du tissu conjonctif (soit un total de 98 cas (6,3 %)).⁶ Parmi 895 patients en dermatologie vus entre 2005 et 2010 dans un hôpital de formation nigérian, la prévalence des maladies cutanées auto-immunes était de 3,5 % (2,9 % étant des maladies du tissu conjonctif et 0,6 % des maladies bulleuses). Cette étude excluait les maladies cutanées liées au VIH.⁷ Récemment, au Botswana, 4 % de tous les nouveaux patients vus dans diverses cliniques dermatologiques ont été diagnostiqués avec des maladies cutanées auto-immunes, dont une prépondérance de maladies du tissu conjonctif, en particulier de lupus érythémateux cutané.⁸

Toutes ces données indiquent clairement que les maladies cutanées auto-immunes sont présentes parmi la population africaine, corroborant donc l'étude d'Adelowo *et al.*,² bien qu'il demeure difficile de déterminer la prévalence dans l'ensemble de la population. Le fait que ces maladies ne soient pas assez rapportées peut être dû à de multiples facteurs. Les populations rurales ne consultent généralement pas de médecin pour des problèmes de peau en raison de la difficulté d'accès aux soins, du coût du diagnostic et du traitement (s'il est disponible), des difficultés de transport et de l'insécurité potentielle sur les routes. De plus, il est difficile de procéder à un diagnostic dans les zones rurales où prises de sang, immunofluorescence (IF) et histopathologie ne sont pas disponibles. Les spécialistes sont peu nombreux, voire inexistantes, et, quand ils existent, ils se trouvent principalement dans les capitales et ne sont certainement pas facilement accessibles pour les moins fortunés. Il est donc facile qu'une maladie soit incorrectement diagnostiquée ou ne soit pas officiellement rapportée.

Méthodes

Les maladies auto-immunes ont été observées pendant 3 ans (2008 à 2011) à l'Italian Dermatological Center (IDC) à Mekelle (Nord de l'Éthiopie) et pendant 2 ans (2013 à 2015) dans un hôpital de Nzara, une petite ville rurale de l'état de Western Equatoria, au Sud-Soudan. Les groupes ethniques concernés étaient les Tigrés (une tribu Nilotique) en Éthiopie, et les Azande (une tribu Bantu) au Sud-Soudan.

Une étude des documents présentant les données épidémiologiques était réalisée pour chaque maladie.

Les maladies cutanées auto-immunes peuvent être divisées en sous-groupes. Les maladies bulleuses et les maladies du tissu conjonctif sont rapportées ici.

Maladies bulleuses inflammatoires

Ces maladies rares (environ 25 nouveaux cas par million d'individus chaque année en Europe) sont caractérisées par des bulles et des érosions de la peau et parfois des muqueuses. Les bulles peuvent être intra-épidermiques ou sous-cutanées. Les caractéristiques cliniques dominantes varient en fonction de l'emplacement des antigènes impliqués. Des facteurs internes (tels que tumeurs malignes) et externes (tels que bactéries, médicaments) peuvent agir comme déclencheurs.

Suite au verso...

Maladies bulleuses intra-épidermales : groupe pemphigus

Le pemphigus est une maladie auto-immune grave touchant la peau et les muqueuses (Figs 1, 2). Elle est causée par des anticorps dirigés contre des antigènes à la surface des kératinocytes, la plupart du temps les desmoglécines (Dsg) 1 (épiderme superficiel) et Dsg 3 (muqueuse, épiderme profond et moyen), et parfois les molécules de plakine, tel que dans le pemphigus paranéoplasique. L'interaction des anticorps avec leurs antigènes cibles est responsable de la perte d'adhérence cellulaire (acantholyse) et de la formation d'bulles intra-épithéliales. Le signe de Nikolsky est positif (des bulles apparaissent lorsque la peau est légèrement frottée). L'incidence mondiale est de 0,7 à 5 nouveaux cas par million d'individus chaque année.⁹

Différents types de pemphigus

- Dans le pemphigus vulgaris (Figs 1a, 1b) et végétant (Figs 2a, 2b) les bulles se développent juste au-dessus de la couche basale et les anticorps sont dirigés principalement contre les Dsg 3.
- Dans les pemphigus foliacé (PF) (Fig. 1c) et le pemphigus les bulles érythémateuses se situent dans l'épiderme supérieure et les anticorps sont dirigés contre les Dsg 1. Les Dsg 1 ne sont **pas** présents dans les muqueuses (PF n'atteint donc pas du tout les muqueuses).



Fig 1a. Caractéristiques cutanées du pemphigus vulgaire



Fig 1b. Atteinte des muqueuses dans le pemphigus vulgaire

- Dans le pemphigus paranéoplasique¹⁰ les anticorps sont principalement dirigés contre les Dsg 1, les Dsg 3 et les molécules plakines ; il est principalement associé à une prolifération lymphoïde bénigne ou maligne.

L'incidence et la prévalence des différentes formes de pemphigus varient selon les pays et les groupes ethniques : le pemphigus vulgaire se trouve principalement en Europe et aux États-Unis, tandis que le PF a une prévalence supérieure en Afrique du Nord, en Tanzanie, en Turquie, en Amérique du Sud et en Nouvelle-Zélande^{9,10} Il existe des formes sporadiques et endémiques du PF. La forme sporadique du PF se trouve principalement en Europe et aux États-Unis, où son incidence est environ cinq à dix fois inférieure à celle du pemphigus vulgaris.

Le PF endémique (également appelé « fogo selvagem ») est fréquemment décrit au

Brésil,¹⁰ mais a également été rencontré en Tunisie,¹¹ en Tanzanie (observation personnelle d'auteurs) ainsi que dans d'autres régions.^{12,13}

Des facteurs génétiques aussi bien qu'environnementaux ont été associés avec l'existence du pemphigus auto-immune.

- **Génétique :** diverses études, réalisées au sein de différentes populations ethniques, ont montré que le pemphigus vulgaire est associé avec les allèles HLA de classe II (DRB1*4 et DRB1*14). Le PF, aussi bien sous forme sporadique qu'endémique, est également associé avec les allèles HLA de classe II (DR4, DR14 et DR1).

- **Environnemental :** au Brésil, la mouche noire (*Simulium nigrimanum*) a été associée au PF endémique, en plus d'une prédisposition génétique. Une connexion possible avec un insecte est souvent suspectée dans le PF sur les pentes du Kilimandjaro, en Tanzanie.

La plupart des patients atteints de pemphigus auto-immune sont âgés de 40 à 60 ans lors du déclenchement de la maladie, tandis que le PF affecte généralement des adolescents et des jeunes adultes.

