

Le noma, une maladie négligée : un article pédagogique

Elise Farley^{1,2*}, Mohana Amirtharajah³, Charity Kamu^{1,2}, Bukola Oluyide¹, Muhammad Shoaib¹, Shafiu Isah², Adeniyi Semiyu Adetunji², Mark Sherlock³

¹ Médecins Sans Frontières, Sokoto, Nigeria.

² Noma Children's Hospital, Sokoto, Nigeria.

³ Médecins Sans Frontières, Amsterdam, Pays-Bas.

* Auteur principal : elisefarley@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots Clés : Noma, ou cancrum oris, une maladie tropicale négligée.

Résumé

Le noma (cancrum oris) est une infection de la cavité buccale à progression rapide, associée à un taux de mortalité de 90 % dans les semaines suivant l'apparition des premiers symptômes, si elle n'est pas traitée. Le noma touche principalement les enfants âgés de 2 à 5 ans. Outre son taux de mortalité élevé, le noma entraîne de graves séquelles physiques et mentales et affecte les personnes les plus vulnérables vivant dans des communautés isolées avec un accès minimal aux soins de santé. Alors que la manifestation clinique et les séquelles du noma dans chaque cas sont uniques, l'infection commence toujours par une inflammation des gencives, qui conduit ensuite à une ulcération et à la destruction rapide (en quelques semaines) de la joue, de la mâchoire, des lèvres, du nez et/ou de l'œil. Le noma est une maladie ancienne mais négligée et mal comprise qui touche les populations les plus défavorisées du monde. Bien que signalée dans la littérature scientifique depuis plusieurs centaines d'années, d'importantes lacunes subsistent dans notre compréhension de la maladie. Les recherches futures devraient se concentrer sur la détermination du fardeau et de la répartition de la maladie, son véritable taux de mortalité, la (les) cause(s) pathogène(s) et les facteurs qui influencent le pronostic et les résultats après le traitement. L'éradication du noma est possible avec une approche intégrée globale. L'ajout du noma à la liste des maladies tropicales négligées de l'Organisation mondiale de la santé permettrait de mieux être sensibilisé à la maladie et donnerait une impulsion à la recherche et à des financements accrus des programmes de prévention et de traitement.



Fig. 1. Une enfant de 6 ans avec une anomalie de stade 4 (classification de l'OMS) à la joue droite et à la lèvre ; notez la visibilité des dents et les cicatrices précoces.

Appli Community Skin Health

L'appli CSH est disponible pour iOS et Android.

Vous disposez désormais de chaque numéro à portée de main et vous pouvez rechercher les sujets d'actualité, attacher un signet à vos articles préférés et recevoir le dernier numéro directement sur votre téléphone.



Partagez vos témoignages

Nous adorerions entendre la manière dont les professionnels de la santé utilisent le journal de CSH pour aider à offrir des services de soins dermatologiques à travers le monde. Nous vous remercions d'avance de partager avec nous vos manières d'utiliser le journal. Ces études de cas seront présentées dans de futures éditions.

Merci de nous envoyer vos témoignages à CSH@ilds.org ou de nous taguer sur Twitter, Instagram ou Facebook à @IFDerm.

Contenu

17 Le Noma, une maladie négligée : un article pédagogique

Elise Farley, Mohana Amirtharajah, Charity Kamu, Bukola Oluyide, Muhammad Shoaib, Shafiu Isah, Adeniyi Semiyu Adetunji et Mark Sherlock

20 Quiz

Deepani Munidasa

21 Note d'évaluation du CSH

Amelia Crowther

22 Programmes postuniversitaires de dermatologie en Afrique

Anisa Mosam et Gail Todd

25 Une présentation biaisée de la dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée : un exposé de cas

Doriane Sabushimike, Lulyritha Kini, Daudi Mavura, John E. Masenga, Rune Philemon and Magdalena Dennis

28 Scénario post-élimination de la lèpre dans un hôpital de soins tertiaires du sud de l'Inde

Rochelle C Monteiro et Ramesh Bhat

31 Annonce du nouveau directeur exécutif pour l'ILDS

Introduction

Le noma est une infection de la cavité buccale à progression rapide, associée à un taux de mortalité de 90 % dans les semaines suivant l'apparition des premiers symptômes, si elle n'est pas traitée.¹ Outre son taux de mortalité élevé, le noma entraîne de graves séquelles de santé physique et mentale et affecte les plus vulnérables vivant dans des communautés isolées avec un accès minimal aux soins de santé. Le noma est signalé dans la littérature scientifique depuis des siècles, mais il existe de nombreuses lacunes importantes dans les connaissances sur la maladie. Malgré ses conséquences désastreuses, le noma n'est pas reconnu comme une maladie tropicale négligée (MTN) officielle par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce court article pédagogique vise à offrir un aperçu de ce que l'on sait actuellement sur le noma et à proposer des suggestions pour le contrôle intégré du noma.

Évolution clinique et étiologie

Le noma affecte principalement les enfants âgés de 2 à 5 ans.² Alors que la manifestation clinique et les séquelles du noma dans chaque cas sont uniques, l'infection commence invariablement par une inflammation des gencives (gingivite), qui conduit ensuite à l'ulcération et à la destruction rapide (en quelques semaines¹) de la joue, de la mâchoire, des lèvres, du nez et/ou de l'œil.¹ (Fig. 1-3)

L'OMS a classé le noma en cinq stades :

- Stade d'alerte : gingivite simple ;
- Stade 1 : gingivite nécrosante aiguë ;
- Stade 2 : œdème ;
- Stade 3 : gangrène ;
- Stade 4 : cicatrices ;
- Stade 5 : séquelles.¹

Les décès chez les patients atteints de noma sont principalement dus à l'impossibilité de s'alimenter, à une pneumonie par aspiration, à une insuffisance respiratoire ou à une septicémie.³ Le noma n'est pas signalé comme étant contagieux.¹ La pathogenèse du noma est mal comprise et la microbiologie est débattue. Un éventail de micro-organismes a été identifié dans la flore buccale des patients atteints de noma, mais aucun n'a été constamment présent, jetant un doute sur le rôle d'un micro-organisme spécifique dans la survenue du noma.¹

Facteurs de risque

Les facteurs de risque signalés pour la survenue du noma comprennent ;

- un âge entre 2 et 5 ans ;
- le non-allaitement ;
- les comorbidités telles que la rougeole ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), soit au moment du diagnostic du noma, soit dans les 3 mois précédant le diagnostic ;
- un manque d'accès à des soins de santé de qualité, y compris les vaccinations infantiles ;
- de mauvaises pratiques d'hygiène bucco-dentaire ;
- le faible statut socio-économique de la famille.¹

Traitement

Les directives actuelles de l'OMS pour la prise en charge des stades aigus du noma en milieu clinique incluent :¹ l'hygiène buccale (bain de bouche à la chlorhexidine 0,2 %, 10 ml), le traitement antibiotique (amoxicilline et métronidazole), le soutien nutritionnel (riche en protéines), le nettoyage des plaies (compresses imbibées de

peroxyde d'hydrogène dilué) et le pansement (miel pour pansement local et pour action antibactérienne et régénération).¹ Ces traitements peuvent réduire la durée et la gravité de l'infection et l'étendue des lésions tissulaires, réduisant ainsi la mortalité et la morbidité. Les patients qui survivent aux premiers stades présenteront souvent de graves déformations et de multiples déficiences physiques telles que des difficultés à s'alimenter, à voir et à respirer.¹ Les survivants ont souvent besoin d'une reconstruction chirurgicale complexe pour restaurer la forme et la fonction.¹ Le trismus (contraction involontaire de mâchoire) est l'une des séquelles les plus invalidantes et peut entraîner des complications telles que l'aspiration, la malnutrition, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, des troubles de la parole, une obstruction des voies respiratoires et des douleurs chroniques.⁴ La physiothérapie est un élément essentiel du traitement du noma, en particulier pour prévenir ou minimiser le trismus, et peut permettre d'améliorer la capacité à s'alimenter, mâcher et parler.¹ Le noma conduit souvent à la stigmatisation et à l'isolement social qui en résulte pour les patients et les membres de leur famille.² Ainsi, la prise en charge des patients atteints de noma nécessite systématiquement un soutien social et psychologique. Les résultats du traitement du noma sont difficiles à évaluer en raison du suivi irrégulier des patients s'expliquant par l'éloignement de leurs villages d'origine et des difficultés d'accès aux établissements de santé pour les visites de suivi programmées.



Fig. 2. Un enfant de 3 ans atteint d'un noma de stade 5 (Classification de l'OMS) présentant une anomalie importante affectant l'œil gauche et la joue.

Fardeau et répartition de la maladie

En raison du manque d'estimations fiables, le fardeau global et la répartition réels du noma sont inconnus. Le noma était couramment signalé en Europe et en Amérique du Nord jusqu'au début du XXe siècle, lorsque les conditions de vie dans ces régions se sont améliorées.⁵ Ces dernières années, le noma a été principalement signalé dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'Afrique et d'Asie. En 1998, l'OMS estimait que, dans le monde, 140 000 nouveaux cas de noma survenaient chaque année et que 770 000 patients vivaient avec des séquelles de noma à ce moment là (selon l'opinion d'experts).¹ Une étude nigériane de 2018 a estimé que la prévalence ponctuelle communautaire dans le nord-ouest était

de 3 300 enfants sur 100 000 âgés de 0 à 15 ans, ce qui indique que le fardeau global pourrait être considérablement plus important.⁶ La grande variation est due aux différentes conceptions des études et aux divers stades de noma inclus dans les estimations.

