

L'application mobile sur la peau de l'OMS, un outil pédagogique pour le personnel de santé de première ligne

José Antonio Ruiz Postigo

Équipe MTN cutanées, Global MTNs Programme, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.

postigoj@who.int

Conflit d'intérêts : Aucun

Mots clés : Organisation mondiale de la santé; MTN cutanées; maladies cutanées courantes; application; éducation; personnel de santé de première ligne

L'OMS a publié une version améliorée de l'application Skin NTDs, un outil précieux pour aider le personnel de santé de première ligne à diagnostiquer et traiter les maladies tropicales négligées liées à la peau et les maladies cutanées courantes. L'application mise à jour est désormais disponible gratuitement sur les appareils Android et iOS-Apple.

Pour que l'installation se passe bien, les usagers devront peut-être supprimer la version précédente de leurs appareils.

TCe développement est le résultat passionnant d'une collaboration entre l'OMS et Until No Leprosy Remains (NLR). La NLR a généreusement transféré le contenu de son application SkinApp, qui comprend des informations sur les MTN cutanées, 24 maladies cutanées courantes et certaines affections cutanées liées au VIH, vers l'application Skin NTDs de l'OMS. Cette collaboration a donné lieu à Une application complète

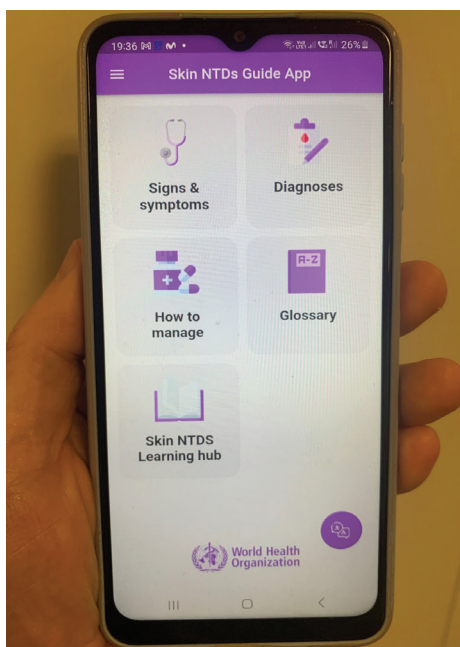


Fig. 1. Page d'accueil de l'application Skin NTDs de l'OMS.

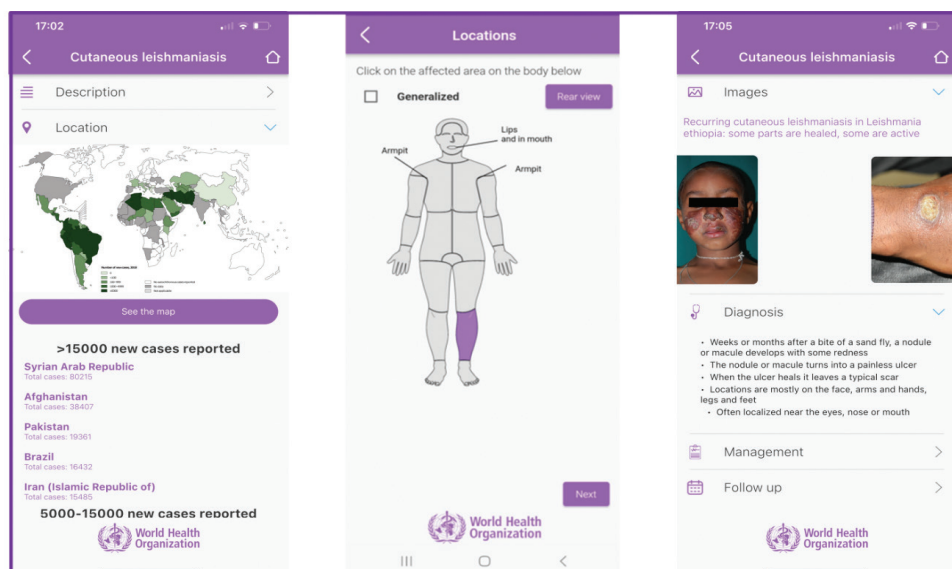


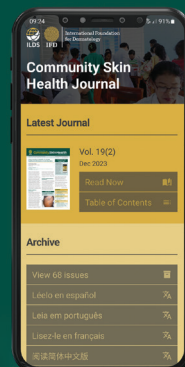
Fig. 2. Exemples de captures d'écran de l'application Skin NTDs.

Téléchargez l'application!

L'application CSH est disponible sur les téléphones iOS et Android!



SCANNER LE QR CODE
Pour télécharger l'application sur votre téléphone.



et conviviale qui s'aligne sur les dernières recommandations de l'OMS.

Les principales caractéristiques de l'application mise à jour sont les suivantes :

- **Deux algorithmes hors ligne :** l'application fonctionne hors ligne et utilise des algorithmes pour aider le personnel de santé de première ligne à établir des diagnostics précis et à prendre des décisions en matière de traitement. L'un des algorithmes porte spécifiquement sur 12 MTN cutanées et l'autre sur 24 maladies cutanées courantes.

Suite au verso...

Sommaire

- L'application mobile de l'OMS sur la peau est un outil éducatif destiné au personnel de santé de première ligne**
José Antonio Ruiz Postigo
- Traitement de la filariose lymphatique par la médecine intégrative**
Sarah Ryan ey David Chandler
- Les six principes de base pour traiter les plaies dans les pays à faibles ressources**
Jadesola Akinwuntan *et al.*
- Comment réaliser un pansement de base dans un environnement à faibles ressources : manuel d'instructions**
Jadesola Akinwuntan *et al.*
- Améliorer les compétences en photographie à l'aide de smartphones dans des environnements aux ressources limitées**
Nina T. Punyamurthy *et al.*
- Podoconiose : observations issues du travail clinique sur le terrain en Éthiopie**
Jill Brooks *et al.*

L'application mobile de l'OMS sur la peau comme outil éducatif pour le personnel de santé de première ligne...suite

- **Prise en charge multilingue** : l'application est disponible en anglais et en français, avec des traductions prévues en kinyarwanda, portugais et espagnol pour mieux servir diverses communautés.
- **Ressources pédagogiques** : l'application comprend une section intitulée « Skin NTDs Learning » (apprentissage des MTN sur la peau), qui propose du matériel de formation précieux. Ce contenu est tiré du manuel de l'OMS intitulé « Recognizing neglected tropical diseases through changes on the skin : a training guide for front-line health workers » (Reconnaître les maladies tropicales négligées à travers les changements cutanés : un guide de formation pour le personnel de santé de première ligne).¹
- **Filtrage par pays** : une caractéristique unique de l'application est l'« Index mondial ». Cette section identifie les MTN cutanées endémiques dans chaque pays et intègre des informations dans l'outil de diagnostic pour affiner la liste des maladies suspectées dans chaque cas.

L'OMS encourage tous les usagers à télécharger l'application, à la partager au sein de leurs réseaux et à fournir un retour d'information précieux pour l'améliorer en permanence. Ensemble, nous pouvons donner au personnel de santé de première ligne les connaissances et les ressources nécessaires pour lutter efficacement contre les MTN cutanées.

Veuillez envoyer vos commentaires et suggestions à postigoj@who.int



Skin NTDs App sur l'App Store (apple.com)



Skin NTDs App sur Google Play (play.google.com)

Référence

1. Organisation mondiale de la santé. Reconnaître les maladies tropicales négligées à travers les changements cutanés : un guide de formation pour le personnel de santé de première ligne. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723> (dernier accès le 14 mars 2024).