L'incidence du pemphigus auto-immune est supérieure dans les populations juives, en particulier chez les individus d'origine ashkenaze, chez les Japonais et chez les Indiens, par rapport à l'incidence observée dans la population



Fig 1c. Caractéristiques cliniques du pemphigus foliacéus



2a



2b

Fig 2a and 2b. Caractéristiques cutanées du pemphigus végétant

Tableau 1**Maladies bulleuses sous-épidermiques observées**

Maladie	Nombre (Éthiopie), H/F	Âge médian	Nombre (Sud-Soudan), H/F	Âge médian	Total	Biopsie réalisée
Pemphigus (total)	6 (3H, 3F) *	36 ans	4 (1H, 3F) §	40 ans	10	4 (Éthiopie), 1 (Ouganda)
p. vulgaris	3 (1H, 2F)	48 ans	2 (1H, 1F)	35 ans	5	2 (Éthiopie)
p. vegetans	2 (1F, 1H)	18 ans	0	-	2	1 (Éthiopie)
p. foliaceus	1 (H)	40 ans	2 (F)	47 ans	3	1 (Ouganda)

* 1 cas avec coinfection VIH, 1 cas avec coinfection lèpre. § 1 cas avec coinfection VIH.

caucasienne en Amérique du Nord et en Europe Occidentale. Les études épidémiologiques menées au sein de diverses populations fournissent une indication très forte que l'incidence du PF est supérieure dans les latitudes basses et inférieure dans les latitudes élevées. L'épidémiologie exacte en Afrique subsaharienne est toutefois inconnue. Nous avons observé six cas de pemphigus en 3 ans en Éthiopie (Tableau 1), (1 PF, 3 pemphigus vulgaris et 2 pemphigus vegetans). Quatre patients atteints du pemphigus ont été vus au Sud-Soudan en 2 ans (2 pemphigus vulgaires et 2 PF). Deux patients atteints de pemphigus vulgaire étaient également atteints du VIH, une infection extrêmement endémique dans les deux pays. Un patient éthiopien atteint de pemphigus vulgaris était également atteint de lèpre et présentait des malformations des mains et des yeux et avait auparavant subi une amputation de la jambe. Un patient atteint de PF était originaire d'Ouganda, où la maladie a été confirmée par histologie. L'histopathologie n'étant pas disponible dans les zones rurales du Sud-Soudan, la plupart des diagnostics étaient exclusivement cliniques et/ou basés sur la réponse à au traitement.

La présence de PF a été constatée dans des petits groupes d'individus à intervalles réguliers de quelques années, suggérant donc la présence de petites épidémies. Puisque l'IF n'était pas disponible, il était impossible de différencier, chez un patient, pemphigus et épidermolyse bulleuse acquise. Tous les diagnostics ont été réalisés cliniquement ; l'histopathologie était possible chez quelques patients seulement.

Maladies bulleuses sous-cutanées : groupe pemphigoïde

Les maladies bulleuses sous-cutanées auto-immunes comprennent

- Pemphigoïde bulleuse (PB)
- Pemphigoïde des muqueuses (PM)
- Pemphigoïde cicatricielle de Brunsting Perry (PC)
- Maladie à immunoglobuline A (IgA) linéaire (dermatose bulleuse chronique de l'enfance, DBCE)
- Dermatose bulleuse à IgG/IgA linéaire
- Pemphigoïde de la grossesse
- épidermolyse bulleuse acquise
- lichen plan pemphigoïde
- Lupus érythémateux systémique bulleux (LES).

Les auto-anticorps sont dirigés contre les protéines de la jonction dermo-épidermique (hémidesmosomes), telles que ;

- BP180 et BP230 (PB, PM, PC, DBCE, dermatose bulleuse à IgG/IgA linéaire, pemphigoïde de la grossesse et lichen plan pemphigoïdes)
- laminine 5, a6p4 intégrine (PM, PC)
- collagène de type VII (épidermolyse bulleuse acquise, LES bulleux).⁴

La fréquence relative des maladies cutanées bulleuses auto-immunes varie d'une région géographique à une autre. En Europe et à Singapour, la PB constitue la plus fréquente des maladies bulleuses sous-cutanées auto-immunes, avec une incidence d'environ 0,3 à 7 nouveaux cas par million d'habitants chaque année, suivie de la PM, de la pemphigoïde de la grossesse et de la DBCE.¹⁴ En comparaison, en Afrique du Sud, en Tunisie, en Tanzanie et au Mali, la DBCE était plus fréquente, tandis qu'en Chine et en Malaisie l'incidence des maladies bulleuses sous-cutanées auto-immunes semblait en générale être inférieure. La DCBE, en particulier, a été fréquemment rapportée chez des patients africains.^{13,15-17} La PB a été rapportée présente en Ouganda et au Nigéria^{3,4}, où elle représentait plus de 40 % de l'ensemble des cas de maladies bulleuses. L'incidence des maladies bulleuses sous-cutanées en Ouganda est légèrement inférieure à leur incidence en Europe sans toutefois trop s'éloigner, permettant de ce fait une sous-évaluation.⁴

La DCBE, en particulier, a été fréquemment rapportée chez des patients africains.^{13,15-17} La PB a été rapportée présente en Ouganda et au Nigéria^{3,4}, où elle représentait plus de 40 % de l'ensemble des cas de maladies bulleuses.

L'incidence des maladies bulleuses sous-cutanées en Ouganda est légèrement inférieure à leur incidence en Europe sans toutefois trop s'éloigner, permettant de ce fait une sous-évaluation.⁴

La pemphigoïde bulleuse (PB) (Figs 3a, 3b) atteint généralement les personnes âgées et se caractérise par de grosses



Figs 3a et 3b. Ampoules tendues dans la pemphigoïde bulleuse

Suite au verso...

Autoimmune skin diseases in Sub Saharan Africa: experience in Ethiopia and South Sudan and review of the prevalence...continued

ampoules tendues avec des constatations immunopathologiques de dépôts linéaires de C3 et d'IgG dans la zone de la membrane basale.

Le signe de Nikolsky était négatif. Il existe peu d'études reportant une incidence de PB à partir de registres nationaux officiels basés sur la population. Nous avons observé 3 cas de PB en Éthiopie, dont un de pemphigoïde cicatricielle (Tableau 2). Un cas a été confirmé par histologie. Aucun cas n'a été constaté au Sud-Soudan.

Neuf enfants atteints de DBCE ont été vus en Éthiopie en 3 ans et 5 enfants au Sud-Soudan en 2 ans (pour un total de 14 cas) (Tableau 2). Le diagnostic était principalement basé sur les caractéristiques cliniques (Figs 4a, 4b), l'âge des patients et la réponse au traitement (dapsons, tétracycline); l'histopathologie était disponible uniquement en Éthiopie. Le diagnostic différentiel le plus difficile était l'épidermolyse bulleuse simple congénitale (de type Dowling Meara), qui ne répond pas à ce traitement. Cette étude a montré une incidence supérieure de DBCE par rapport à la PB, corroborant ainsi les documents disponibles en Afrique.⁴ Comme on pouvait s'y attendre, la plupart des enfants avaient préalablement été traités avec des antibiotiques, suite à un diagnostic initial d'impétigo, sans aucune amélioration.