Noma négligé

Le noma est signalé depuis des siècles dans la littérature scientifique dans divers contextes. Cependant, les études de cas constituent une grande partie de la littérature. Il existe très peu d'études fiables incluant la collecte de données primaires. Le taux de mortalité élevé, la progression rapide de la maladie, les difficultés d'accès aux soins et la méconnaissance du noma par les soignants^{7,8} conduisant à des erreurs de diagnostic, en font une maladie difficile à étudier. Ces défis signifient que les patients atteints de noma et la maladie elle-même restent invisibles au sein de leurs communautés locales, des systèmes de santé censés les prendre en charge et de la communauté mondiale de la santé. Cette invisibilité a conduit à la négligence, ce qui a entraîné plusieurs lacunes importantes dans les connaissances sur la maladie. Les domaines les plus importants pour les recherches futures comprennent l'énumération de la répartition et du fardeau globaux de la maladie, l'exploration de l'étiologie et de la microbiologie du noma, les facteurs de risque de progression vers les stades avancés de la maladie et les méthodes et messages de prévention les plus efficaces.

Prévention et contrôle

La méthode de contrôle du noma la plus appropriée est la prévention. Il est possible de réduire l'incidence du noma et d'autres maladies infantiles en améliorant les conditions de vie des populations et en éliminant les principaux facteurs de risque associés à la survenue du noma (faible taux de vaccination, malnutrition et mauvaise hygiène bucco-dentaire). Pour ce faire, la création d'emplois et d'un système de vaccination fonctionnel ainsi qu'un meilleur accès à une nutrition appropriée et à des soins de santé de qualité, à l'eau potable, à des services d'assainissement et à une hygiène de base pourraient être déterminants.

À défaut, le noma peut être maîtrisé en passant des programmes verticaux de chirurgie du noma à des mesures intégrées. La première des ces mesures serait de faire évoluer la méthode de contrôle de la maladie d'une gestion passive vers une surveillance active et un diagnostic et un traitement précoces – une méthode qui s'est avérée efficace pour le contrôle de l'ulcère de Buruli.⁹ Une approche supplémentaire consisterait à intégrer les dépistages oraux dans les évaluations de routine des soins de santé primaires, les enquêtes sur la couverture vaccinale, les initiatives de surveillance des autres MTN ou les enquêtes sur la malnutrition.

Les méthodes ci-dessus nécessitent une campagne concertée de sensibilisation afin que le noma ne reste pas invisible. Une sensibilisation accrue des professionnels de la santé aiderait à garantir que les patients sont correctement diagnostiqués et traités en temps opportun et à accroître l'efficacité des systèmes de surveillance en améliorant la déclaration des maladies. Inclure le noma dans les programmes de formation en maladies infectieuses, en médecine et en soins infirmiers est une première étape pour atteindre cet objectif. La sensibilisation est également nécessaire au niveau communautaire pour enseigner les méthodes de modification des facteurs de risque (promouvoir la vaccination, l'éducation nutritionnelle et des pratiques d'hygiène bucco-dentaire saines) et éduquer les membres de la communauté sur les premiers signes et symptômes du noma et sur l'importance de demander des soins de santé dans les premiers stades réversibles de la maladie.



Fig. 3. Un enfant d'environ 3 ans avec un noma de stade 3 (classification de l'OMS). Notez l'anomalie de la lèvre inférieure et de la gencive avec une nécrose presque complète au centre.

Ces campagnes de sensibilisation sont, par nécessité, de grande envergure et nécessitent des ressources et une attention pour le noma à l'échelle mondiale. Pour obtenir le soutien nécessaire, le noma doit figurer sur la liste des MTN de l'OMS. Cette reconnaissance placera le noma sous les projecteurs, soulignera la nécessité d'approfondir la recherche sur la maladie et sera un catalyseur pour collecter des fonds pour les programmes de prévention et de traitement.

Conclusion

Le noma est une infection à évolution rapide qui touche les jeunes enfants vulnérables, dont beaucoup décèdent. Évitable, elle peut être traitée efficacement si elle est diagnostiquée précocement. Il existe de nombreuses lacunes dans les connaissances sur la maladie, celle-ci étant relativement méconnue des professionnels de santé et souvent sous-déclarée. L'éradication du noma est possible avec une approche intégrée globale. L'ajout du noma à la liste des MTN de l'OMS augmenterait la sensibilisation à la maladie et donnerait une impulsion à la recherche et au financement accrus des programmes de prévention et de traitement.

Financement

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'un organisme de financement des secteurs public, commercial ou à but non lucratif. Le personnel de MSF a effectué la recherche dans le cadre de ses fonctions de routine.

Remerciements

Les auteurs remercient les survivants du noma et leurs soignants, le personnel de la mission Médecins Sans Frontières au Nigeria et du Noma Children's Hospital, ainsi que le ministère nigérian de la Santé.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. *Noma is a severe disease: It is treatable if detected and managed early*. Brazzaville, République du Congo, 2016. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/Information_brochure_EN.pdf (consulté le 29 octobre 2021).
2. Ashok N, Tarakji B, Darwish S *et al.* A review on noma: a recent update. *Glob J Health Sci* 2016; **8**:53–9. DOI: 10.5539/gjhs.v8n4p53.
3. Baratti-Mayer D, Pittet B, Montandon D *et al.* Noma: an "infectious" disease of unknown aetiology. *Lancet Infect Dis* 2003; **3**:419–31.
4. Walker M, Burns K. *Trismus: Diagnosis and Management Considerations for the Speech Pathologist*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association, 2006.
5. Marck KW. A history of noma, the "Face of Poverty." *Plast Reconstr Surg* 2003; **111**:1702–7.
6. Farley E, Oyemakinde MJ, Schuurmans J *et al.* The prevalence of noma in northwest Nigeria. *BMJ Glob Health* 2020; **5**:e002141.

Suite au verso...

Le noma, une maladie négligée : un article pédagogique...suite

- Ahlgren M, Funk T, Marimo C *et al.* Management of noma: practice competence and knowledge among healthcare workers in a rural district of Zambia. *Glob Health Action* 2017; **10**: 1340253.
- Brattström-Stolt L, Funk T, Sié A *et al.* Noma -knowledge and practice competence among primary healthcare workers: a cross-sectional study in Burkina Faso. *Int Health* 2019; **11**:290-6.
- Fitzpatrick C, Nwankwo U, Lenk E *et al.* An investment case for ending neglected tropical diseases. Dans : *Major Infectious Diseases* (Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR *et al.*, eds) 3e éd. Washington (DC) : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017; 411-31.

Tous les chiffres © Médecins Sans Frontières, consentement donné par les parents/tuteurs pour que des photos soient prises et utilisées dans des publications, des présentations ou des rapports. Autorisation d'utiliser les images accordée.



<https://www.afro.who.int/publications/information-brochure-early-detection-and-management-noma>

QUIZ

Deepani Munidasa

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

Un agriculteur de 50 ans d'Anuradhapura, au Sri Lanka, présentait des nodules cutanés verruqueux ulcérés humides gênants récidivants sur le visage, les membres et le tronc depuis les 8 dernières années (Fig. 1 et 2).

Au début, il avait souvent le " nez bouché ", ce qu'il attribuait au fait de se baigner tous les jours dans l'étang de la ferme après une dure journée de travail. Les nodules autour du nez et des joues sont apparus plus tard et se sont ensuite propagés à d'autres régions du corps, notamment les bras et les jambes.

Question 1 - Quel est le diagnostic ?

- Chromoblastomycose
- Maduromycose
- Infection mycobactérienne cutanée atypique
- Gommes syphilitiques disséminées
- Rhinosporidiose disséminée

Question 2 - Cette maladie est la plus fortement associé à...

- Élevage de volaille
- VIH
- Exposition à l'eau des étangs et des lacs
- Infection au COVID-19
- Tabagisme

Question 3 - Un nodule cutané a été biopsié. Qu'est-ce que l'histologie est susceptible de mettre en évidence ?

- Panniculite neutrophile
- Granulome à structures annulaires brunes (" pièces de monnaie en cuivre ")
- Abcès avec granules de soufre
- Granulome avec sporanges
- Hyphes fongiques



Fig. 1 & 2. Nodules cutanés verruqueux ulcérés humides.

Réponses à la page 31

NOTE D'ÉVALUATION DU CSH

Amelia Crowther

Chargée de projet IFD, E-mail : acrowther@ilds.org

En mars 2019, le CSH a lancé une évaluation pour aider à déterminer comment le journal est utilisé et s'assurer qu'il constitue une ressource pertinente pour les professionnels de la santé du monde entier. L'enquête a été promue sur la première page de quatre éditions du journal en 2 ans. Des questionnaires papier ont également été inclus sous forme d'encart dans les copies physiques de la publication. Les lecteurs ont pu soumettre des réponses via Survey Monkey, par e-mail ou par la poste. Au CSH, nous apprécions grandement les précieux commentaires de nos lecteurs et sommes maintenant heureux de partager quelques faits saillants !

Principales constatations des 54 réponses*

- 55 % des sondés étaient des professionnels de santé travaillant spécifiquement en dermatologie et vénéréologie et 34 % étaient des professionnels de santé généralistes.
- 96 % des répondants ont indiqué qu'ils considéraient le journal comme une ressource utile.
- 96 % des sondés ont déclaré que le journal est utile aux professionnels de la santé travaillant sur le terrain.
- 96 % ont convenu que le journal fournit des informations sur la façon de mieux traiter (ou de fournir davantage de soutien) aux patients et à la communauté au sens large.
- 62 % ont déclaré partager le journal avec leurs collègues après l'avoir lu.

Le CSH a pris en compte les commentaires des lecteurs sur les améliorations pouvant être apportées au journal et dans les prochains volumes ; nous espérons ainsi :

- inclure davantage d'études de cas et de photographies ;
- couvrir davantage de maladies ;
- fournir davantage d'informations sur les autres médicaments disponibles dans les milieux à faibles ressources ;
- étudier la possibilité de traduire le journal dans de nouvelles langues ;
- inclure davantage d'articles relatifs aux soins infirmiers ;
- inclure davantage de photographies de manifestations cutanées sur différentes couleurs de peau ;
- offrir de nouvelles opportunités aux lecteurs de partager leurs expériences de terrain.