Club de lecture

Traitement de la filariose lymphatique par la médecine intégrative

Sarah Ryan* et David Chandler

University Hospitals Sussex NHS Trust, Brighton General Hospital, Elm Grove, Brighton BN2 3EW, Royaume-Uni

*Auteur de la correspondance : sarah.ryan7@nhs.net

Conflit d'intérêts : Le professeur T. Ryan (co-auteur de l'article présenté) est membre du comité de rédaction de Community Skin Health

Mots clés : filariose lymphatique; lymphoedème; médecine intégrative

Narahari SR, Aggithaya MC, Ryan TJ et al. Self-care treatment for lymphoedema of lymphatic filariasis using integrative medicine (Traitement auto-administré du lymphoedème de la filariose lymphatique par la médecine intégrative). *Br J Dermatol* 2023 ; 190:94-104.

La filariose lymphatique (FL) est une infection parasitaire transmise par les moustiques. La filariose lymphatique est une cause fréquente de lymphoedème dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans sa forme la plus extrême, la FL peut provoquer un lymphoedème massif, connu sous le nom de filariose lymphatique, ou éléphantiasis. On soupçonne la FL de provoquer un lymphoedème acquis dans les zones d'endémie, qui se manifeste généralement par un gonflement de la jambe et/ou des organes génitaux pendant plus de trois mois. L'une des principales complications de la maladie est la dermo-hypodermite infectieuse récidivante, qui peut être difficile à gérer et contribue de manière significative à la morbidité. Les manifestations cutanées de la FL entraînent des déficiences, des incapacités et des défigurations, ainsi que des stigmates, des discriminations et des problèmes socio-économiques, comme cela a été démontré. Le programme mondial de l'OMS vise à éliminer la FL en réduisant sa transmission et en améliorant la morbidité par l'administration annuelle en masse de médicaments en masse et des soins pour réduire les complications.

Les traitements disponibles dans le monde pour la FL sont limités. Dans les pays à revenu élevé, la prise en charge chirurgicale, telle que l'anastomose lymphatico-veineuse, est couramment pratiquée. Toutefois, dans de nombreux pays où la FL est endémique, cette solution n'est pas financièrement réalisable. L'Institut de dermatologie appliquée du Kerala, en Inde, a mis au point un traitement de médecine intégrative pour la prise en charge de la FL, qui se concentre sur des

interventions peu coûteuses utilisant des ressources largement disponibles.^{1,2} L'approche utilise une combinaison de médecine indienne, l'Ayurveda, associée au yoga, à la compression, aux antibiotiques et aux traitements antifongiques.

L'article récent de Narahari et al. présenté ici évalue rétrospectivement les bénéfices d'un traitement communautaire de médecine intégrative pour la FL. Les patients ont suivi un programme communautaire de traitement et d'éducation aux méthodes d'autosoins à vie pour gérer la FL, dispensé par le personnel infirmier. Les méthodes d'autosoins recommandées comprenaient le lavage de la peau à l'eau et au savon, le yoga et les exercices de respiration, avant et après le drainage lymphatique manuel indien et la thérapie par compression (figures 1 à 4). Le personnel infirmier a également donné des conseils sur les antibiotiques, les antifongiques et les stéroïdes topiques pour les portes d'entrée bactériens. La plupart des interventions utilisées visaient à améliorer l'intégrité de la peau et à réduire le risque de dermo-hypodermite et la morbidité associée. Cependant, les patients ont également participé à des groupes de discussion sur l'amélioration de leur qualité de vie, en particulier sur l'isolement social. Après la phase intensive de deux semaines de séances en personne, le personnel infirmier a assuré un suivi virtuel toutes les deux semaines afin d'améliorer l'adhésion aux techniques d'autosoins.

On a évalué le volume des membres à l'aide de la technique de déplacement du volume et de la mesure de la circonférence. En moyenne, la phase intensive a réduit le volume des membres de 24,5 %.



Fig 1. (a) Mesure du tour de la jambe lymphoedémateuse à l'aide d'un ruban à mesurer; (b) mesure du volume du membre à l'aide de la méthode de déplacement de l'eau (« standard or » en lymphologie). (Avec l'aimable autorisation du Prof. T. Ryan).

Les portes d'entrée bactériennes tels que les ulcères, les excoriations, l'eczéma et l'intertrigo sont associés à la dermo-hypodermite et à l'augmentation du volume des membres. L'approche de la médecine intégrative a permis de réduire considérablement l'incidence des portes d'entrée bactériennes et de la dermo-hypodermite, et d'améliorer la qualité de vie.

La réduction du volume des membres au cours du suivi ultérieur a été minime par rapport à la phase intensive :





PHANTA SOAKING	
CHURNA	DOSHA
Yastimadhu (<i>Glyceriza glabra</i>)	Kapha
Manjista (<i>Rubia cordifolia</i>)	Vata
Sariva	Pitta






Fig. 2. Trempage avec une solution à base de plantes . (Avec l'aimable autorisation du professeur T. Ryan).



Fig. 3. Vérification des portes d'entrée des bactéries. (Avec l'aimable autorisation du Prof. Ryan).



Fig. 4. Patient avec bandage de compression effectuant des exercices de yoga. (Avec l'aimable autorisation du professeur T. Ryan).

2,3 % entre le premier et le deuxième suivi. De plus, le volume des membres variait significativement entre ceux qui suivaient bien les mesures d'autosoins et ceux qui les suivaient mal. Ces résultats soulignent l'importance des conseils pour améliorer l'engagement des patients et l'adhésion aux mesures d'autosoins.

Les auteurs ont constaté que le coût direct de la thérapie dépendait de la taille du membre et se situait entre 75, 10 et 110, 70 dollars pour la phase intensive. Cependant, ils n'ont pas été en mesure de calculer les coûts indirects pour les patients, ce qui peut avoir contribué à la grande variabilité de la durée du suivi.

Cette étude a démontré que cette approche de médecine intégrative est un moyen efficace et peu coûteux de gérer la FL. Les interventions visant à améliorer l'adhésion aux techniques d'autosoins sont susceptibles d'être la clé des résultats durables de cette approche. Si cette approche est intégrée dans les soins des zones endémiques, nous pourrions atteindre l'objectif de l'OMS de réduire la morbidité liée à la FL dans le monde. Les avantages de cette approche peuvent s'étendre à d'autres causes de lymphoedème tropical, comme la lèpre et la podoconiose, si incluses dans des programmes de maladies tropicales négligées pour une gestion intégrée de la morbidité.

Références

1. Narahari SR, Bose KS, Aggithaya MG *et al.* Community level morbidity control of lymphoedema using self care and integrative treatment in two lymphatic filariasis endemic districts of South India: a non randomized interventional study. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2013; **107**:566–77.
2. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology* 2020; **53**:3–19.

Les six principes de base du traitement des plaies dans les pays à faibles ressources

Jadesola Akinwuntan^{1,2*}, L. Claire Fuller^{3,4}, Eric Comte⁵, Hubert Vuagnat⁶

¹École de médecine de l'université du Kansas, Kansas City, KS, États-Unis.

²Hôpital général du Massachusetts, Boston, MA, États-Unis.

³London Bridge Hospital, Londres, Royaume-Uni.

⁴Fondation internationale de dermatologie, Londres, Royaume-Uni.