Fig 4a. Agencement annulaire d'ampoules dans la dermatose bulleuse chronique de l'enfance (maladie de l'IgA linéaire)



Fig 4b. Maladie de l'IgA linéaire étendue chez un enfant

D'autres maladies bulleuses telles que la dermatite herpétiforme n'ont pas été rencontrées, peut-être en raison de l'absence ou de la présence limitée de gluten dans le régime alimentaire. L'alimentation est constituée en grande partie de teff en Éthiopie et de riz, de maïs et de pommes de terre au Soudan.

Limites de l'étude :

- Aucun test d'IF n'était disponible.
- Le nombre de patients était probablement inférieur à la véritable prévalence en raison de la difficulté d'accès à partir des villages environnants et de la présence d'autres petits hôpitaux dans la région.

Maladies du tissu conjonctif

Bien que les maladies du tissu conjonctif ne soient pas souvent rapportées en Afrique, ce groupe de maladies n'est pas rare.² Leur épidémiologie en Afrique est très mal connue. Les raisons pour lesquelles elles ne sont pas rapportées sont peut-être les mêmes que pour les maladies bulleuses. On observe que les maladies du tissu conjonctif sont plus fréquentes chez les populations africaines et asiatiques à la peau plus foncée par rapport aux maladies bulleuses; leur gravité est considérée comme supérieure. Selon les rapports, leur prévalence à travers le monde est la plus faible dans les pays africains et la plus élevée parmi les populations des Caraïbes et d'Amérique du Nord dont les ancêtres étaient africains.^{18,19} Des études plus étendues sur les facteurs de risques génétiques et environnementaux sont nécessaires. Différents auteurs considèrent que des études épidémiologiques en Afrique, en particulier, sont essentielles.^{3,4,6,7}

Parmi nos patients atteints de maladies du tissu conjonctif, nous avons observé 71 cas de lupus érythémateux cutané (discoïde) (LED); (âge médian : 47 ans), 26 cas de sclérodémie systémique et de morphee (âge médian : 24,5 ans) et seulement 2 cas suspects de dermatosite (DM), (âge : 43, 39). Aucun cas de lupus érythémateux cutané subaigu (LECS) ou de LES n'a été constaté, ce qui pourrait être dû au fait que le médecin traitant n'a pas reconnu la maladie.

Groupe sclérodémie

La « sclérodémie » se rapporte à un groupe hétérogène de maladies fibrosantes auto-immunes. Des cas ont été rapportés en provenance du Nigéria, 2 du Sénégal^{20,21} et du Botswana.⁸ Sa nomenclature a changé au cours des dernières années, elle comprend désormais :

- morphee; sclérose localisée (sclérodémie circonscrite), linéaire, généralisée;
- sclérose systémique cutanée diffuse et limitée et syndromes de chevauchement.

La sclérodémie systémique est une maladie auto-immune multisystémique chronique qui se caractérise par la présence de vasculopathie, d'inflammation et de fibrose de différents organes. Il existe deux principales sous-catégories : sclérodémie cutanée limitée (anciennement appelé syndrome de CREST : calcinose, phénomène de Raynaud, trouble de mobilité de l'œsophage,

Tableau 2

Maladies bulleuses sous-épidermiques observées

Maladie	Nombre (Éthiopie), H/F	Âge médian	Nombre (Sud-Soudan), H/F	Âge médian	Total	Biopsie réalisée
Pemphigoïde bulleuse	2 (1H, 1F)	45	0	-	2	1 (Éthiopie)
Pemphigoïde cicatricielle	1 (H)	19	0	-	1	
DBCE	9 (7H, 2F)	9	5 (1F, 4H)	5	14	7 (Éthiopie)



Fig. 5. Sclérodémie linéaire « en coup de sabre »



Fig. 6. Morphée en plaques



Fig. 7. Morphée segmentaire

sclérodactylie, télangiectasie) et sclérodémie cutanée diffuse.

Nous avons observé 13 patients atteints de morphée localisée et de morphée segmentaire/linéaire (Figs 5, 6, 7) et 6 patients atteints de sclérodémie systémique/cutanée disséminée (Fig. 8a) (5 en Éthiopie, 1 au Sud-Soudan, toutes des femmes) (Tableau 3).

Tableau 3

Cas de morphée et sclérodémie systémique vus

Maladie	Nombre (Éthiopie), H/F	Âge médian	Nombre (Sud-Soudan), H/F	Âge médian
Morphée et sclérodémie linéaire	13 (6H, 7F)	30ans	0	-
sclérodémie disséminée/systémique	5 (F)	24.5ans	1 (F) §	27

§ 1 cas avec coinfection VIH



Fig 8a. Apparence du visage dans la sclérodémie systémique

Un patient atteint de sclérodémie systémique présentait une coinfection VIH. Le diagnostic était principalement clinique. Quelques biopsies ont été réalisées, vues par des pathologistes généraux, ne donnant pas de résultats spécifiques malgré les caractéristiques cliniques frappantes. Le diagnostic différentiel entre la morphée généralisée et la sclérodémie systémique disséminée n'était pas facile, bien que la parcimonie des auréoles soit caractéristique de la morphée généralisée (Fig. 8b). Les patients vus étaient en proportion égales des hommes et des femmes, mais la sclérose systémique a été observée uniquement chez les femmes. Une incidence élevée d'hyperpigmentation et d'hypopigmentation focale (100 % des patients atteints de sclérodémie localisée, 84 % (5/6) des patients atteints de sclérodémie disséminée/systémique (Fig. 9a)) a été constatée, ce qui corrobore avec d'autres rapports. L'aspect des extrémités des doigts et des paronychies a aidé à l'établissement du diagnostic. La pigmentation « poivre et sel » de la peau (Fig. 9b) est l'une des caractéristiques les plus précoces dans la sclérose systémique. Grâce à sa présence elle a permis un diagnostic précoce chez certains patients.²² Elle peut également être un signe de DM. L'examen des capillaires des lits unguéaux avec un ophtalmoscope ou un dermatoscope montre des capillaires dilatés et des zones de micro-hémorragie dans la sclérodémie systémique (Fig. 10).

Suite au verso...