Nous tenons à vous remercier pour vos précieuses contributions. Veuillez nous contacter par e-mail à csh@ilds.org si vous souhaitez partager d'autres commentaires sur le journal CSH.

*Lz CSH reconnaît que le faible taux de réponse à l'enquête d'évaluation limite nos constatations. Nous reconnaissons que, compte tenu qu'un seul exemplaire papier du journal est souvent partagée entre plusieurs personnes, il se peut que ce facteur ait affecté les réponses.

Commentaires de nos lecteurs :

“ Pour les professionnels de la santé généralistes, étant donné que les maladies de la peau ou les manifestations de maladies sont extrêmement courantes, il est très utile disposer d'informations pertinentes et à jour sur le diagnostic, la prise en charge et le suivi.

Professionnel de la santé généraliste

“ Certaines affections dermatologiques ont été prises en charge grâce à la lecture de ces journaux. Les cas présentés dans le journal ont largement contribué au diagnostic des affections dermatologiques rencontrées ici.

Professionnel de santé en dermatologie et vénéréologie au Zimbabwe

“ Il facilite l'acquisition de nouvelles connaissances, compétences et pratiques dans le domaine de la dermatologie.

Professionnel de santé en dermatologie et vénéréologie

“ Les articles sont à jour et m'aident à fournir de meilleurs soins dermatologiques dans des contextes à ressources limitées, et les articles que je partage fournissent des connaissances qui autrement ne seraient pas disponibles.

Professionnel de santé en dermatologie et vénéréologie en Haïti et au Kenya



MERCI

Nos sincères remerciements aux personnes suivantes, qui ont généreusement donné de leur temps et de leur expertise pour superviser la traduction de Community Skin Health dans les langues suivantes :

- **FRANÇAIS** - Dr Olivier Chosidow et Dr Veronique Bataille
- **ESPAGNOL** - Dr Isabel Casas
- **CHINOIS SIMPLIFIÉ** - Dr Tee Siah

Programmes postdoctoraux en dermatologie en Afrique – un résumé, avec permission, de l'article original publié dans *Dermatologic Clinics*¹

Anisa Mosam^{1*}, Gail Todd²

¹ Professeur associé, Département de dermatologie, Université du KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud.

² Professeur émérite, Département de médecine, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud.

* Auteur correspondant : mosama@ukzn.ac.za

Conflit d'intérêts : Aucun.

Sources de financement : Aucun.

Mots Clés : Afrique, cursus, enseignement/formation en dermatologie, dermato-vénéréologie, enseignement/formation.

Points clés d'apprentissage :

- L'Afrique, composée de 55 nations indépendantes, a une population de 1,2 milliard d'habitants et une densité de population de 30,5 personnes/km².
- La prévalence déclarée des maladies de la peau en Afrique rurale varie de 26,9 % en Tanzanie à 80,4 % en Éthiopie, avec de nouvelles consultations pour les maladies de la peau allant de 6,9 % pour tous les niveaux de soins de santé publics au Mali à 13 % pour les soins primaires dans 83 villages au Cameroun, selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).²
- Le nombre de dermatologues par million d'habitants dans chaque pays varie (Fig 1). La plupart des pays ont un ratio inférieur à 10 dermatologues par million d'habitants, généralement inférieur à 1 par million d'habitants, à l'exception de l'Afrique septentrionale.
- Sur les 55 pays africains, 30 n'ont pas de programmes de formation, 10 ont un programme régional, 10 ont un programme national et 5 ont des programmes universitaires (Fig. 2).
- Les programmes de formation en dermatologie sur le continent sont de niveau international et forment des dermatologues avec une expertise clinique solide et une compréhension des besoins des populations qu'ils prennent en charge
- Les programmes de formation conçus dans le " pays du Nord " et répliqués dans les universités africaines mettent l'accent sur les pratiques, y compris les thérapies les plus récentes, qui ne sont pas disponibles, rentables ou fondées sur des données factuelles en provenance d'Afrique.

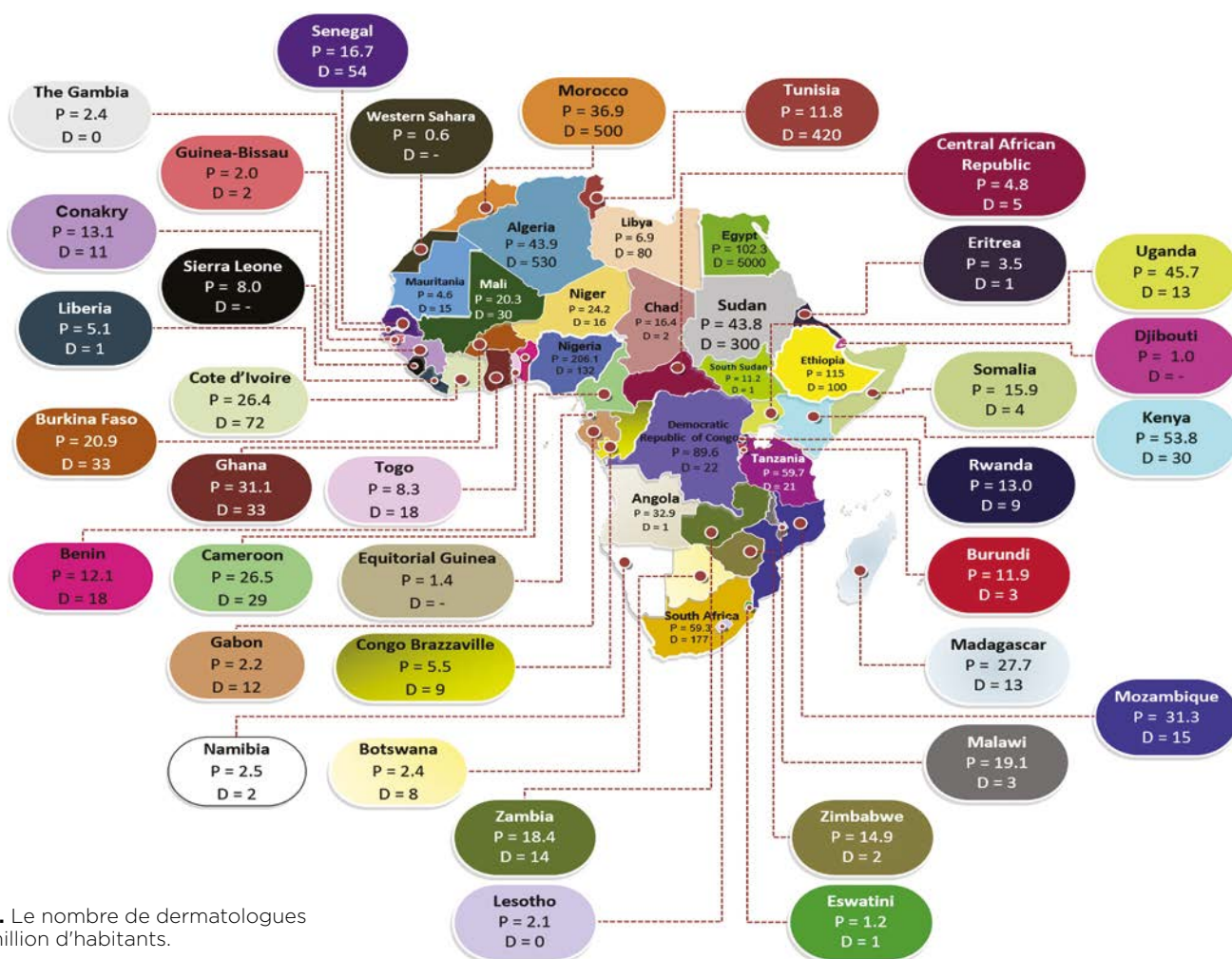


Fig. 1. Le nombre de dermatologues par million d'habitants.

Un résumé des programmes de formation postdoctorale en dermatologie et des outils pédagogiques dans les pays d'Afrique (tableau 1)

- **Afrique australe** : Le nombre de dermatologues par million d'habitants varie de 0 à 3, le nombre le plus élevé étant en Afrique du Sud (A. d. S) (177). Il existe 3 programmes de formation : Angola, Mozambique et Afrique du Sud.
- **Afrique septentrionale** : Le plus grand nombre de dermatologues (5 000) sur le continent se trouve en Égypte avec 49/million d'habitants. Le nombre de dermatologues par million d'habitants varie de 3 en Mauritanie à 49 en Égypte. Il existe des programmes de formation en Algérie, en Égypte, en Libye, au Maroc et en Tunisie.
- **Afrique de l'Ouest** : Le nombre de dermatologues par million d'habitants varie de 0 à 3. Des programmes de formation existent au Ghana, au Mali, au Nigeria et au Sénégal. Tous suivent un programme régional harmonisé en dermatologie acceptable pour la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, même ceux qui n'ont pas de programme de formation.
- **Afrique de l'Est** : La nombre de dermatologues par million d'habitants varie de 1 à 7. Il existe des programmes de formation pour spécialistes en dermatologie établis en Éthiopie, au Kenya, à Madagascar, au Soudan, en Tanzanie et en Ouganda. Le Centre régional de formation en dermatologie de Moshi, en Tanzanie, propose le seul diplôme avancé en dermato-vénérologie pour les cliniciens et les assistants médicaux d'Afrique subsaharienne. Ces 290 diplômés sont le pilier des services de dermatologie en Afrique subsaharienne.