⁵Forum de Genève sur la santé, Institut de la santé mondiale, Université de Genève, Genève, Suisse.

⁶Programme des plaies, Direction des soins de santé, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse.

*Auteur de la correspondance : jadesola.akinwuntan@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots clés : Plaies chroniques; cicatrisation des plaies; pansements; coût-efficacité; lit de la plaie; ulcères; revenus moyens et faibles.

Résumé

Les plaies chroniques apparaissent lorsque le processus naturel de guérison est perturbé, entraînant une guérison prolongée ou incomplète. Bien que l'impact global des plaies chroniques ne soit pas encore entièrement mesuré, elles peuvent causer des difficultés financières, sociales, physiques et mentales importantes. Des techniques de cicatrisation appropriées peuvent aider à atténuer les effets dévastateurs des plaies chroniques, surtout dans des environnements à ressources limitées. En plus du manque de connaissances, les coûts directs et indirects des soins des plaies représentent un obstacle majeur à leur gestion. Cet article explique la cicatrisation normale des plaies, les principes de cicatrisation, et la fabrication d'un pansement simple et peu coûteux dans un contexte de ressources limitées. Les prestataires de soins de santé, quel que soit leur niveau de formation, ainsi que les membres de la communauté, devraient connaître ces concepts pour réduire la progression des plaies chroniques et la durée des soins.

Portes clés de l'apprentissage

- Discuter de la cicatrisation normale des plaies.
- Fournir des connaissances sur les principes de base de la cicatrisation des plaies.
- Fournir un guide sur la fabrication d'un pansement simple et peu coûteux dans des environnements aux ressources limitées.

Introduction

Bien qu'il n'existe pas de données mondiales officielles, on estime que les plaies chroniques touchent environ 2 % de la population aux États-Unis. ¹ En Afrique du Sud, un hôpital a constaté que 34,6 % de ses 518 patients vus dans une journée présentaient des plaies aiguës. ² Une étude transversale importante menée en Inde a révélé une prévalence de 15,03 pour 1 000 habitants³ pour les plaies chroniques. Partout dans le monde, les environnements à faibles ressources, le manque de matériel adéquat pour le traitement des plaies et le manque de personnel qualifié entraînent souvent des plaies chroniques et des taux d'infection élevés. ²⁻⁵ Le coût global du traitement des plaies au Royaume-Uni s'élève à 8,3 milliards de livres sterling⁶. Cependant, nous disposons de peu de données épidémiologiques et financières pour les pays

à faible et moyen revenu ^{2, 3, 7} Les plaies chroniques peuvent également entraîner des douleurs persistantes, une diminution des capacités physiques et sociales, une perte de productivité et des handicaps. ⁷ Ces effets peuvent souvent être évités grâce à un traitement rapide et adéquat des plaies. Toutefois, les ressources limitées pour le traitement des plaies dans les pays à faible revenu demeurent un obstacle majeur à une cicatrisation réussie. ^{8,9}

Anatomie de base de la peau et physiologie de la cicatrisation

De nombreux professionnels de la santé ne connaissent pas les principes clés entourant la sélection des pansements nécessaires à une cicatrisation réussie. Des pansements efficaces sont choisis pour recréer les conditions normales de l'organisme. Voilà pourquoi il est crucial que nous comprenions l'anatomie de base de la peau et les processus de cicatrisation des plaies afin de faire les bons choix.

La peau se compose de trois couches : la couche externe protectrice appelée épiderme, la couche intermédiaire de soutien appelée derme et la couche inférieure grasse appelée hypoderme (Fig. 1). Le rôle de la peau est d'agir comme une barrière défensive, de réguler la température corporelle et de nous permettre d'interagir avec notre environnement. Une plaie est essentiellement toute forme de dommage à l'une des couches de la peau. Les traumatismes directs tels que les brûlures, les accidents et les morsures d'animaux, ainsi que les conditions médicales telles que les maladies dermatologiques, l'insuffisance veineuse, les infections et le cancer, peuvent la causer.

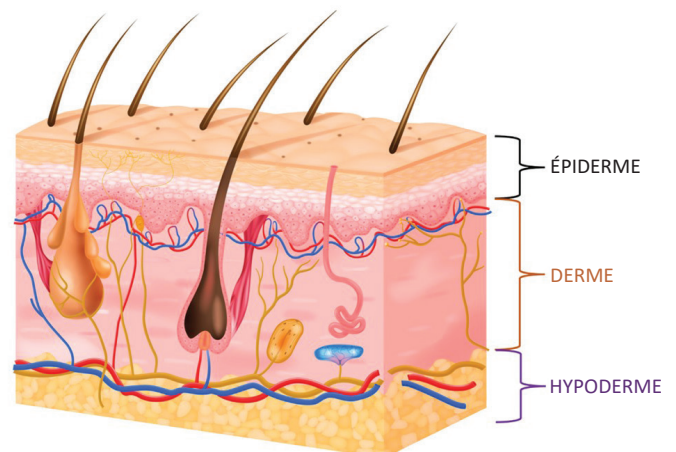


Fig. 1. Représentation graphique des trois couches de la peau.

Image by macrovector on Freepik

Les étapes de la cicatrisation

On décrit la cicatrisation normale en quatre phases qui se chevauchent (Fig. 2). Tout d'abord, les lésions cutanées induisent l'hémostase. D'une durée de quelques minutes, elle permet de limiter la perte de sang mais aussi d'entamer la deuxième phase (phase inflammatoire). Cette phase peut durer jusqu'à une semaine et va permettre aux globules blancs de l'organisme de débarrasser la plaie des débris cellulaires et des bactéries. Après cela, la troisième phase, appelée phase proliférative, commence. Pendant les 2 à 3 semaines de cette phase, les cellules constructrices de l'organisme, également connues sous le nom de fibroblastes, se multiplient et forment la matrice extracellulaire (tissu de granulation). Cela permet aux cellules productrices de surface, appelées cellules épithéliales, de recouvrir la plaie (épithélialisation) et de la refermer. On appelle la phase finale maturation, au cours de laquelle le tissu cicatriciel fragile continue à se consolider pendant des mois. Une rétraction peut également se produire au cours de cette phase, entraînant une incapacité. Parfois, la cicatrisation s'arrête dans une phase (souvent l'inflammation), ce qui conduit à des plaies chroniques.

Les 4 phases de la cicatrisation

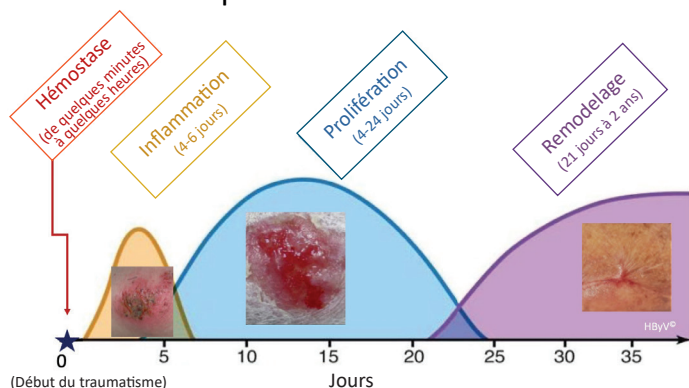


Fig. 2. Les quatre phases de la cicatrisation.
(Fig. 2 - 8 avec l'aimable autorisation du Dr. H. Vuagnat)

Les six principes de base du traitement des plaies

1. Évaluer la cause de la plaie et les autres diagnostics pertinents

Un diagnostic précis de la cause de la plaie est essentiel et le traitement de la cause sous-jacente est une première étape, le cas échéant. Une évaluation solide des caractéristiques de la plaie permet de déterminer la prise en charge nécessaire.^{8,9} Le modèle TIME-D (tableau 1 à la page 9) est un outil clinique utile pour caractériser les plaies.^{11,12} Il est basé sur l'aspect visuel du tissu (T), la présence d'une inflammation ou d'une infection (I), la teneur en humidité (exsudat) (M) et la nature du bord étendu de la plaie (E). Le « D » rappelle de vérifier d'autres diagnostics pertinents, comme les maladies, la douleur, l'état nutritionnel, le tabagisme et les médicaments, qui peuvent affecter la cicatrisation de la plaie et doivent être corrigés.¹¹

Nous devons tenir compte de la couleur lors de l'évaluation des tissus. Bien qu'elles ne soient pas exactes à 100 %, ces couleurs sont devenues de bonnes normes générales pour décrire le lit de la plaie (Fig. 3).