Fig 8b. Morphée généralisée avec parcimonie des auréoles



Fig 9a. Hypopigmentation tachetée dans la sclérodémie systémique



Fig 9b. Modifications pigmentaires « poivre et sel » dans la sclérodémie systémique

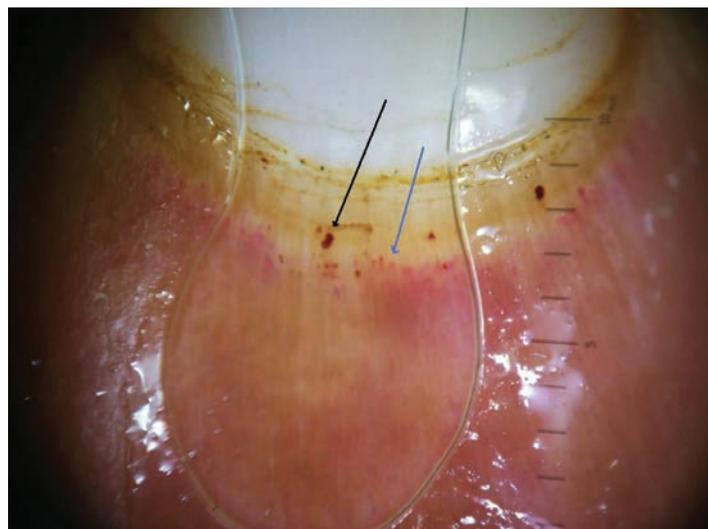


Fig. 10. Anomalies dans le pli de l'ongle dans la sclérodémie systémique

Lupus érythémateux

Diverses classifications sont proposées, diverses variantes et divers sous-types de la maladie avec trois formes principales :

- Lupus cutané discoïde ou chronique (LCD)
- Lupus cutané subaigu (LCS)
- Lupus systémique avec implication des articulations ou des organes viscéraux (LES).²³

Le LES est une maladie dans laquelle il existe des auto-anticorps dirigés contre l'ADN et le complément est activé. Ceci engendre une inflammation chronique endommageant les vaisseaux sanguins, la jonction dermo-épidermale et, accessoirement, l'épiderme. Le soleil peut déclencher ou aggraver la maladie chez les sujets présentant des prédispositions génétiques. Des lésions apparaissent dans les zones exposées au soleil. Sur le visage, l'érythème caractéristique en « ailes de papillon » apparaît sur les deux joues, avec une aggravation possible sur l'arête du nez et les lèvres. Il fait souvent l'objet de diagnostics excessifs de la part des médecins qui ne sont pas dermatologues. D'autres sites exposés au soleil peuvent être touchés, y compris la poitrine et le dos, ainsi que les zones d'extension des bras. Le caractère systémique comprend une maladie des articulations et des reins.

Le LCD est généralement concentré sur la peau, bien que certains patients présentent un lupus systémique.

La prévalence du lupus érythémateux dans différents pays a été évaluée, mais elle semble toutefois supérieure dans les pays industrialisés. Selon les auteurs d'une méta-analyse, il existe une prévalence moyenne pondérée de 24/100 000 habitants. Il touche principalement les femmes.¹⁸ Bien que les données sur la prévalence du LES dans la population africaine et asiatique vivant dans les tropiques soient limitées, il a été montré que le LES est plus courant et plus grave chez les individus africains et asiatiques vivant dans des pays industrialisés.^{24,25}

Il existe peu de rapports sur l'incidence du lupus érythémateux cutané, tandis que de nombreuses études épidémiologiques sur le LES ont été publiées. La plupart des études a montré une préférence du LES pour les patients de descendance africaine et les dommages cutanés sont plus précoces dans la maladie chez les patients à la peau plus foncée. Les lésions sont généralement détectées dans les zones exposées au soleil (par exemple, présence d'« ailes de papillon » sur les joues et le nez) et se composent principalement de macules et de papules de couleur marron/noire dans les premiers stades de la maladie, tandis que les lésions deviennent ultérieurement écaillées avec une hypopigmentation et de

l'érythème (Figs 11a, b, 12), il existe une obstruction des follicules. Les contours hyperpigmentés et l'atrophie centrale évoluent avec la progression de la maladie ; il est possible que l'intégralité de la lésion perde sa pigmentation. Chez les individus à peau plus claire, les lésions commencent généralement par un érythème. Les lésions guérissent avec cicatrisation et une alopecie cicatricielle peut faire suite à des lésions du cuir chevelu.

Parmi les patients, 15 cas de LED ont été vus (3H, 12F) (Tableau 4). Les caractéristiques cliniques étaient hyperpigmentation et hypopigmentation ou dépigmentation, avec cicatrisation et alopecie. Toutes les lésions se trouvaient dans des zones exposées au soleil. Les maladies associées étaient la gale (1, F) et le VIH (1, F). Le diagnostic a été confirmé par biopsie uniquement en Éthiopie.

Aucun cas confirmé de LES n'a été observé. Ceci peut être dû au manque de moyens de diagnostic, à l'interprétation difficile des symptômes systémiques et à l'identification difficile des signes cutanés sur les peaux foncées. Il est probable que des patients aient été traités pour des symptômes systémiques dans d'autres départements sans avoir bénéficié d'une consultation dermatologique.

Tableau 4

Cas LED vus

Maladie	Nombre (Éthiopie), H/F	Âge médian	Nombre (Sud-Soudan), H/F	Âge médian	Biopsie réalisée
LED	12 (3H, 9F)*	45 ans	3 (F) §	50 ans	12 (Éthiopie)

* 1 cas avec coinfection gale

§ 1 cas avec coinfection VIH

Dermatomyosite

La DM est une maladie inflammatoire rare qui touche davantage les femmes que les hommes. Il a été déterminé qu'elle est plus grave chez les individus à peau foncée que chez les caucasiens, bien qu'il existe peu de rapports provenant d'Afrique.^{8,26} Nous avons observé



Fig 11a. Lupus discoïde (LED) avec modification pigmentaire



Fig 11b. Lésions hypopigmentées dans le LED.

deux cas suspects mais aucun des deux n'a été confirmé. À Moshi, en Tanzanie, la DM est toutefois plus fréquemment observée, ce qui suggère l'existence de différences raciales ou environnementales (observation personnelle).



Fig. 12. Disposition en ailes de papillon des lésions de LED

Conclusions

- Il existe peu de rapports sur les maladies cutanées auto-immunes et leur prévalence en Afrique.
- Le présent document confirme la présence de ces maladies dans des zones rurales en Éthiopie et au Sud-Soudan sur une période de 5 ans (Tableau 5), avec des découvertes cliniques et épidémiologiques similaires à celles d'autres rapports africains.
- Les maladies auto-immunes les plus fréquentes étaient les maladies du tissu conjonctif telles que le LED, la sclérose systémique et la morphee, suivie de la DBCE. D'autres maladies bulleuses étaient moins fréquentes (pemphigus, PB).

Suite au verso...