- **Afrique centrale** : Le nombre de dermatologues par million d'habitants varie de 0,1 à 5,5 dans cette région. Il existe un programme de formation en République démocratique du Congo

Régions disposant de programmes de formation en dermatologie ou dermato-vénérologie suivant des cursus régionaux, nationaux ou universitaires (Fig. 2)

- **Programme régional, cursus harmonisé et accréditation par pays** : Afrique de l'Ouest ; *Anglophone* Ghana et Nigeria ; *Francophone* Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Guinée Bissau, Mali, Sénégal et Togo.
- **Programme, cursus et accréditation nationaux** : Algérie, Angola, Égypte, Éthiopie, Libye, Maroc, Afrique du Sud, Soudan, Tanzanie (RDTC) et Tunisie.
- **Programme, cursus et accréditation universitaires** : République Démocratique du Congo (Université de Kinshasa), Kenya (Université de Moi), Madagascar (Université d'Antananarivo), Mozambique et Ouganda (Université de Mbarara).

Il y a peu de partage des cursus et des programmes de formation entre les différentes universités à l'exception de l'Afrique de l'Ouest, soulignant la nécessité de regrouper l'expertise et les ressources afin que la formation puisse être renforcée au niveau régional et que des cursus élaborés soient adaptés aux besoins locaux en Afrique.

Il est évident que de nombreux programmes sont élaborés dans des pays à revenu élevé qui dominent l'espace mondial des connaissances, fixant les paramètres de réussite à leur avantage et au détriment des systèmes de connaissance des pays à revenu faible à intermédiaire (épistémicide).

Suite au verso...

Tableau 1. Résumé des programmes de formation par région et par pays

Région	Pays	Programmes de formation
Afrique australe	Angola	Diplôme de spécialiste en 4 ans délivré par le ministère de la Santé avec un programme national et un examen par le Colegio Angolano de Dermatologia e Venereologia d'Afrique du Sud.
	Mozambique	Diplôme en 5 ans (3 en dermatologie). Spécialiste en Dermatologie et Vénérologie
	Afrique du Sud	Bourse de spécialiste de 4 ans, FF Derm, (A.d.S.), avec un cursus national et un examen par le Collège des dermatologues d'A.d.S. Pour les masters universitaires MMed, un mémoire est requis. Pour s'inscrire en tant que dermatologue spécialiste, le FF Derm (SA) et le MMed sont requis.
Afrique septentrionale	Égypte	Programme de master en 5 ans avec MD/PhD (Medical doctor / Philosophiæ doctor)
	Libye et Tunisie	Programme de maîtrise en 4 ans avec examen de fin d'études
	Algérie et Maroc	Détails non disponibles au moment de la publication
Afrique de l'Ouest		Programmes de formation au Nigeria, au Ghana, au Sénégal et au Mali Un programme régional harmonisé est largement suivi Les programmes sont adaptés aux besoins locaux et comportent des programmes, des journaux de bord et des éléments de recherche
	Ghana	Bourse de 5 ans (3 en dermatologie). Bourse du Collège ouest-africain des médecins ou bourse du Collège des médecins et chirurgiens du Ghana
	Mali	Programme de 4 ans
	Nigeria	Bourse de 5 ans (3 en dermatologie). Bourse en médecine interne, sous-spécialité dermatologie
	Sénégal	Diplôme en 4 ans (spécialiste en Dermatologie)
Afrique de l'Est	Éthiopie	Cursus national depuis 2006. Diplôme (certificat de spécialité en Dermato-vénérologie)
	Madagascar	Formation interne (4 ans) depuis 2000. Bourse avec certificat Diplôme d'Études de Formation Spécialisée (DEFS) et Attestation de Formation Spécialisée (AFS) français
	Soudan	Diplôme de médecine en 4 ans 500 dermatologues depuis le début de la formation en 1995
	Tanzanie	Le centre de collaboration du RDTC et de l'OMS forme divers professionnels de la santé des pays subsahariens. Un programme d'internat MMed sur 4 ans et un diplôme avancé en 2 ans en dermato-vénérologie (ADDV) sont proposés.
	Ouganda	Programme de 3 ans (MMed) qui a diplômé 13 dermatologues depuis sa création.
Afrique centrale	République Démocratique du Congo	Diplôme en 5 ans (Docteur spécialiste en Dermatologie) à l'Université de Kinshasa

Programmes postdoctoraux en dermatologie en Afrique – un résumé, avec permission, de l'article original publié dans *Dermatologic Clinics*¹

...suite

Ces programmes sont " répliqués " dans des universités sur le continent avec une considération minimale quant à leur pertinence pour l' Afrique. Ses populations. Les appels à la décolonisation de l' éducation à la santé mondiale et à la reconnaissance de l' héritage des anciennes relations coloniales et de leur influence sur les initiatives de santé mondiale se multiplient.³

La majeure partie du continent compte un nombre de dermatologues inférieur à 10 par million d' habitants ; seule l' Afrique septentrionale compte un nombre plus élevé de 8 à 49 dermatologues par million d' habitants. La plupart des dermatologues africains sont des praticiens privés dans des zones urbaines et sont seulement une minorité dans les services universitaires et publics, ce qui entraîne un accès limité ou inexistant aux soins de la peau pour des pans entiers de la population.⁴ Des informations plus détaillées sur le nombre de dermatologues, les types de programmes de formation disponibles et les détails de cursus par région et par pays ont été publiées récemment.¹

Une précédente tentative de description de l' ensemble des formations en dermatologie en Afrique, principalement axée sur les pays anglophones, a révélé que la formation était limitée.⁵ Certaines solutions proposées pour améliorer la santé dermatologique comprennent la délégation des tâches (avec des formations de courte durée et des diplômes pour former les généralistes, les infirmières, les auxiliaires médicaux, le personnel clinique et les prestataires de soins de santé traditionnels) et la technologie, en particulier la télédermatologie.

Les supports pédagogiques disponibles pour les programmes de formation en Afrique sont principalement issus de sources publiées en Europe, en Amérique et au Royaume-Uni. La pertinence de ces supports de formation pour les personnes ayant une peau pigmentée dans différentes régions du monde et la capacité des dermatologues à diagnostiquer et à traiter les affections cutanées chez les personnes de couleur n' ont pas été évaluées.

En 2006, Ebede et Papier ont entrepris une enquête sur le matériel pédagogique traitant de la peau pigmentée aux États-Unis d' Amérique.⁶ Les manuels de dermatologie qu' ils ont évalués contenaient de faibles pourcentages d' images et de contenu textuel axés sur la peau ethnique (Bologna 19 % ; Freedberg 15 % ; Rook 12 % ; Fitzpatrick 5e éd. 11 % ; Fitzpatrick 4e éd. 10 % ; Sauer's 9 % ; et Habif 4 %). De 1996 à 2005, le pourcentage d' événements de formation aux réunions annuelles de l' American Academy of Dermatology axés sur la peau de couleur est resté inchangé à 2 %. Ils ont recommandé que davantage de photographies et d' informations textuelles décrivant les maladies cutanées courantes et graves chez les personnes de couleur soient intégrées aux ressources pédagogiques. Cela met en évidence l' inadéquation des supports de formation actuellement privilégiés et recommandés pour les résidents africains.⁶

Il est nécessaire d' élaborer des programmes qui offrent un enseignement et des ressources plus appropriées sur les plans culturel, ethnique et géographique.

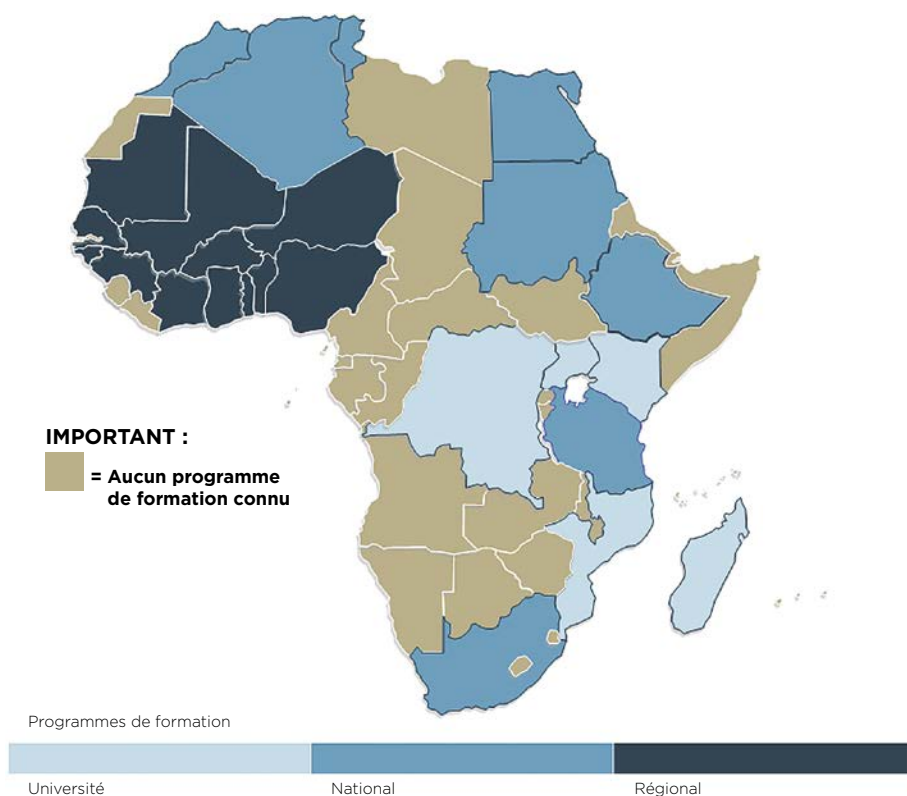


Fig. 2. Les régions disposant de programmes de formation en dermatologie ou dermatovénérologie suivent des cursus régionaux, nationaux ou universitaires.

Des enquêtes continentales et régionales sur les dermatologues formés, leur répartition dans les pays, leurs profils de rétention et leur contribution à la formation en dermato-vénérologie de premier cycle et de troisième cycle et à la décolonisation du cursus devraient être entreprises. Il serait également important d' enquêter sur la manière dont cette contribution de la dermato-vénérologie au fardeau de la santé est reconnue et financée sur tout le continent, tant en ce qui concerne les services cliniques à la population que le financement de la formation.