- Le tissu noir est généralement un signe de nécrose (tissu mort).
- Un tissu jaune suggère souvent un dépôt de fibrine, une protéine importante pour la coagulation initiale mais peu utile dans les stades ultérieurs. Les tissus présentant de la nécrose ou de la fibrine devront être grattés pour permettre une bonne cicatrisation de la plaie.

- Les tissus verts signalent souvent une infection et nécessitent un traitement antimicrobien.
- Un tissu rouge est généralement le signe d'une granulation et un tissu rose celui d'une épithélialisation.
- La présence de tissus rouges et roses indique que la plaie se cicatrise correctement.
- Plus d'un type de tissu (c'est-à-dire plus d'une couleur) peut exister à la fois dans le lit d'une plaie.

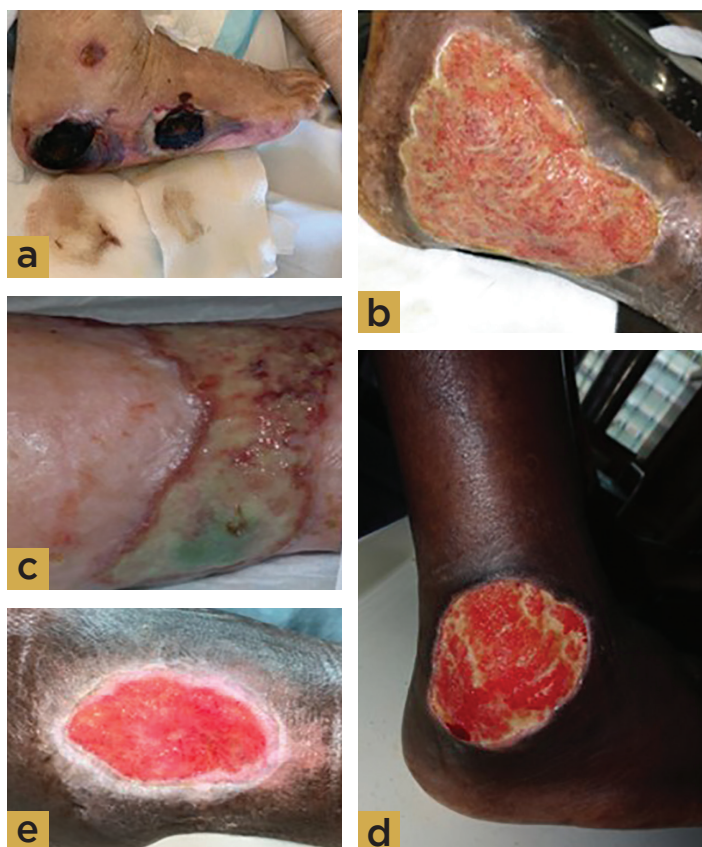


Fig. 3. Cinq couleurs importantes pour l'évaluation et la classification des tissus. (a) Le noir représente généralement la nécrose. (b) Le jaune représente généralement un dépôt de fibrine. (c) Le vert représente généralement une infection. (d) Le rouge représente généralement la granulation. (e) Le tissu de granulation central est entouré d'un bord extérieur de tissu rose qui représente généralement l'épithélialisation.

2. Maintenir un environnement humide contrôlé dans le lit de la plaie

Le corps humain étant composé d'environ 70 % d'eau, il est important, pour une bonne cicatrisation, de reproduire cet état biologique en maintenant le lit de la plaie humide. Un bon pansement doit conserver l'humidité nécessaire tout en absorbant l'excès d'humidité (équilibre hydrique). En général, il soulage également la douleur. Les plaies peuvent également produire du liquide. Cet exsudat peut faire partie du processus normal de cicatrisation ou être le signe d'une cicatrisation anormale telle qu'une mauvaise hémostase ou une infection. Nous devons également évaluer la quantité et le type d'exsudat pour savoir si la plaie cicatrise bien. (Fig. 4 au verso).

Suite au verso...

Les six principes de base du traitement des plaies dans les pays à faibles ressources... *suite*

Quantité d'exsudat			Description
Aucun		0	Absence totale d'exsudat
Faible		+	Le lit de la plaie semble humide mais peu d'exsudat est libéré dans le pansement.
Modéré		++	L'exsudat est libéré en quantités modérées
Élevé		+++	L'exsudat est libéré en quantités élevées à très élevées. En fonction du type de pansement, il le traverse et induit des changements de pansement fréquents.
Couleur de l'exsudat			Description
Séieux			Clair, transparent jaunâtre
Séro-sanguin			Transparent rosé
Sanguin			Rouge, fin à un peu plus consistant
Purulent			Plus homogène, d'aspect blanc, jaune ou verdâtre
Autres dénominations possibles : Séropurulent, Fibrineux, Hémopurulent			

Avec l'aimable autorisation de : Comité international de la Croix rouge apprentissage en ligne du diabète

Fig. 4. Comment classer la quantité et la couleur de l'exsudat de la plaie.

3. Protéger la plaie et la peau périlésionnelle de tout nouveau traumatisme

Puisque les plaies sont fragiles, nous devons absolument éviter toute détérioration supplémentaire du lit de la plaie ou de la peau affaiblie...⁸ Les lésions mécaniques sont courantes lorsque les pansements collent à la plaie ou lorsque les bandages adhésifs sont retirés brutalement. Une désinfection excessive peut causer des dommages chimiques, car de nombreux produits désinfectants deviennent nocifs pour le lit de la plaie s'ils sont utilisés trop longtemps. De plus, une sécheresse et une fraîcheur excessives peuvent réduire l'activité des cellules et entraver la cicatrisation. Il est donc recommandé d'utiliser des pansements antiadhésifs et de les imbiber, ainsi que les adhésifs, de sérum physiologique ou d'eau potable avant de les retirer. Nous devrions utiliser du sérum physiologique ou de l'eau potable pour nettoyer les plaies et réserver les désinfectants aux plaies localement infectées.



Fig. 5. Gaze de vaseline comme pansement primaire sur les plaies d'une fracture ouverte. Un pansement secondaire composé d'une gaze et d'une bande élastique sera ajouté.