Maladies cutanées auto-immunes en Afrique subsaharienne : expérience en Éthiopie et au Sud-Soudan et étude de leur prévalence...suite

Tableau 5

Nombre total de maladies auto-immunes vues

Diagnostic	Nombre de patients	H:F
LED	15	3:12
Morphée+sclérodermiesystémique	19 (13 + 6)	6:13
DBCE	14	11:3
Maladiesbulleusesintra-épidermiques	10	4:6
Maladiesbulleusesous-épidermiques	3	2:1

- Le nombre plus élevé de cas de DBCE reflète probablement l'âge moyen inférieur des populations africaines par rapport aux pays occidentaux à revenus élevés.
- Une prépondérance de sujets féminins a été observée parmi les maladies du tissu conjonctif (sclérose systémique, lupus érythémateux cutané) mais pas parmi les maladies bulleuses, confirmant les études existantes.
- Les maladies cutanées auto-immunes sont négligées dans de grandes parties de l'Afrique. Les défis posés au développement de rapports est le manque de spécialistes de la peau, la sérologie et l'histologie, en particulier dans les zones rurales, et le fait que les patients sont souvent incapables de faire de longs trajets. Il arrive que les patients se présentent tardivement, avec des signes cliniques avancés.

References

- Adebajo AO. Low frequency of autoimmune diseases in tropical Africa. *Lancet* 1997; **349**(9048):361-2.
- Adelowo OO, Bello MKN. Systemic autoimmune diseases: not so rare in black Africans. *Rheumatology (Sunnyvale)* 2014; **4**:130. doi: 10.4172/21611149.1000130.
- Ogun GO, Okoro OE. The spectrum of non-neoplastic skin lesions in Ibadan, Nigeria: a histopathologic study. *Pan Afr Med J* 2016; **23**:221.
- Mulyowa GK, Jaeger G, Kabakyenga J et al. Autoimmune subepidermal blistering diseases in Uganda: correlation of autoantibody class with age of patients. *Int J Dermatol* 2006; **45**:1047-52.
- Song ES, Musinguzi P, Dieckhaus KD. Factors affecting patient presentation at a national dermatology referral clinic in Kampala, Uganda. *Int J Dermatol* 2017; **56**:291-5.
- Beltraminelli H, Kiprono S, Zuriel D et al. Dermatopathology in sub-Saharan Africa: a systematic 5-year analysis of all histopathological diagnoses from the Regional Dermatology Training Centre (RDTC) in Moshi, Tanzania. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; **29**:1370-5.
- Akinboro AO, Mejiuni AD, Akinlade MO et al. Spectrum of skin diseases presented at LAUTECH Teaching Hospital, Osogbo, southwest Nigeria. *Int J Dermatol* 2015; **54**:443-50.
- Madu PN, Williams VL, Noe MH et al. Autoimmune skin disease among dermatology outpatients in Botswana: a retrospective review. *Int J Dermatol* 2019; **58**:50-3.
- Meyer N, Misery L. Geoepidemiologic considerations of auto immune pemphigus. *Autoimmun Rev* 2010; **9**:A379-82.
- Gongalves GA, Brito MM, Salathiel AM et al. Incidence of pemphigus vulgaris exceeds that of pemphigus foliaceus in a region where pemphigus foliaceus is endemic: analysis of a 21-year historical series. *An Bras Dermatol* 2011; **86**:110912.
- Morini JP, Jomaa B, Gorgi Y et al. Pemphigus foliaceus in young women. An endemic focus in the Sousse area of Tunisia. *Arch Dermatol* 1993; **129**:69-73.
- Abreu-Velez AM, Reason IJ, Roselino AM. Endemic pemphigus foliaceus over a century: part I. *N Am J Med Sci* 2010; **2**:51-9.
- Naafs B, Padovese V. Rural dermatology in the tropics. *Clin Dermatol* 2009; **27**:25270.
- Thorslund K, Seifert O, Nilzen K et al. Incidence of bullous pemphigoid in Sweden 2005-2012: a nationwide population-based cohort study of 3761 patients. *Arch Dermatol Res* 2017; **309**:721-7.
- Aboobaker J, Wojnarowska FT, Bhogal B et al. Chronic bullous dermatosis of childhood-clinical and immunological features seen in African patients. *Clin Exp Dermatol* 1991; **16**:160-4.
- Mahe A, Flageul B, Bobin P. Bullous IgA linear dermatosis of children in Mali. *Ann Dermatol Venereol* 1996; **123**:544-8.
- Kharfi M, Khaled A, Karaa A et al. Linear IgA bullous dermatosis: the more frequent bullous dermatosis of children. *Dermatol Online J* 2010; **16**:2.
- Rees F, Doherty M, Grainge MJ et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology (Oxford)* 2017; **56**:1945-61.
- McCarty DJ, Manzi S, Medsger TA Jr et al. Incidence of systemic lupus erythematosus. Race and gender differences. *Arthritis Rheum* 1995; **38**:1260-70.
- Dia D, Dieng MT, Sy TN et al. Systemic scleroderma: 92 cases in Dakar. *Dakar Med* 2003; **48**:82-6.
- Cisse MM, Seck SM, Oumar DA et al. Scleroderma renal crisis in tropical region: two Senegalese cases. *Pan Afr Med J* 2015; **21**:46.
- Singh A, Ambujam S, Varghese A et al. Salt-and-pepper appearance: a cutaneous clue for the diagnosis of systemic sclerosis. *Indian J Dermatol* 2012; **57**:412-3.
- Buinsauskaite E, Orfanos CE. Lupus erythematosus in pigmented black skin. Chapitre 30. Dans: *Pigmented Ethnic Skin and Imported Dermatoses* (Orfanos CE et al., eds), 1st edn. East Brunswick: Springer Nature, 2018; 335-43.
- Johnson AE, Gordon C, Palmer RG et al. The prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in Birmingham, England. Relationship to ethnicity and country of birth. *Arthritis Rheum* 1995; **38**:551-8.
- Ogunbiyi AO, Daramola OO, Alese OO. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Int J Dermatol* 2004; **43**:31-6.
- Okong'o LO, Esser M, Wilmshurst J et al. Characteristics and outcome of children with juvenile dermatomyositis in Cape Town: a cross sectional study. *Pediatric Rheumatology Online J* 2016; **14**:60.

Journal Club

AskindiseaseandneedsassessmentanalysisofthedisplacedRohingyapopulationintheKutupalongrefugeecamp, Bangladesh.

Khan SS, Padovese V, Maurer TA et al. *Clin Exp Dermatol* 2020; **45**:1051-4.