Références

1. Mosam A, Todd G. Dermatology training in Africa: successes and challenges. *Dermatol Clin* 2021; **39**:57-71.
2. Organisation mondiale de la santé. *Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries*. WHO/FCH/CAH/05.12. OMS, 2005. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69229> (dernier accès : 4 nov. 2021)
3. Hu J, McKoy K, Papier A et al. Dermatology and HIV/AIDS in Africa. *J Glob Infect Dis* 2011; **3**:275-80.
4. Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. *Int J Dermatol* 2011; **50**:552-7.
5. Eichbaum QG, Adams LV, Evert J et al. Decolonizing global health education: rethinking institutional partnerships and approaches. *Acad Med* 2021; **96**:329-5.
6. Ebede T, Papier A. Disparities in dermatology educational resources. *J Am Acad Dermatol* 2006; **55**:687-90.

Une présentation biaisée de la dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée : étude de cas

Doriane Sabushimike^{1*}, Lulyritha Kini¹, Daudi Mavura², John E. Masenga¹, Rune Philemon³ Magdalena Dennis^{1*}

¹Department of Dermato-Venereology, Kilimanjaro Christian Medical University College, Moshi, P. O. Box 2240, Tanzanie.

²Regional Dermatology Training Center, Kilimanjaro Christian Medical Centre, Moshi, P.O. Box 8332, Tanzanie.

³Institute of Public Health, Kilimanjaro Christian Medical University College, Moshi, P. O. Box 2240, Tanzanie.

* Auteurs correspondants : sabushimikedodo@gmail.com, magdaldeenis@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots Clés : Dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée, corticostéroïdes topiques, rosacée.

Résumé

La dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée se manifeste cliniquement par un érythème, des papules et des pustules. Chez certains patients, des changements atrophiques tels que la télangiectasie, survenant à la suite de l'application répétée de corticostéroïdes topiques de puissance modérée à élevée, sont également présents. Nous étudions le cas d'une patiente de 31 ans présentant une dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée. Un érythème aigu, des papules, des nodules et des squames étaient observés sur son visage. Notre approche thérapeutique, qui consistait à réduire progressivement les corticostéroïdes topiques et à lui administrer du tinidazole et du tacrolimus topique, a entraîné une amélioration notable en 2 mois.

Introduction

La rosacée est une dermatose faciale inflammatoire chronique courante. Elle se caractérise par des bouffées vasomotrices, un érythème centro-facial, des télangiectasies, des papules inflammatoires, des pustules, des œdèmes, des modifications phymateuses et des symptômes oculaires.¹⁻³ Elle affecte principalement les patients blancs avec des phototypes de peau clairs et est mal documentée chez les patients noirs. Cette sous-déclaration peut être le résultat d'un sous diagnostic dû à l'aspect foncé des caractéristiques typiques de la rosacée (par exemple, érythème centro facial et télangiectasie) et à l'hyperpigmentation innée chez les personnes de phototypes cutanés V et VI.¹⁻³ L'une des causes d'un aspect ressemblant à la rosacée est le recours excessif à des corticostéroïdes topiques (CST).

De 1951 à 1974, de nombreux dermatologues ont tenté de trouver une dénomination unique pour la dermatose induite par les stéroïdes. C'est en 1974 que Leyden *et al.* lui ont donné le nom de "rosacée stéroïdienne".⁴ D'autre part, compte tenu que la rosacée est déjà un terme bien défini, on a pensé que la dénomination la plus appropriée serait la dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée (DSRR). La DSRR est un symptôme courant du recours excessif aux CST. Bien que l'arrêt des CST soit nécessaire pour stopper la DSRR, un effet rebond peut survenir si l'arrêt est trop brutal.⁵ Il existe trois types de DSRR, classées selon la localisation : péri-orale, centro-faciale et diffuse.⁶ Elles se manifestent cliniquement par un érythème, des papules et des pustules. Chez certains patients, des changements atrophiques, tels que la télangiectasie, se développent à la suite de l'application répétée de CST de puissance modérée à élevée.⁷ Chez les patients de phototypes cutanés IV à VI, l'érythème n'est souvent pas visible à l'œil nu, ce qui rend difficile le diagnostic clinique de la DSRR. La dermatoscopie peut être un outil précieux pour évaluer l'érythème des peaux foncées.⁸ La rosacée peut être confondue avec l'acné,

une réaction allergique ou d'autres affections qui se manifestent par des papules de couleur chair.³ La première étape de la prise en charge de la DSRR consiste à interrompre l'administration de CST. Le deuxième facteur important à considérer est la suppression de l'infection bactérienne dans les follicules pileux avec des antibiotiques systémiques. Le choix des antibiotiques doit tenir compte de la présence de bactéries à Gram-négatif, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, et de la prolifération de *Propionibacterium acnes*, résultant du recours excessif aux CST.⁶

Cas

Une patiente de 31 ans se plaignait de papules érythémateuses prurigineuses et de plaques sur le visage. Elle a indiqué qu'elle souffrait des mêmes lésions depuis près de 4 ans et qu'elle avait été traitée avec plusieurs stéroïdes topiques et crèmes antifongiques. Lors de sa dernière consultation, elle a été traitée pour une tinea incognito avec de la crème de miconazole 2 %, ce qui a aggravé ses lésions avec des signes d'irritation aigüe.

Suite au verso...



Img. 1. Érythème, papules, nodules et squames.

Une présentation biaisée de la dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée : étude de cas...suite

À l'examen, elle présentait un érythème aigu de toutes les zones faciales touchées, du haut de la poitrine et du dos. Les lésions consistaient en des papules, des nodules et des squames. Elle avait également des comédons et des télangiectasies sur le front et la région malaire. Quelques poils terminaux étaient visibles sur la poitrine ainsi que sur la région mandibulaire et le menton (Fig. 1).

Les études de laboratoire ont révélé un profil hormonal normal. Au microscope, aucun organisme démodex ou fongique n'a été observé.

Le cas a été diagnostiqué cliniquement comme une dermatite stéroïdienne ressemblant à la rosacée. Un traitement au tinidazole oral 500 mg deux fois par jour et à la crème d'hydrocortisone à 1 % deux fois par jour a été prescrit. À partir de la deuxième semaine, la crème d'hydrocortisone à 1 % a été réduite à une fois par jour, puis à trois fois par semaine pendant la troisième semaine, puis à deux fois par semaine pendant la dernière semaine avant l'arrêt du traitement. La crème de tacrolimus 0,01 % a été administrée les jours où l'hydrocortisone n'était pas appliquée. Après 1 mois de traitement, la patiente présentait toujours un érythème, mais il était modéré et les papules étaient considérablement réduites (Fig. 2). Lors de la troisième visite, les papules et les squames avaient complètement disparus (Fig. 3). Une dose d'entretien de gel de métronidazole à 1 % a été prescrite pour une application deux fois par jour. Pour les première et dernière visites, des images de dermoscopie ont également été capturées et ont révélé une réduction considérable de l'érythème (Fig. 4 et Fig. 5).



Fig. 2. Érythème modéré et quelques papules.

Discussion

Quelques jours seulement de traitement aux CST suffisent pour supprimer les signes cliniques de nombreuses dermatoses primaires. Les CST ont des propriétés anti-inflammatoires et des effets



Fig. 3. Disparition complète des papules et des squames.

vasoconstricteurs, qui éliminent surtout l'érythème, bien qu'ils ne traitent pas la cause de la maladie. L'arrêt des CST provoque souvent l'exacerbation de la dermatose primaire, ce qui conduit de nombreuses personnes à continuer à utiliser les CST à long terme.⁶

Il est difficile d'apprécier l'érythème à l'œil nu sur les phototypes cutanés de IV à VI. Cela complique le diagnostic de la rosacée pour ces types de peau car l'érythème peut être la principale caractéristique diagnostique. Chez les personnes à la peau foncée, lorsqu'un érythème est observé avec des antécédents d'utilisation de CST, il est souvent confondu avec la tinea incognito, de l'acné ou des réactions allergiques.³

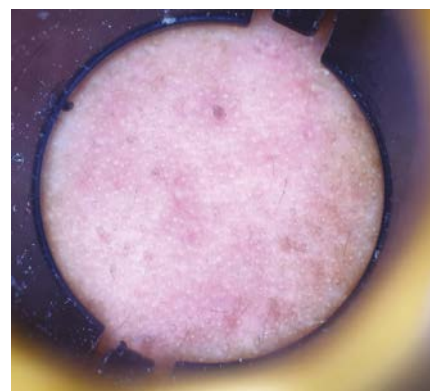


Fig. 4. Érythème vu à la dermoscopie lors de la première visite.

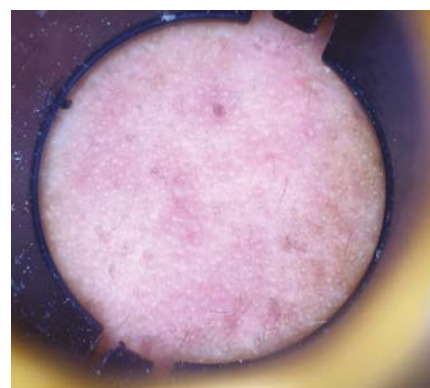


Fig. 5. Réduction de l'érythème visible à la dermoscopie lors de la deuxième visite.

Notre patiente a d'abord été diagnostiquée comme ayant une réaction allergique, puis, plus tard, une tinea incognito. Son traitement à long terme avec des CST suivi d'un antifongique topique a causé beaucoup d'irritations en plus de la DSRR. Un examen au dermoscope, a permis de poser le diagnostic clinique de DSRR. Après avoir diminué les CST et commencé le tinidazole 500 mg deux fois par jour avec du tacrolimus topique 0,01 %, une nette amélioration a été constatée. Nous avons administré du métronidazole deux fois par jour pour son traitement d'entretien.