4. Favoriser la propreté du lit de la plaie et lutter contre l'infection

Le lit de la plaie est la base d'une bonne cicatrisation ; il doit être propre et exempt d'infection.⁸ Pour commencer, nous devons éliminer toute la nécrose et la fibrine grâce à un processus appelé débridement. Les plaies importantes nécessitent un débridement instrumental pour éliminer les tissus morts (avec une lame de scalpel, des ciseaux, une curette). Après le débridement, le lit de la plaie fraîche doit être rincé et nettoyé avec de l'eau potable ou du sérum physiologique pour éliminer l'excès de microbes ou de débris (Fig. 6). L'eau potable est adaptée au soin des plaies. En cas de propagation cliniquement prouvée ou d'infection générale, une antibiothérapie systémique est associée à des antiseptiques topiques.¹³ On n'utilise plus les antibiotiques topiques de manière routinière aujourd'hui en raison de leur faible action, ainsi que des risques de résistance et de sensibilisation.



Fig. 6. Lavage doux d'une plaie ouverte avec de l'eau potable.

5. Contrôler le lymphœdème/œdème péri-lésionnel et du membre

L'œdème est un excès de liquide corporel dans n'importe quelle partie du corps qui entraîne un gonflement (Fig. 7). Dans les plaies, il est le résultat d'une inflammation excessive dans laquelle les fluides fuient à travers les vaisseaux sanguins vers les tissus et/ou d'une destruction des lymphatiques voisins qui compromet la résorption des fluides. L'œdème causé par des conditions médicales primaires telles que l'insuffisance cardiaque peut aggraver l'œdème au niveau de la plaie. Saturé de composants inflammatoires, notamment de protéases et de globules blancs morts, l'œdème retarde la cicatrisation des plaies et entrave la mobilité.⁸ Dans la mesure du possible, il convient de limiter l'œdème par la compression physique (chaussettes ou bandages) et l'augmentation de l'activité physique. On ne doit pas utiliser la compression si les artères des membres sont obstruées.



Fig. 7. Œdème de la main et des doigts gauches.

6. Prévenir ou traiter les séquelles physiques ou l'invalidité

Au cours du processus de cicatrisation, un rétrécissement des tissus peut se produire. Le rétrécissement des grandes plaies et des plaies sur les articulations peut entraîner une invalidité importante (Fig. 8). Une physiothérapie active commencée tôt peut prévenir une telle traction des tissus et réduire/prévenir l'invalidité qui en résulte.⁸ L'implication du patient dans la compréhension des exercices et le positionnement correct pendant le processus de cicatrisation permet également de minimiser le risque d'invalidité.

Conclusion

Les plaies chroniques sont un problème de santé mondial négligé qui nécessite plus d'attention.



Fig. 8. Progression de la rétraction des tissus au cours du processus de cicatrisation, entraînant une diminution de la mobilité du poignet.

La compréhension des principes de base de la cicatrisation des plaies peut aider à prévenir le développement de plaies chroniques. Nous devons évaluer l'étiologie de la plaie, maintenir un environnement humide, réduire les traumatismes, garder la plaie propre, limiter l'œdème et prévenir l'aggravation de l'invalidité. Minimiser le fardeau des plaies chroniques par des interventions simples est réalisable aussi bien dans les pays à faibles ressources que dans les pays à ressources élevées. La diffusion d'informations sur les techniques de base de traitement des plaies à l'ensemble des professionnels de la santé ainsi qu'aux patients et à leurs familles permettra d'améliorer les résultats et de réduire les délais de cicatrisation.

Nous encourageons les lecteurs à en apprendre davantage sur le traitement des plaies sur le site OpenWHO, <https://openwho.org/channels/ntd>. (voir Wound management in resource-limited settings, In Press).

Références

1. Sen CK. Human Wound and its burden: updated 2020 compendium of estimates. *Adv Wound Care* 2021; **10**:281–92.
2. Lotz ME. The burden of wounds in a resource-constrained tertiary hospital: a cross-sectional study. *Wound Heal S Afr* 2019; **12**:29–33.
3. Gupta S, Sagar S, Maheshwari G, Kisaka T et al. Wounds Asia 2021; **4**:8–14.
4. Oluwatosi, OM. Wound Care Practices and Challenges in Nigeria. *Adv Skin Wound Care* 2007; **20**:375–8.
5. Levine JM. Wound care in the 21st century: lessons from ancient Egypt. *JAMDA* 2000; **1**:224–7.
6. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Cohort study evaluating the burden of wounds to the UK's National Health Service in 2017/2018: update from 2012/2013. *BMJ Open* 2020; **10**:e045253.
7. Olsson M, Järbrink K, Divakar U et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: a systematic review. *Wound Repair Regen* 2019; **27**:114–25.
8. Keast DH. Wound and Lymphoedema Management: Focus on Resource-limited Settings, 2nd edn. Frederiksberg, Denmark: World Alliance for Wound & Lymphoedema Care, 2020.
9. Brooks J. Principles of wound management in resource-poor areas. *Community Skin Health* 2020; **16**:8–10.
10. Wallace HA, Basehore BM, Zito PM. Wound Healing Phases. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2023.
11. Marelli A, Caluwuarts A, Wagner E et al. Wound care protocol. Available at: https://www.globalfirstaidcentre.org/wp-content/uploads/2021/03/L029NURM02E-P_Wound-Care-protocol_OCB_EN_2018.pdf (last accessed 20 March 2024).
12. Schultz GS, Barillo DJ, Mozingo DW, Chin GA. Wound bed preparation and a brief history of TIME. *Int Wound J* 2004; **1**:19–32.
13. Cowling T, Jones S. Topical Antibiotics for Infected Wounds: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa, ON: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2017.

PREMIER CAS DE DIAGNOSTIC

Deepani Munidasa

Hôpital général de district, Matale, Sri Lanka
deepanimunidasa@yahoo.com

Un écolier de 10 ans s'est présenté avec de grandes taches pigmentées sur les joues et le nez, apparues pendant les vacances d'été. Il avait connu un épisode similaire l'année précédente. Les taches provoquaient des démangeaisons et présentaient un bord hypopigmenté autour de la zone pigmentée centrale (Fig. 1).



Fig 1.

Quel est le diagnostic?

- a) Lupus érythémateux discoïde b) Dermite de contact
 c) Éruption lumineuse polymorphe d) Lichen plan actinique

Comment fabriquer un pansement basique dans un environnement à faibles ressources : manuel d'instructions

Jadesola Akinwuntan^{1,2*}, L. Claire Fuller^{3,4}, Eric Comte⁵, Hubert Vuagnat⁶

¹École de médecine de l'université du Kansas, Kansas City, KS, États-Unis.

²Hôpital général du Massachusetts, Boston, MA, États-Unis.

³London Bridge Hospital, Londres, Royaume-Uni.

⁴Fondation internationale de dermatologie, Londres, Royaume-Uni.

⁵Forum de Genève sur la santé, Institut de la santé mondiale, Université de Genève, Genève, Suisse.

⁶Programme des plaies, Direction des soins de santé, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse.

*Auteur correspondant : jadesola.akinwuntan@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots clés : Plaie; pansement; milieu à faibles ressources

Matériel nécessaire (voir Fig. 1.)

- Savon.
- Eau propre (bouillie ou chauffée à plus de 70 °C et laissée à refroidir).
- Solution hydroalcoolique comme le désinfectant pour les mains (facultatif).
- Agent gras et hydratant tel que la vaseline, le beurre de karité, l'huile de palme, l'huile de coco, l'huile d'olive ou toute autre huile hydratante.
- Des carrés de gaze, de préférence de la gaze non tissée.
- Ruban adhésif.
- Film plastique.
- Pansements.
- Sac à déchets.