Le camp de réfugiés de Kutupalong est le plus grand au monde, hébergeant 800 000 musulmans rohingyas. Ces personnes étaient une minorité ethnique dans l'État de Rakhine, en Birmanie, mais suite à une flambée de violence en 2017, ils ont dû fuir de l'autre côté de la frontière, dans le district de Cox's Bazar district, au Bangladesh ; la plupart d'entre eux vivent maintenant dans le camp surpeuplé de Kutupalong. Leur accès à de l'eau propre et à des installations sanitaires est limité ; 75 % des familles vivent dans un même abri, avec 15 individus partageant une latrine. Les maladies cutanées constituent le quatrième type de maladies les plus fréquemment rencontrées par les professionnels de la santé dans le camp.

Les auteurs ont organisé des consultations dermatologiques intégrales au sein d'un local de soins primaires situé dans le camp. Tout individu présentant une dermatose chez un patient venu par lui-même. Les diagnostics étaient cliniques et quand cela était nécessaire et possible les patients étaient renvoyés pour des soins secondaires.

380 patients ont été vus en 3 jours. Les diagnostics les plus fréquents étaient des infections et des infestations ; 215 patients présentaient des infections fongiques (dermatophytose), 11 un impétigo, 39 une dermo-hypodermite bactérienne et 12 la gale. La dermatite, l'eczéma et d'autres conditions liées ont été diagnostiquées dans 81 cas. Le la forme clinique prédominant parmi les infections dermatophytes était le *Tinea corporis*, qui était généralement répandu et en particulier constaté chez les femmes en âge de procréer. Cette condition reflétait probablement une maladie systémique sous-jacente telle que le diabète sucré ou une infection VIH. Il existe une forte incidence de VIH parmi la population birmane ; en outre, de nombreuses femmes rohingya avaient fait l'objet de violences sexuelles.

Il existe un fort potentiel pour le développement de dépistage et l'éducation du personnel de la santé dans le camp et il existe un fort besoin en éducation sanitaire en général. Les maladies cutanées peuvent constituer un point de départ utile pour l'étude et le traitement de maladies systémiques ainsi que le développement d'initiatives de collaboration.

CR Lovell

Étude des infections fongiques superficielles dans le Chhattisgarh (Inde) : un bref compte-rendu

Daniel Henry[†], David Henry

Usha Memorial Skin and Eye Hospital, Bilaspur, Chhattisgarh, India

[†]Corresponding author: danielhenry21@yahoo.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots-clés : infection fongique superficielle, tinea, dermatophytose, statut socioéconomique, facteurs socioculturels, Chhattisgarh

Résumé

Cette étude visait à étudier diverses variables démographiques et socioculturelles parmi un groupe symptomatique de 205 patients ambulatoires atteints d'infections fongiques superficielles à Bilaspur (Chhattisgarh, Inde). Les résultats ont indiqué que le *Tinea corporis* était le type d'infection le plus présent et il a été découvert que cela était souvent dû à la mauvaise utilisation de crèmes en vente libre contenant des corticostéroïdes topiques.

Introduction

L'infection fongique superficielle (dermatophytose) est causée par un pathogène qui est limité au stratum corneum.¹ Ces champignons sont capables de produire de la kératinase, qui aide au métabolisme et vit dans les kératines humaines dans la peau, les ongles et les cheveux. Les infections causées par les champignons appartenant aux genres *Trichophyton*, *Microsporum* ou *Epidermophyton*, sont appelées « tinea ». Tinea est un mot latin signifiant « ver » ou « asticot » car la croyance initiale était que ces infections étaient causées par des parasites semblables à des vers.² Le diagnostic clinique tire son nom de la partie du corps affectée tel que *Tinea corporis* ou teigne (tronc et membres), *Tinea Cruris* ou prurit (aine), *tinea unguium* (ongles), *Tinea Capitis* (cuir chevelu), *Tinea Barbae* (région de la barbe), *Tinea Manuum* (mains) et *Tinea Pedis* (pieds).

Aux États-Unis, la dermatophytose est l'une des maladies cutanées les plus fréquemment rencontrées³ et le risque estimé d'être atteint de dermatophytose une fois dans sa vie se situe entre 10 et 20 %.⁴ Parmi les trois genres précédemment cités, cinq à six espèces sont à l'origine de la plupart des cas de dermatophytose à travers le monde.⁵

Il existe très peu de documentation sur les aspects épidémiologiques des infections fongiques superficielles dans l'État du Chhattisgarh, en Inde. La présente étude visait à étudier diverses variables démographiques et socioculturelles parmi un groupe symptomatique de patients atteints d'infections fongiques superficielles.

Matériaux et méthodes

Des patients symptomatiques consécutifs du service ambulatoire de dermatologie du Usha Memorial Hospital, à Bilaspur (Chhattisgarh, Inde), présentant une infection fongique ayant fait l'objet d'un diagnostic clinique, ont été inclus dans l'étude conduite sur une période de 6 mois. Puisque les cas de dermatophytose étaient très courants et que l'étude se tenait dans un hôpital privé au budget limité, il n'était pas possible d'établir un diagnostic par frottis au KOH ou par biopsie.

Un questionnaire a été développé pour collecter des données sur des caractéristiques démographiques (âge, sexe et emploi), sur l'historique d'infections fongiques antérieures et d'automédication avec des préparations topiques, sur des modèles cliniques d'infection et sur les nombres de lésions, ainsi que sur des caractéristiques socioculturelles (nombre de membres dans la

famille, type de source d'eau, fréquence des bains et partage de savon et de serviette au sein de la famille).

Résultats

Voir Figs 1-4 pour la répartition des diverses variables

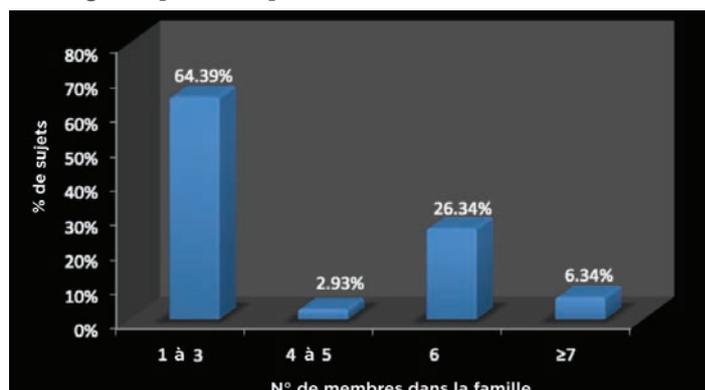


Fig. 1. Répartition des individus en fonction du nombre de membres dans la famille