Conclusion

L'administration à long terme de CST peut entraîner une DSRR. Nous recommandons que le diagnostic de DSRR basé sur les résultats de la dermoscopie soit envisagé pour un patient ayant utilisé des CST lorsqu'il présente un érythème et d'autres dermatoses.

Consentement

La patiente a consenti à participer à cette étude et à faire publier ses données.

Remerciements

RP est un boursier DELTAS / THRIVE dans le cadre de la subvention DELTAS Africa Initiative # DEL-15-011 à THRIVE-2 et le Kilimanjaro Christian Medical University College a fourni l'apport technique.

Références

1. Rosen T, Stone MS. Acne rosacea in blacks. *J Am Acad Dermatol* 1987; **17**:70-3.
2. Al-Dabagh A, Davis SA, McMichael AJ, Feldman SR. Rosacea in skin of color: not a rare diagnosis. *Dermatol Online J* 2014; **20**:13030/qt1mv9r0ss.
3. Dlova NC, Mosam A. Rosacea in black South Africans with skin phototypes V and VI. *Clin Exp Dermatol* 2017; **42**:670-3.
4. Leden JJ, Thew M, Kligman AM. Steroid rosacea. *Arch Dermatol* 1974; **110**:619-22.
5. Seok J, Choi SY, Li K et al. Recalcitrant steroid-induced rosacea successfully treated with 0.03% tacrolimus and 595-nm pulsed dye laser. *Eur J Dermatology* 2016; **26**:311-2.
6. Dubertret L. Which steroids for the treatment of skin disorders on the face? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; **16**:121.
7. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Adnexal diseases. Dans : *Dermatologie*, 4e éd. Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier, 2018; 612.
8. Wollina U, Ogunbiyi A, Verma SB. Rosacea in dark skin. Dans : *Pigmented Ethnic Skin and Imported Dermatoses*. (Orfanos CE, Zouboulis CC, Assaf C, eds). Cham: Springer, 2018; 229-40.

ATLAS DE DERMATOLOGIE (accès libre)

Il existe plusieurs galeries d'images en ligne d'affections cutanées, dont beaucoup comprennent des illustrations de lésions cutanées de couleur.

www.atlasdermatologico.com.br

L'un des plus complets, par le Docteur Samuel Freire de Silva.

<https://dermnetnz.org>

La Société néo-zélandaise de dermatologie offre des conseils faisant autorité sur les traitements, ainsi qu'un lien vers les affections des peaux de couleur.

<https://www.dermatlas.net>

Les Docteurs RP Usatine et BD Madden ont réalisé un atlas dermatologique interactif.

www.dermoscopyatlas.com

Des images de dermoscopie sont disponibles ici.

<https://www.cmecde.com/download-atlas-of-clinical-dermatology-3rd-edition-pdf-free/>

Pour télécharger l'Atlas de Dermatologie d'Anthony du Vivier en version PDF.

www.dermweb.com/photo_atlas

Des liens vers d'autres ressources en ligne sont disponibles.



Images © www.atlasdermatologico.com.br

Scénario post-élimination de la lèpre dans un hôpital de soins tertiaires du sud de l'Inde

Rochelle C Monteiro*, Ramesh Bhat M

Département de dermatologie, de vénéréologie et de lèpre, Father Muller Medical College, Mangalore-575002, Inde.

* Auteur correspondant : rochelle.cheryl@gmail.com, rochelle@fathermuller.in

Conflit d'intérêts : Aucun.

Sources de financement : Aucun.

Mots Clés : Lèpre, élimination, multibacillaire.

Points clés d'apprentissage

1. La lèpre demeure un problème de santé majeur dans les pays à faible revenu malgré son statut " d'élimination " .
2. Le nombre total de cas multibacillaires et de nouveaux cas chez les enfants est élevé dans notre étude, ce qui indique une transmission active au sein de la communauté.
3. La présence de déformations affecte considérablement la qualité de vie des personnes atteintes de la lèpre et affectera potentiellement leurs moyens de subsistance.
4. Des prélèvements plus faiblement positifs reflètent la nécessité d'améliorer la formation des professionnels de la santé à la technique et à l'utilisation d'autres méthodes de diagnostic comme l'histopathologie ou la réaction en chaîne par polymérase (PCR), afin d'augmenter le rendement diagnostique.
5. L'éducation en matière de santé publique, la recherche accrue des contacts et la formation des professionnels de la santé sont essentielles pour parvenir à l'éradication de la lèpre.

Résumé

Contexte : La lèpre ou maladie de Hansen est une maladie invalidante dont la prévalence est très élevée. Elle demeure un problème majeur de santé publique malgré les efforts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des agences gouvernementales pour freiner sa propagation.

Objectifs : Cette étude visait à décrire le profil clinique et épidémiologique des patients atteints de lèpre fréquentant un institut de soins tertiaires dans le sud de l'Inde, couvrant une période allant de 2005 à 2020.

Méthodes : Les dossiers médicaux des patients atteints de lèpre ont été analysés rétrospectivement, sur une période allant de 2005 à 2020. Cette étude a été entreprise au Département de dermatologie, de vénéréologie et de lèpre du Father Muller Medical College, Mangalore, Inde. Les données ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire spécifique et saisies dans le système de base de données.

Résultats : Au total, 520 cas nouvellement diagnostiqués ont été observés au cours de la période de l'étude. La lèpre borderline tuberculoïde était le type clinique le plus fréquent. Les prélèvements étaient faiblement positifs, bien que les cas multibacillaires soient plus nombreux. La survenue de déformations visibles et de réactions lépreuses qui contribuent à la morbidité continue d'être une source de préoccupation.

Conclusion : Cette étude a révélé que même dans l'ère post-élimination de la lèpre, la transmission demeure active dans la communauté. Par conséquent, une éducation sanitaire et des méthodes de diagnostic plus strictes et ciblées sont le besoin le plus urgent.

Introduction

La lèpre, maladie infectieuse chronique qui affecte la peau, les yeux et les nerfs périphériques, est causée par le *Mycobacterium leprae* et se transmet principalement par contact étroit avec des personnes atteintes de la maladie ou des porteurs nasaux asymptomatiques

par propagation de gouttelettes. L'organisme peut également survivre dans l'environnement. Bien qu'il s'agisse de l'une des maladies les plus anciennes connues de l'humanité et de la première maladie infectieuse dont l'agent étiologique a été découvert, elle reste un problème de santé publique, en particulier dans les pays à faible revenu.¹ À la suite de l'introduction de la polychimiothérapie (PCT) en 1982, la prévalence mondiale signalée de la lèpre était passée de plus de 5 millions de cas à moins de 200 000 à la fin de l'année 2016. La situation en Inde a également connu un changement radical, passant d'un taux de prévalence de 57,8/10 000 en 1983 à moins de 1/10 000 en 2005, lorsque le statut d'élimination a été déclaré en Inde selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).² Cependant, parmi les pays d'Afrique, d'Amérique du Sud et d'Asie du Sud-Est qui signalent un nombre élevé de cas, l'Inde reste l'un des pays où le plus grand nombre de cas sont signalés. Un total de 120 334 nouveaux cas et 9 227 cas infantiles ont été détectés à la fin de l'année 2018 en Inde, ce qui indique une transmission active.³

La répartition épidémiologique des cas de lèpre a généralement été regroupée dans les climats tropicaux caractérisés par des températures élevées et des précipitations abondantes. Cependant, dans certaines circonstances, un nombre élevé de cas a été enregistré dans les climats tempérés et froids ; la lèpre est une maladie de la pauvreté.⁴ Nous avons entrepris cette étude pour décrire le profil épidémiologique des cas dans un hôpital de soins tertiaires du sud de l'Inde où le climat est principalement chaud et humide. La forte industrialisation et la migration des populations d'autres zones endémiques ont alourdi le fardeau de la lèpre dans notre région. Nous avons étudié la prévalence de la lèpre sur une période de 15 ans, allant de 2005 à 2020, afin d'évaluer les programmes de lutte en vigueur et d'élaborer des méthodes pour améliorer la situation à l'avenir.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle et descriptive dans laquelle des données consolidées sur les cas de lèpre ont été analysées. Les données ont été obtenues à partir des dossiers médicaux du Département de dermatologie, de vénéréologie et de lèpre du Father Muller Medical College, Mangalore, Inde. Les dossiers des patients pour une période de 15 ans, d'avril 2005 à mars 2020, ont été analysés. Tous les sujets de l'étude étaient donc sous

polychimiothérapie (PCT) comme le recommande l'OMS. Les données enregistrées dans les profils des patients au moment du diagnostic ont été récupérées à l'aide d'un questionnaire spécifique, puis saisies dans un système de base de données. Les variables suivantes ont été collectées :

- nombre total de nouveaux cas ;
 - nouveaux cas chez les enfants ;
 - nombre de patients atteints de maladies multibacillaires (MB) et paucibacillaires (PB) ;
 - présence d'une déformation de grade 2 ou visible ;
 - présence de réactions lépreuses ;
 - des prélèvements positifs sur les régions corporelles habituelles.
- Les données ont été traitées à l'aide de Microsoft Office Excel 2007 pour construire des tableaux et des graphiques.

Résultats

Au total, 520 nouveaux cas ont été observés au cours de la période d'étude (Fig 1). Ce chiffre comprenait 47 nouveaux cas infantiles (9,0 %) âgés de 4 à 15 ans. Parmi les cas, 331 (63,7 %) ont été classés MB et 189 (36,3 %) ont été jugés PB après prélèvements et examen clinique (Fig 2). La lèpre borderline tuberculoïde était le type le plus courant au moment du diagnostic (261, 50,2 %), suivie de la lèpre tuberculoïde (98, 18,9 %). La lèpre borderline borderline (BB) était le sous-type le moins fréquemment rencontré (16, 3,1 %) (Tableau 1). Au total, 102 (19,6 %) cas ont présenté des réactions au cours du traitement et du suivi. En outre, 45 (8,7 %) patients présentaient des déformations de grade 2 ou visibles ; certains symptômes, tels que les mains en griffes ou la névrite, étaient liés à des réactions au cours du traitement, bien que la proportion précise ne soit pas disponible. Sur le nombre total de cas, la positivité des frottis n'a été observée que dans 115 cas (22,1 %).