Considérations importantes

- Trouvez un endroit clair et calme, propre et bien éclairé.
- Il doit être éloigné des toilettes, des latrines ou des zones où se trouvent des déchets.
- Veillez à ce que les objets sales et propres soient conservés dans des conteneurs différents.
- Si un contrôle de la douleur est nécessaire, donnez de l'acétaminophène ou du paracétamol par voie orale environ 40 minutes avant le début du pansement.
- Veillez à ce que le patient et vous-même soyez à l'aise pendant le processus d'habillage.



Fig. 1. Articles nécessaires.

Instructions

1. Premièrement lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau propre ou une solution hydroalcoolique.
2. Préparez le matériel nécessaire.
3. Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau propre ou une solution hydroalcoolique avant d'enlever l'ancien pansement.
4. Si le pansement colle, utilisez de l'eau potable pour l'enlever. Pour retirer le pansement et la bande adhésive, versez de l'eau ou du sérum physiologique sur et entre la peau et le pansement et laissez l'eau s'imprégner. Soulevez et tirez doucement de la périphérie vers le centre. Essayez de retirer le pansement sans douleur ni traumatisme et utilisez autant d'eau que nécessaire pour y parvenir.
5. Nettoyez délicatement la plaie et la peau environnante avec de l'eau potable.
 - Utilisez du savon si la plaie est très sale, mais souvenez-vous qu'il peut irriter la peau.
 - Évitez de traumatiser la plaie lors du nettoyage.
6. Rincez la plaie et la peau environnante avec du sérum physiologique (NaCl 0,9 %) si disponible.
7. Séchez doucement la peau autour de la plaie en la tamponnant (ne la frottez pas). Laisser de l'humidité dans la plaie n'est pas un problème.
8. À ce stade, utilisez un instrument tel que le modèle TIME-D (tableau 1) pour évaluer la plaie et planifier les étapes suivantes.
 - Si la peau est nécrosée (noire) ou présente de la fibrine (jaune), vous devrez procéder à un débridement instrumental.
9. Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau propre ou une solution hydroalcoolique avant de refaire le pansement.
10. Pour protéger la peau autour de la plaie, étalez doucement un agent gras tel que la vaseline, le beurre de karité ou l'huile de palme sur la plaie.
 - Touchez toujours l'agent gras avec des gants ou des outils propres lorsque vous le retirez d'un pot. Ne revenez jamais une deuxième ou une troisième fois avec le même gant/outil, afin d'éviter toute contamination.
11. Étalez délicatement la crème hydratante grasse sur de la gaze afin de couvrir la taille approximative de la plaie. Placez l'interface de gaze grasse sur la plaie. C'est le premier pansement, et en tant que couche de contact, il ne doit pas coller à la plaie.
12. Appliquez une deuxième couche de gaze (sans agent de graissage) sur la première couche de gaze pour aider à absorber l'exsudat. C'est le pansement secondaire. Il peut également aider à protéger la plaie des traumatismes externes. La deuxième couche de gaze doit être grossièrement dépliée et groupée, pour ressembler à un voile de mariée, plutôt que pliée proprement (voir Fig. 2).

Tableau 1. Modèle TIME-D pour l'évaluation des plaies

T	Tissus	Le tissu est-il viable? Évaluer et approximer l'état des tissus à l'aide d'une échelle de couleurs	Le tissu noir suggère la nécrose/la mort Le tissu vert suggère une infection Le tissu rose suggère une épithélialisation	Le tissu jaune suggère la fibrine Le tissu rouge suggère une granulation
I	Inflammation/Infection	La plaie présente-t-elle des signes d'inflammation ou d'infection? Évaluez la présence d'une inflammation ou d'une infection afin de déterminer le traitement approprié	Les signes d'infection sont les suivants - Guérison retardée ou interrompue - Odeur nauséabonde - Saignement facile du lit de la plaie	
M	Humidité	Le taux d'humidité est-il optimal? Évaluez tout liquide ou exsudat pour vous assurer que l'homéostasie de l'humidité est nécessaire à une bonne cicatrisation.	Quantité : Aucune, Faible, Modérée, Lourde Texture et couleur : séreux (transparent), sérosanguin (rose transparent), -Sanguine (sanglante), Purulente (semblable à du pus, épaisse, blanche ou verdâtre) Odeur : Pas d'odeur, Légère odeur, Modérée odeur, Forte odeur	
E	Bords	Les bords avancent-ils correctement? Évaluez les bords pour mieux comprendre le type de plaie, optimiser le traitement et visualiser l'épithélialisation.	Les bords de la plaie sont classés comme suit : Indistinct/diffus = impossibilité de distinguer clairement le contour de la plaie Attaché = la peau est plate et égale à la base de la plaie Non attaché/sous-jacente = la base de la plaie est plus profonde que le bord de la plaie Roulé sous/épaisse = souple à ferme et flexible au toucher Hyperkératosique = formation d'un tissu calleux autour de la plaie et sur les bords. Fibrotique/cicatricielle = dur, rigide au toucher	
D	Maladie	Le patient souffre-t-il d'autres maladies? Évaluez si le patient présente d'autres comorbidités susceptibles d'entraver la cicatrisation de la plaie.	Les facteurs importants à prendre en compte sont les suivants : Diabète, maladies cardiovasculaires, tabagisme, accès aux soins de santé, état nutritionnel, douleur, facteurs sociaux et psychologiques, capacité financière, immunosuppression, respect du plan, croyances sur la maladie.	

- En cas d'excès d'exsudat ou de liquide, ajoutez une ou plusieurs couches de gaze ou un pansement très absorbant pour absorber l'excès de liquide.

- Appliquez un film plastique légèrement plus grand que la gaze sur les couches de gaze pour empêcher la perte d'humidité et diminuer la contamination bactérienne ; c'est le pansement tertiaire.
- Appliquez du ruban adhésif tout autour des bords du film plastique pour fixer la gaze et le film plastique en place. Évitez de coller des rubans trop épais afin de ne pas endommager mécaniquement la peau lorsque le ruban sera retiré par la suite.
- Enveloppez la zone avec des bandages pour aider à maintenir le pansement en place et offrir une dernière barrière protectrice. Veillez à ce que les bandages soient plus grands que la zone de la plaie afin que tout soit couvert.
- À moins que le patient ne souffre d'une artériopathie périphérique (c'est-à-dire d'une altération de l'apport artériel mise en évidence par des pouls périphériques faibles ou absents), toutes les plaies bénéficient d'une compression ; Utilisez le bandage élastique de la partie distale à la partie proximale du membre, de manière circulaire et ascendante, avec une pression plus forte en bas qu'en haut pour permettre le drainage. Chaque tour de bandage recouvre le précédent de 2/3 de sa largeur, laissant 1/3 découvert. Vérifiez qu'il n'est pas trop serré - vous devez pouvoir passer votre doigt entre les bandes du bandage.
- Tout au long du processus, évaluez la douleur et donnez un contrôle approprié de la douleur, tel que l'acétaminophène ou le paracétamol.
- Idéalement, pour les plaies non infectées, les pansements peuvent être changés deux fois par semaine s'ils ne sont pas imbibés d'exsudat et s'ils ne collent pas au retrait. Si la plaie est infectée, elle peut nécessiter des changements quotidiens.
- Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau propre ou une solution hydroalcoolique après avoir terminé le nouveau pansement.