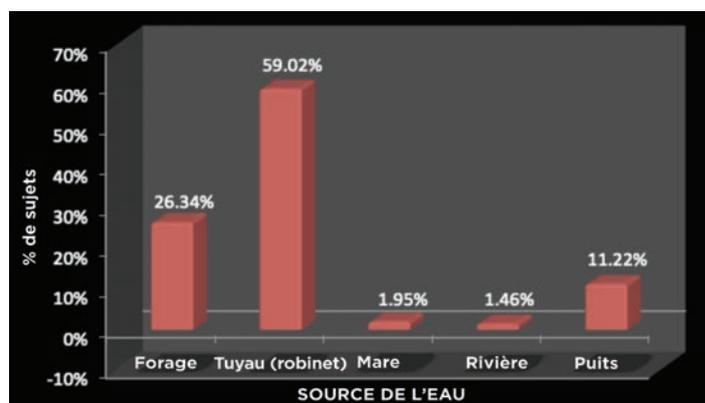


Fig. 2. Répartition des individus en fonction du type de source d'eau

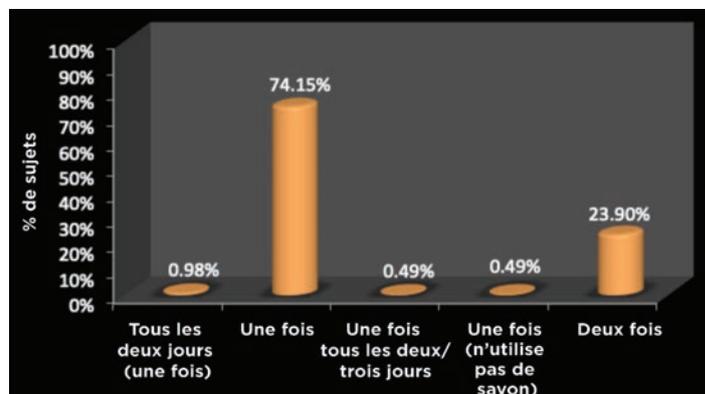


Fig. 3. Répartition des individus en fonction de la fréquence des bains

L'étude comprenait 205 patients âgés de 10 à 60 ans. Les hommes étaient plus fréquemment touchés (H:F 116:89) et 20 des 25 cas de tinea cruris (80 %) touchaient des hommes. Seulement deux cas de tinea capitis ont été observés, tous deux chez des patients âgés de moins de 20 ans, et seulement

Suite au verso...

Étude des Infections Fongiques Superficielles à Chhattisgarh (Inde) : un bref compte-rendu suite

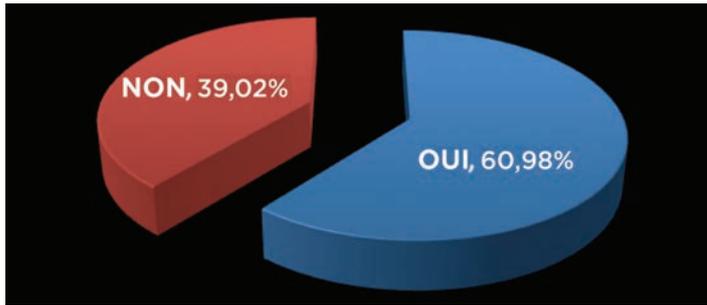


Fig 4. Répartition des individus en fonction du partage de savon et de serviette au sein de la famille

quatre cas de tinea faciei, tous chez des patients âgés de moins de 40 ans. Aucun cas de tinea manuum n'a été observé. La maladie la plus fréquente était tinea corporis (135/205 ; 66 %), observé dans toutes les classes d'âge et présentant également une prépondérance chez les hommes (76/135 ; 56 %). Dans l'ensemble, la majorité des patients présentait des lésions multiples (170/205 ; 83 %) et une majorité (116/205 ; 57 %) a indiqué une historique d'utilisation de préparations en vente libre contenant des corticostéroïdes topiques (Fig. 5), telles que Panderm® +, une combinaison stéroïde topique communément utilisée en Inde. Le tinea faciei a été observé uniquement chez des patients ayant un historique d'automédication avec des stéroïdes topiques (Tableau 1). Il a également été montré que 125/205 (61 %) des patients partageaient le même savon et la même serviette au sein de la famille.

Discussion

Par le passé, les infections bactériennes de la peau étaient plus fréquentes mais les infections fongiques sont récemment devenues plus courantes. La prévalence élevée des infections fongiques dans les régions tropicales peut être due à l'environnement chaud et humide.



Fig 5. Exemples de préparations en vente libre contenant des corticostéroïdes puissants

Les infections fongiques peuvent être cutanées ou systémiques. Les infections fongiques superficielles peuvent avoir des effets négatifs sur la qualité de vie d'une personne et, dans certains cas, se propager à d'autres individus ou devenir envahissante. La plupart des infections fongiques superficielles peuvent faire l'objet d'un diagnostic clinique et être facilement traitées.⁶

En Inde, les gens ont principalement recours à l'automédication et appliquent des médicaments en vente libre avant de se rendre chez un

Tableau 1
Présentations cliniques de l'infection fongique

N	P. Versicolor 32		Tinea Capitis 2		Tinea Corporis 135		Tinea Cruris 25		Tinea Faciei 4		Tinea Pedis 7		Total 205	
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	
Âge (en années)														
10 à 19 ans	12	38	2	100	28	21	5	20	1	25	2	29	50	24
20 à 29 ans	9	28	0	0	37	27	6	24	2	50	2	29	56	27
30 à 39 ans	1	3	0	0	21	16	5	20	1	25	1	14	29	14
40 à 49 ans	10	31	0	0	31	23	8	32	0	0	1	14	50	24
50 à 60 ans	0	0	0	0	18	13	1	4	0	0	1	14	20	10
Sexe														
Homme	13	41	1	50	76	56	20	80	2	50	4	57	116	57
Femme	19	59	1	50	59	44	5	20	2	50	3	43	89	43
Type d'emploi														
Femme au foyer	6	19	0	0	32	24	1	4	1	25	0	0	40	20
Employé qualifié	7	22	0	0	27	20	7	28	1	25	3	43	45	22
Étudiant	13	41	2	100	26	19	6	24	1	25	3	43	51	25
Employé non qualifié	6	19	0	0	50	37	11	44	1	25	1	14	69	34
Lésion														
Simple	5	16	1	50	26	19	1	4	2	50	0	0	35	17
Multiple	27	84	1	50	109	81	24	96	2	50	7	100	170	83
Utilisation de stéroïdes														
Présente	8	25	1	50	86	64	15	60	4	100	2	29	116	57
Absente	24	75	1	50	49	36	10	40	0	0	5	71	89	43
Historique de précédentes infections fongiques														
Présente	4	13	0	0	26	19	3	12	1	25	2	29	36	18
Absente	28	88	2	100	109	81	22	88	3	75	5	71	169	82

dermatologue et, à l'opposé de pays industrialisés tels que les États-Unis et le Royaume-Uni, les crèmes contenant des corticostéroïdes puissants avec un agent antifongique sont disponibles sans ordonnance. Cela change le contexte clinique et la guérison est plus longue. Selon notre étude, 57 % des patients ambulatoires symptomatiques souffrant d'infections fongiques superficielles diagnostiquées cliniquement avaient utilisé de telles préparations.