Suite au verso...

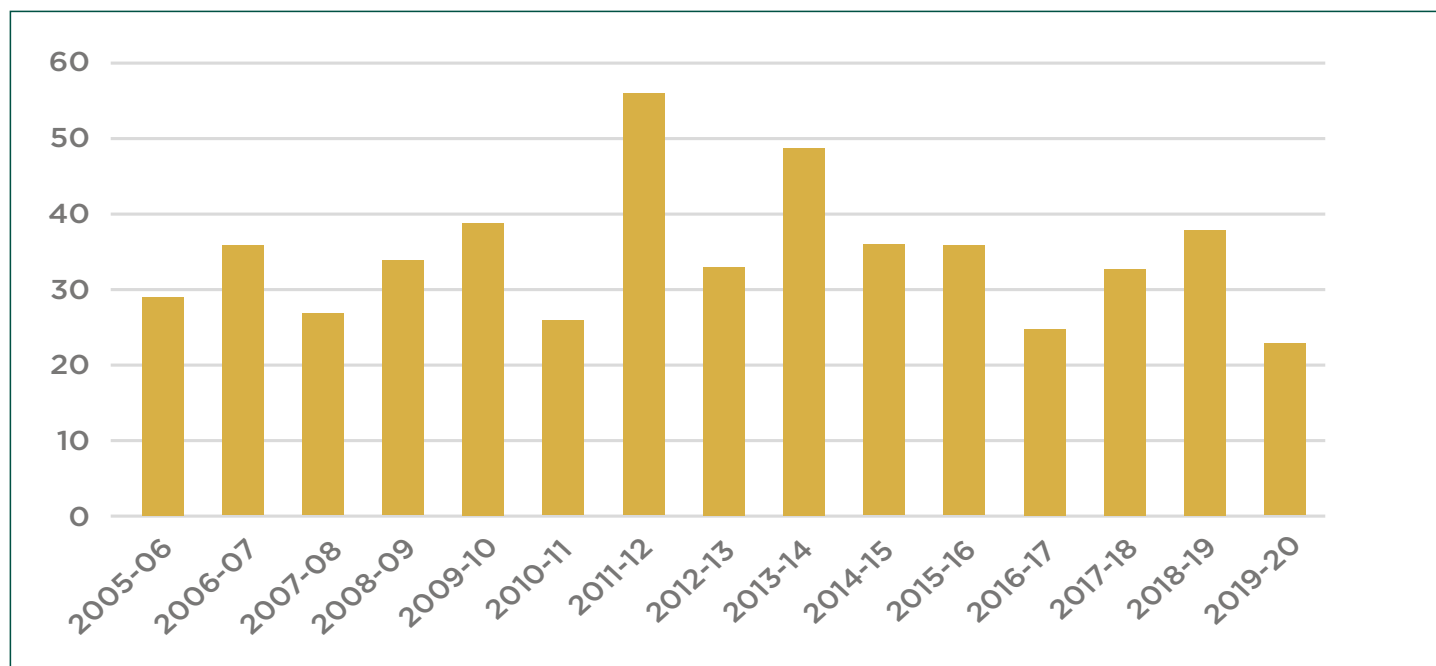


Fig. 1. Nombre de cas nouvellement diagnostiqués dans un hôpital de soins tertiaires du sud de l'Inde par année.

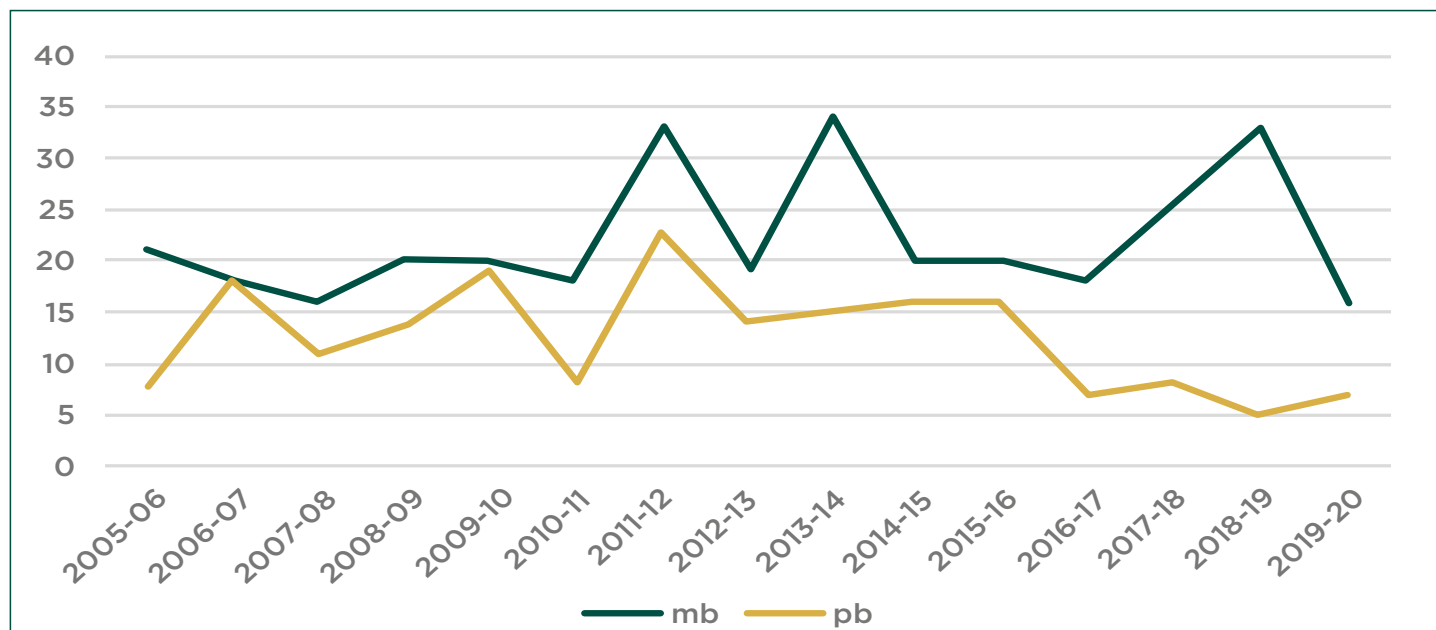


Fig. 2. Nombre de cas MB et PB nouvellement détectés par année.

Scénario post-élimination de la lèpre dans un hôpital de soins tertiaires du sud de l'Inde...suite

Tableau 1.

Types cliniques de nouveaux cas de lèpre

Type clinique de lèpre	Nombre (%)
Indéterminé	19 (3,7 %)
Tuberculoïde	98 (18,9 %)
Borderline Tuberculoïde	261 (50,2 %)
Borderline-borderline (BB)	16 (3,1 %)
Borderline lépromateuse	49 (9,4 %)
Lépromateuse	53 (10,2 %)
Nerveuse pure	24 (4,6 %)

Discussion

En avril 2016, l'OMS a lancé une " Stratégie mondiale contre la lèpre 2016-2020 " sur 5 ans intitulée " Accélérer les efforts vers un monde sans lèpre ". Celle-ci concernait le diagnostic précoce de la lèpre et la réduction des incapacités engendrées par la maladie. Elle était basée sur le programme d'élimination de la lèpre au niveau infranational qui était loin d'être satisfaisant, et donc le défi demeure. Un accent particulier a été mis sur les femmes et les enfants, l'augmentation de la recherche des contacts, le renforcement des systèmes d'orientation, l'évaluation de l'efficacité de la chimioprophylaxie et la surveillance de la pharmacorésistance. À la fin de l'année, une légère diminution de la prévalence a été observée dans le monde, mais de nombreux pays endémiques en développement et sous-développés n'ont pas envoyé leurs données, c'est pourquoi l'exactitude des données est limitée.² Ainsi, il est important de recueillir des données exactes sur les maladies comme la lèpre avec un fardeau global élevé.

Parmi les patients que nous avons étudiés, les cas MB (63,7 %) étaient plus fréquents que les cas PB. Un nombre élevé de cas de lèpre MB et d'invalidités associées peut refléter des déficits du programme national de lutte en ce qui concerne les méthodes de surveillance épidémiologique et les outils d'éducation sanitaire utilisés, ce qui entraîne un diagnostic tardif.⁵ De plus, la forte proportion de cas MB indique une transmission de la lèpre dans la communauté.²

Bien que le pourcentage de cas MB ait été de 63,7 %, la positivité des prélèvements n'a été observée que dans 22 % du total des cas. Le rendement des prélèvements était décevant et il est nécessaire d'améliorer la formation des professionnels de la santé à leur utilisation, à avec des colorations spécifiques et à leur interprétation. Il est important que les prélèvements ne soient pas colorés pour la tuberculose mais adaptés pour la lèpre. L'utilisation de coloration TB ZN est souvent la cause de faibles résultats. Une PCR peut être nécessaire (plusieurs zones de prélèvement d'un patient peuvent être regroupées pour réduire les coûts). Bien que l'histopathologie soit précieuse, elle n'échantillonne qu'une ou quelques zones de prélèvement et nécessite un niveau de formation plus élevé.