Fig. 2. Deuxième couche de gaze sur la plaie, grossièrement regroupée ou « gonflée », comme un voile de mariée.

- Rangez les articles propres, éliminez les déchets de manière appropriée et nettoyez les instruments.
- Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau propre ou une solution hydroalcoolique.
- Répétez ces étapes pour les changements de pansements aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce qu'une nouvelle peau se soit formée sur le lit de la plaie.
- Conseillez au patient de bouger à tout moment malgré le bandage. Si cela s'avère nécessaire pour les plaies situées au niveau ou à proximité d'une articulation, donnez des instructions pour des exercices visant à maintenir la mobilité de l'articulation.
- Une fois refermée, la peau reste fragile et doit être protégée du soleil et des forces mécaniques (coups ou forces de cisaillement). L'utilisation d'un émoullient (même agent gras qu'au point 10) en fine couche pour l'hydrater deux fois par jour pendant au moins quelques mois est optimale.

Les informations fournies ne sont pas destinées à se substituer à un avis médical professionnel, à un diagnostic ou à un traitement. Toutes les informations doivent être adaptées à l'état particulier du patient.

Améliorer les compétences en matière de photographie à l'aide de smartphones dans des environnements aux ressources limitées

Nina T. Punyamurthy¹, Gaspar Mmbaga², Jane Mcharo², Claire Fuller³, Omar Juma⁴, Karolyn A. Wanat^{1,*}

¹Collège médical du Wisconsin, Milwaukee, WI, États-Unis.

²Hôpital du district de Bagamoyo, Bagamoyo, République-Unie de Tanzanie.

³Fondation internationale de dermatologie, ILDS, Londres, Royaume-Uni.

⁴Institut de santé Ifakara, Bagamoyo, République-Unie de Tanzanie.

*Auteur correspondant : kwanat@mcw.edu

Conflit d'intérêts : Claire Fuller est membre du conseil d'administration de l'ILDS et du comité éditorial du CSH.

Mots clés : Télédermatologie; télésanté; stockage et transmission; smartphone; iPhone; Android.

Résumé

La télédermatologie vise à améliorer l'accès aux soins dermatologiques grâce à la technologie de stockage et de transmission (Store-and-forward) ou à la technologie interactive en direct. La télédermatologie S&F peut aider à mettre en relation des cliniciens et des dermatologues éloignés, où qu'ils se trouvent dans le monde, à l'aide d'images et d'informations cliniques. Les images statiques servant de base à l'interprétation, à l'établissement de diagnostics et aux plans thérapeutiques finaux, la qualité et le type de photographies soumises font partie intégrante de la réussite du programme. Les associations de télémédecine ont élaboré des guides photographiques pour les circonstances cliniques idéales et l'obtention de photographies de niveau professionnel. Nous avons adapté cette formation pour les iPhones et les Androides dans les environnements à ressources limitées pour la télédermatologie de S&F.

Portes clés de l'apprentissage

- La télédermatologie est particulièrement utile pour mettre en contact les patients qui n'ont pas accès à des soins spécialisés avec des prestataires du monde entier.
- Comme les images statiques servent de base à l'interprétation, à l'établissement des diagnostics et aux plans thérapeutiques finaux en télédermatologie, la qualité et le type de photographies soumises font partie intégrante de la réussite du programme.

Introduction

La télémédecine permet la distribution de soins de santé par des moyens électroniques, facilitant les interactions à distance entre le prestataire et le patient. L'amélioration de la technologie a rendu la télémédecine plus pratique et plus fiable, en particulier dans l'ère post-COVID-19.¹

La dermatologie, qui est une spécialité dépendante de la vue, est particulièrement adaptée à ce mode de soins.² Comme une grande partie du monde en développement a un accès limité aux médecins et aux soins spécialisés, la télédermatologie est l'une des diverses modalités permettant aux soins de santé d'atteindre les zones rurales.³ Une grande partie de la télédermatologie se fait de manière asynchrone via la technologie « store-and-forward » (S&F), où les antécédents et photos des lésions cutanées sont envoyés à un dermatologue qui évalue le cas et fournit ses recommandations. Les images statiques servant de base à l'interprétation dans le cadre de la technologie S&F, la qualité et le type de photographies soumises sont essentiels pour établir des diagnostics et des plans thérapeutiques précis. L'association américaine de télémédecine a élaboré un guide pour la prise de photos dans

des circonstances cliniques idéales.⁴ Nous avons adapté cette formation pour les smartphones tels que les iPhones et les Androids, afin de permettre leur utilisation sur le terrain dans des environnements aux ressources limitées.

Avant d'entamer toute rencontre en télédermatologie, il est bien sûr essentiel d'obtenir un consentement éclairé, comme l'exigent les directives locales ou nationales. Le patient peut donner son consentement par écrit ou oralement. Ce consentement doit inclure une explication des avantages et des risques de la télémédecine dans un langage simple et compréhensible.⁴

Comment faire

Environnement physique : La chambre ou l'environnement doit garantir l'intimité du patient. Placez le patient afin qu'il soit à l'aise. L'éclairage de fond provenant des fenêtres ou d'autres sources doit être réduit au minimum et un éclairage intérieur supplémentaire peut être nécessaire pour éclairer efficacement le patient. Les arrière-plans distrayants doivent être réduits, même si cela peut s'avérer difficile dans des environnements aux ressources limitées. Un fond bleu ou gris non réfléchissant est préférable. On peut souvent y parvenir en plaçant le patient directement devant un mur ordinaire ou en plaçant une blouse ou un drap sous le patient.

Vues : Dans le cas d'une éruption cutanée généralisée, trois images peuvent représenter efficacement l'éruption.

- une photo du patient, orientée verticalement, montrant l'étendue et la répartition de l'éruption;
- une photo à moyenne distance (~24 pouces/cm) peut démontrer disposition et la configuration; et
- il est recommandé de faire un gros plan pour mettre en évidence une lésion représentative.

Lors de la prise de vue en gros plan, la lésion primaire doit être clairement identifiée, mise au point et centrée. En général, prenez l'image dans un plan perpendiculaire à celui de la lésion. Vous devez également vous assurer que la localisation ou l'anatomie est identifiable sur au moins une des images. (Fig. 1). Envisagez également de prendre des photos obliques pour montrer les modifications de la surface de la peau. Pour les lésions subtiles, vous pouvez les identifier à l'aide d'étiquettes adhésives, de ruban chirurgical ou de marqueurs lavables. Des outils de mesure peuvent également être utiles pour montrer la taille et la distribution des lésions.

Orientation et cadrage : La plupart des unités anatomiques étant plus longues que larges, l'orientation verticale de la caméra permet une utilisation maximale de l'espace. La caméra doit se trouver au niveau de la lésion en question, celle-ci étant centrée dans le champ de vision. Le cadrage de la lésion cutanée doit montrer l'étendue de l'atteinte et doit inclure les zones atteintes et non atteintes. Il est également recommandé de documenter la symétrie lorsque cela est possible. Si une seule main est atteinte, par exemple, le fait de montrer les deux mains sur une seule image permet à l'observateur de comparer

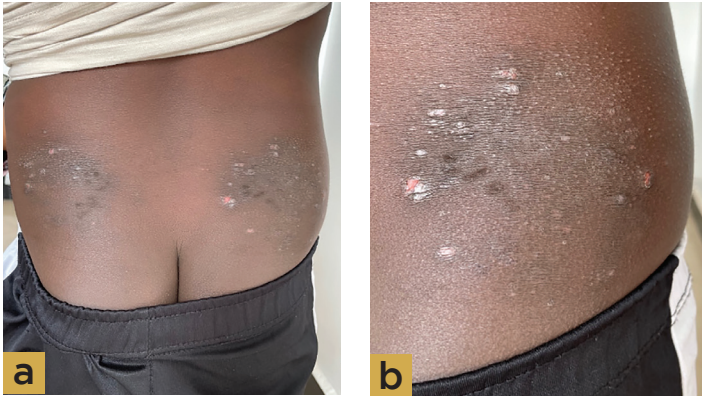


Fig 1. (a) et (b) Plusieurs photos prises à différentes distances peuvent aider à montrer la distribution et la morphologie de l'éruption.

la zone atteinte avec le côté non atteint (Fig. 2).