Le nombre de cas de tinea a augmenté en Inde ces dernières décennies. Nous avons découvert que le tinea corporis était la dermatophytose la plus courante et que les hommes étaient plus fréquemment touchés que les femmes. Par opposition, une étude réalisée à Singapour a déterminé que l'infection fongique la plus fréquente était le tinea pedis, suivi du pityriasis versicolor et du tinea cruris.⁷ La tendance dans la répartition des infections de tinea dans la population de la présente étude ne corrobore pas avec les résultats précédemment obtenus aux États-Unis.³ Il semble donc qu'il existe soit une variation régionale dans le modèle de l'infection, soit un changement en cours au niveau mondial.

Conclusion

- L'infection tinea est couramment liée à l'utilisation de crèmes contenant des corticostéroïdes puissants ; en Inde ceux-ci peuvent être achetés sans ordonnance.
- Établissez un historique précis de l'utilisation de médicaments ; recommandez d'éviter l'utilisation de corticostéroïdes topiques.
- Encouragez les membres d'une même famille à ne pas partager leur savon et leurs serviettes.

Références

1. Walsh TJ, Dixon DM. Spectrum of Mycoses. Dans : Medical Microbiology (Baron S, ed), 4th edn. Galveston (TX) : University of Texas Medical Branch, 1996 ; Chapter 75.
2. Brooks GF, Carroll KC, Butel JS, Morse SA. Mycology. Dans ; Jawetz, Melnick, Adelberg's Medical Microbiology, 24th edn. New York: Mc Graw Hill, 2007.
3. Stern RS. The epidemiology of cutaneous disease. Dans : Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (Freedberg IM, Fitzpatrick TB, eds), 5th ed, New York: McGraw- Hill, 1999; 7-12.
4. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER. et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. J Am Acad Dermatol 1996; **34**:282-6.
5. Aly R. Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. J Am Acad Dermatol 1994; **31**:S21-5.
6. Garber G. An overview of fungal infections. Drugs 2001; 61 (Supplement 1):1- 12.
7. Tan H-H. Superficial fungal infection seen at the National Skin Centre, Singapore. Jpn J Med Mycol 2005; **46**:77-80.

Commentaire par RJ Hay

Ce rapport provenant d'Inde indique un nombre élevé de cas de dermatophytose, la plupart d'entre eux étant le tinea corporis. L'éruption de tinea en Inde constitue un problème majeur dans la région et l'on observe une propagation dans d'autres pays en Europe et au Moyen-Orient. De nombreux cas sont causés par une nouvelle souche de *Trichophyton mentagrophytes* mais certains sont dus au *T. rubrum*. Les caractéristiques communes sont les lésions cutanées importantes constatées dans l'infection et la faible réponse aux antifongiques ; de nombreux patients ont également reçu des antifongiques topiques combinés avec des corticostéroïdes puissants. Il existe toutefois également des preuves que certains des champignons sont résistants in vitro à des agents antifongiques tels que la terbinafine. La propagation incessante de cette nouvelle variante de teigne aussi bien dans le pays qu'à l'étranger est très inquiétante.

Bibliographie

- Bishnoi A, Vinay K, Dogra S. Emergence of recalcitrant dermatophytosis in India. Lancet Infect Dis 2018; **18**:250-1.
- Verma SB, Madhu R. The great Indian epidemic of superficial dermatophytosis: An appraisal. Indian J Dermatol 2017; **62**:227-36.

GLODERM Trainee Committee

Améliorer l'accès à l'enseignement en dermatologie pour les stagiaires à travers le monde

L'objectif du GLODERM Trainee Committee est de promouvoir une répartition équitable des connaissances en améliorant l'accès à l'enseignement pour les stagiaires en dermatologie à travers le monde. GTC a pour but d'offrir des événements éducatifs gratuits et des opportunités de développer des réseaux et des collaborations. En améliorant les opportunités éducatives pour les stagiaires, ils espèrent motiver les générations futures de leaders en dermatologie à travers la planète.

GTC offre une fois par mois une série de conférences gratuites en ligne conduites par des stagiaires. Pour obtenir plus de renseignements sur cette série et découvrir comment vous inscrire, veuillez vous rendre sur <https://gloderm.org/gtc/>



RÉPONSES AU QUIZ :

Réponse 1: Syndrome des ongles jaunes; Réponse 2: a) Radio du thorax

Le syndrome des ongles jaunes (SOJ) est considéré comme une maladie très rare se produisant généralement chez des individus âgés de plus de 50 ans, avec seulement quelques cas rapportés chez de jeunes patients. Le diagnostic est basé sur la présence d'une triade incluant des ongles décolorés jaunes, des incidents pulmonaires

(toux chronique, bronchectasie et épanchement pleural) et un lymphoedème des membres inférieurs. Il est souvent accompagné d'une sinusite. L'étiologie demeure inconnue mais les troubles lymphatiques sous-jacents sont souvent considérés comme étant compliqués.

Le SOJ se produit souvent comme un phénomène isolé mais peut être associé à d'autres maladies liées au système lymphatique, des maladies auto-immunes ou des cancers. La gestion est symptomatique. Le syndrome peut se résorber spontanément. Des preuves anecdotiques soutiennent l'utilisation combinée de vitamine E prise par voie orale et d'antifongiques triazolés pour éliminer la décoloration des ongles.

Mademoiselle B présentait un lymphoedème et sa radio du thorax a révélé une bronchectasie (Fig. 2) justifiant une étude complémentaire du thorax. Elle ne présentait aucune autre comorbidité sous-jacente. Ses ongles jaunes n'ont répondu que partiellement à la prise orale de vitamine E pendant 6 semaines.



Fig 2. Radio du thorax montrant une bronchectasie dans les parties inférieures

Rédacteurs

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

Rédacteur-Fondateur

Paul Buxton (Royaume-Uni)

Secrétaire de Direction

ILDS Secretariat

Comité de Rédaction

Ayesha Akinkugbe (Nigéria)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Jean Bolognia (États-Unis)
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)
Harvey Lui (Canada)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)
John Masenga (Tanzanie)
Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)
Anisa Mosam (Afrique du Sud)

Kelvin Mponda (Malawi)
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 (CSH) est disponible en format numérique et papier. Vous pouvez vous abonner **gratuitement** à la version numérique ou papier en vous rendant sur :

<https://ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal/>

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

Écrire un article

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

Veillez 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, Londres 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.

Société d'Édition

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) <https://ilds.org/>

Clause de non-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

Avec 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



Soutenez financièrement le journal lors de vos achats en ligne 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. Son prédécesseur avait débuté en 1889 comme le premier d'une longue série de 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 pour poursuivre les activités de santé dermatologique de l'ILDS. 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