La prévalence chez les enfants de moins de 15 ans était de 9,0 % dans notre étude, en concordance avec les rapports précédents et la moyenne nationale.^{6,7} La détection des cas dans ce groupe est considérée comme un indicateur de la plus grande sévérité du caractère endémique de la maladie. Les enfants peuvent être les contacts de cas non détectés par le système de santé. La lèpre

infantile est un problème grave, car plus l'âge de survenue de la maladie est jeune, plus la possibilité que celle-ci engendre une invalidité est élevée, ce qui peut être contre-productif dans une économie en développement, car les patients touchés auraient une productivité économique limitée à l'avenir.⁸

La survenue de handicaps physiques dus à la lèpre est toujours un problème préoccupant. 8,7 % des patients atteints de lèpre sont handicapés, ce qui témoigne de lacunes dans la détection précoce des cas. Cela met également en évidence le besoin de centres spécialisés pour le traitement des déformations, ce qui, si elles sont traitées tôt dans l'évolution de la maladie, pourrait réduire considérablement la morbidité associée. Le fait que l'étude a été réalisée dans un hôpital de référence de soins tertiaires pourrait également indiquer une orientation plus élevée de patients présentant des déformations précoces.⁹ Néanmoins, il est d'une importance primordiale que la détection précoce des réactions soit une priorité, afin de réduire les invalidités.

Compte tenu que cette étude était rétrospective, la disponibilité des données était limitée. Les données histopathologiques n'ont pas été incluses bien que l'histopathologie ait été utilisée dans la confirmation du diagnostic. L'historique des contacts de chaque cas aurait ajouté plus de valeur à l'étude et aidé à la recherche des contacts.

Conclusion

Bien que la stratégie de l'OMS soit d'accélérer les efforts vers un monde sans lèpre, notre étude révèle une circulation active continue des bacilles de la lèpre dans la communauté. La forte prévalence de cas MB et de déformations visibles indique que les principaux obstacles à cette accélération sont un diagnostic tardif, probablement dû à une déclaration tardive ou à une méconnaissance des signes et symptômes de la maladie. Par conséquent, conformément à la stratégie mondiale 2016-2020, nous devons accroître la recherche des contacts et renforcer les systèmes d'orientation et, surtout, l'accent doit être mis sur l'éducation sanitaire du grand public et l'amélioration de la formation des professionnels de la santé, y compris la détection et le traitement des réactions.

Références

1. Khubchandani J. State of the globe: many challenges of the multifaceted leprosy. *J Glob Infect Dis* 2011; **3**:315-6.
2. Rao PN, Suneetha S. Current situation of leprosy in India and its future. implications *Indian Dermatol Online J* 2018; **9**:83-9.
3. Portail national de la santé en Inde. Journée mondiale de la lèpre 2020. Disponible sur : https://www.nhp.gov.in/world-leprosy-day-2020_pg (Dernier accès : 16 déc. 2021).
4. Magalhaes MCC, Rojas LI. Time trends of Hansen's disease in Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2005; **8**:342-55.
5. de Oliveira Serra MAA, da Silva Santos C, Neto PML et al. Factors associated with multibacillary leprosy in a priority region for disease control in Northeastern Brazil: a retrospective observational study. *J Trop Med*, **2019**: 5738924.
6. Sousa MW, Silva DC, Carneiro LR et al. Epidemiological profile of leprosy in the Brazilian state of Piau between 2003 and 2008. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2012; **87**:389-95.
7. Pereira EVE, Machado HAS, Ramos CHM et al. Epidemiologic profile of the leprosy of the city of Teresina, in the period of 2001-2008. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2011; **86**:235-40.
8. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Epidemiological profile of leprosy in a Brazilian municipality between 2000 and 2006. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2010; **43**:62-7.
9. Bhat RM, Chaitra P. Profile of new leprosy cases attending a South Indian referral hospital in 2011-2012. *In Schol Res Notices* **2013**: ID article 579024. <http://dx.doi/10.1155/2013/579024>.

Annonce du nouveau directeur exécutif pour l'ILDS

Nous sommes heureux d'annoncer qu'Arpita Bhowse sera la prochaine directrice exécutive de la Ligue internationale des sociétés de dermatologie (ILDS).

Après avoir été directrice exécutive pendant 5 ans, Jo Groves transmet une base solide à Arpita pour la mise en œuvre de la stratégie ILDS 2020-2023 et au-delà. Veuillez vous joindre à nous afin de remercier Jo pour son leadership dévoué et sa direction stratégique dans le renforcement du développement de l'ILDS. Nous attendons avec impatience une année 2022 passionnante avec Arpita à la tête du secrétariat, alors que nous nous préparons pour le 3e World Skin Summit (Sommet mondial de la peau) de l'ILDS du 13 au 15 octobre 2022 au Pérou et le 25e Congrès mondial de dermatologie du 3 au 8 juillet 2023 à Singapour.



Jo Groves



Arpita Bhowse

Webinaires GLODERM Trainee Committee

Le comité des stagiaires GLODERM a lancé une nouvelle série de webinaires pédagogiques pour 2021-2022 ! Ces webinaires en ligne mensuels gratuits sont dispensés par des intervenants spécialisés et des élèves de toute la planète, à propos de toute un éventail de sujets divers liés à la dermatologie. Les webinaires précédents traitent des affections cutanées, notamment l'albinisme, le psoriasis, les troubles pigmentaires et les infections fongiques profondes.

Cette série espère proposer des événements pédagogiques axés sur la dermatologie clinique, la recherche, le leadership et les compétences en gestion. Ces webinaires s'adressent aux élèves, aux dermatologues en exercice et aux praticiens de la santé fournissant des soins dermatologiques dans les milieux à faibles ressources. Les webinaires servent également de plateforme virtuelle dans laquelle les élèves ou les personnes souhaitant en savoir plus sur la dermatologie peuvent rencontrer d'autres dermatologues du monde entier et échanger sur la santé de la peau.

Pour accéder aux enregistrements gratuits de nos derniers webinaires dès leur sortie, visitez et abonnez-vous à la chaîne YouTube GLODERM ici : <https://www.youtube.com/c/GLODERM>

Si vous souhaitez être tout de suite au courant des prochains webinaires et des activités de stagiaires, veuillez vous inscrire à la liste de diffusion GLODERM Trainee ici : http://eepurl.com/hHvI_L

Nous avons hâte de vous voir lors des prochains webinaires GLODERM !

RÉPONSES AU QUIZ

1. e) Rhinosporidiose disséminée

2. c) Exposition à l'eau des étangs et des lacs

3. d) Granulome avec sporanges

Discussion

La rhinosporidiose est une infection parasitaire granulomateuse chronique causée par le *Rhinosporidium seeberi*, un parasite aquatique qui a été récemment classé comme mésomycétozoaire après de nombreux débats. La rhinosporidiose, principalement une infection des muqueuses du nez et du nasopharynx, est endémique dans certaines parties de l'Asie du Sud, de l'Amérique du Sud et de l'Afrique. L'infection se produit par inoculation directe induite par un traumatisme et il y a souvent des antécédents de contact avec de l'eau stagnante. Au Sri Lanka et dans les pays voisins, les agriculteurs travaillent pieds nus dans des rizières boueuses.

Le tableau clinique à la consultation de dermatologie est caractérisé par des nodules cutanés mous qui ressemblent à des polypes au début et acquièrent plus tard une forme verruqueuse. La dissémination, avec des nodules cutanés sur plusieurs régions du corps, et une atteinte des organes internes, comme chez ce patient, est reconnue mais rare. Il n'y a pas d'association avec l'immunodéficience.

Le diagnostic est confirmé par l'aspect typique des sporanges de *R. seeberi* observés dans des granulomes épars (Fig 3).

Les lésions solitaires ou bien définies répondent très bien à l'exérèse chirurgicale mais peuvent récidiver. La dapsonne semble être efficace au début de la maladie (par exemple, lésions limitées au nez ou nodules cutanés solitaires). Dans les maladies disséminées, les thérapies systémiques sont pour la plupart inefficaces ; la dapsonne, administrée en cures prolongées, est le traitement de choix ; il peut réduire le risque de récurrence après la chirurgie. Cependant, les récurrences sont très fréquentes.



Fig. 1 & 2. Nodules cutanés verruqueux ulcérés humides.

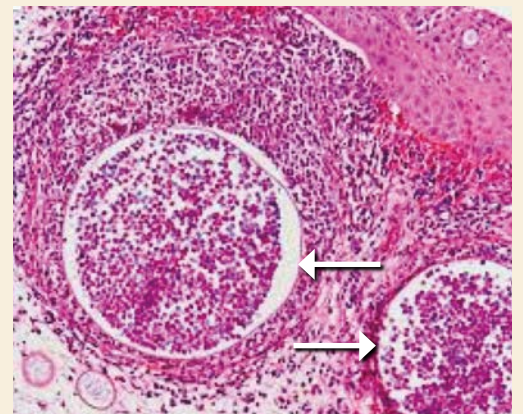


Fig. 3. Sporangies *Rhinosporidium* à parois épaisses (flèches) contenant des endospores.

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 (Nigeria)
Anna Ascott (Royaume-Uni)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Jean Bolognia (États-Unis)
Isabel Casas (Argentine)
David Chandler (Royaume-Uni)
Steve 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 Nathaniel 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 :

L'inscription à la version numérique ou papier est **gratuite** : veuillez visiter :

<https://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 pour les Auteurs sur le site internet de CSH.

Veuillez envoyer votre demande par email 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 auteur(s) 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) <https://ilds.org/>

Décharge de responsabilité

La Société d'édition, l'International League of Dermatological Societies et les Éditeurs ne peuvent pas 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.

ISSN 2632-8046



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 l'a précédée avait débuté en 1889 comme le premier 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 mener à bien les activités de l'ILDS en matière d'activités dermatologiques mondiales. 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 d'HIFA
Health information for All

Devenez un Ami du CSH

Pour seulement 5 \$, 5 £ ou 5 € par mois, vous pouvez devenir un ami du CSH. Votre donation régulière 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, veuillez envoyer un email 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 distributeurs feront une donation en fonction du montant que vous dépensez.

www.easyfundraising.org.uk

Promoting global
Community Skin Health
through education