Utilisation sur smartphone : Tout d'abord, assurez-vous que l'objectif de l'appareil photo du smartphone est propre en utilisant un chiffon doux et non pelucheux pour essuyer délicatement l'objectif. Un chiffon en microfibras est idéal, mais

n'importe quel chiffon doux suffit. Ensuite, ouvrez l'application de l'appareil photo. Appuyez sur l'icône en forme d'éclair pour utiliser le flash afin d'éliminer les ombres, ou désactivez le flash s'il provoque un éblouissement indésirable. La plupart des smartphones sont dotés d'une fonction de mise au point automatique. Placez la lésion concernée au centre du cadre pour utiliser l'autofocus. Toucher l'écran sur l'endroit de la lésion permettra à l'appareil photo de se concentrer sur une partie particulière de l'image. Appuyez sur l'icône du soleil et faites-la glisser vers le haut ou vers le bas pour régler la luminosité.



Fig. 2. Le cadrage doit montrer les zones impliquées et non impliquées. Documenter la symétrie lorsque c'est possible.

Cliquez sur le bouton de l'obturateur pour prendre une photo. Prévisualisez la dernière photo prise en appuyant sur l'icône en bas à gauche de l'écran (Fig. 3).

Conclusion

La télédermatologie est particulièrement utile pour mettre en contact les patients ayant un accès limité aux soins spécialisés avec des prestataires de soins dans le monde entier. Les technologies mobiles continuant à progresser, les possibilités de la télédermatologie restent très vastes.

Nous espérons que ce guide photographique aidera à former ceux qui prennent des photos sur le terrain avec des smartphones pour la télédermatologie S&F.

Remerciements

Nous tenons à remercier les collègues de la Clinique Olivia à Niamey, au Niger, notamment le Dr Yacouba Kakale et le Dr Susan Beebout.

Références

1. Ibrahim AE, Magdy M, Khalaf EM *et al.* Teledermatology in the time of COVID-19. *Int J Clin Pract* 2021; **75**: e15000.
2. Ahuja S, Briggs SM, Collier SM. Teledermatology in rural, underserved, and isolated environments: A Review. *Curr Derm Rep* 2022; **11**: 328–335.
3. Nelson CA, Takeshita J, Wanat KA *et al.* Impact of store-and-forward (SAF) teledermatology on outpatient dermatologic care: A prospective study in an underserved urban primary care setting. *J Am Acad Dermatol* 2016; **74**: 484–90. e1.
4. American Telemedicine Association. Practice guidelines for teledermatology. Available at: <https://www.americantelemed.org/resources/practice-guidelines-for-teledermatology/> (last accessed 26 March 2024).

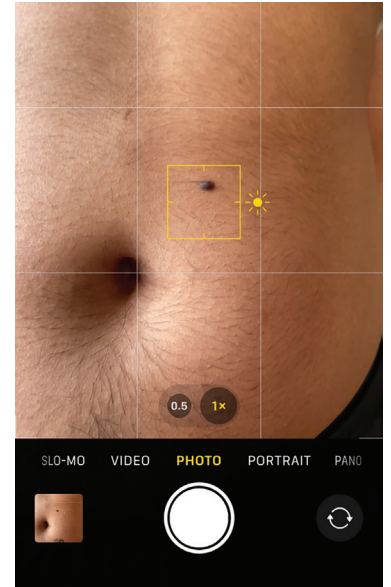


Fig. 3. Capture d'écran d'une application de caméra de smartphone.

DEUXIÈME CAS POUR LE DIAGNOSTIC

Iruka Rajapaksha and Deepani Munidasa

Hôpital général du district, Matale, Sri Lanka
deepanimunidasa@yahoo.com

Un homme de 29 ans de Matale (Sri Lanka), auparavant en bonne santé, a présenté des excroissances humides hypopigmentées ressemblant à des verrues dans sa région génitale depuis 2 semaines (Fig. 1). Ces excroissances étaient indolores et non prurigineuses. Il a déclaré avoir eu un ulcère génital indolore il y a un mois, qui s'était résorbé de lui-même sans aucun médicament.

Il était bisexuel et son dernier rapport sexuel non protégé avait eu lieu avec un partenaire masculin occasionnel il y a deux mois.

Quel examen microscopique permettrait d'établir le diagnostic?

- | | |
|---|--|
| a) Cellules géantes multinucléées dans le frottis de Tzanck | b) Cellules témoins en montage humide |
| c) Spirochètes en champ sombre | d) Bactéries Gram négatif dans la coloration de Gram |

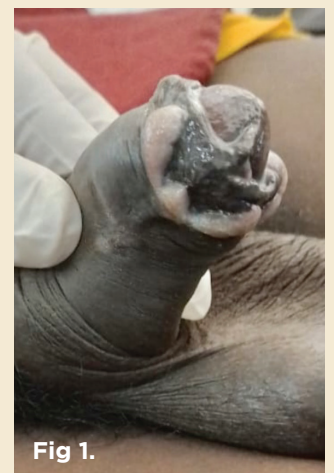


Fig 1.

DermLink Grants

DermLink Grants est un programme annuel de subventions de l'ILDS, permettant à ses membres, affiliés ou observateurs, d'entreprendre des initiatives pour aider les patients atteints de maladies cutanées dans les régions mal desservies. Le programme se déroule sur une base annuelle, ce qui signifie que tous les projets doivent être achevés dans les 12 mois suivant l'attribution de la subvention. Chaque année, nous recevons des demandes de fonds de dermatologues et d'ONG du monde entier pour soutenir des projets sur les maladies de la peau comme la lèpre, les maladies tropicales négligées, l'albinisme et la gale dans les régions à faibles ressources. Grâce au programme DermLink Grants, l'ILDS apporte chaque année son soutien à 18 pays.

Actuellement trois types de subventions DermLink Grants sont disponibles : matériel et équipement, formation individuelle et projets sur le terrain et communautaires. Chaque type de subvention permet de déboursier un montant différent si la demande est acceptée. Le programme de subventions DermLink est également ouvert aux collaborations entre organisations et/ou pays. Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations sur ce programme de subventions, veuillez nous contacter à l'adresse suivante dermlink@ilds.org.

Podoconiose : observations d'un travail clinique sur le terrain en Éthiopie

Jill Brooks^{1*}, Steven J. Ersser² et Alemayehu Bekele Kassahun³

¹Chercheur invité, Université de Bournemouth, Bournemouth, Royaume-Uni.

²Département des sciences infirmières, Faculté des sciences sociales et de la santé, Université de Bournemouth, Bournemouth, Royaume-Uni.

³Centre national de recherche et de formation sur les maladies tropicales négligées, Université d'Arba Minch, Éthiopie.

*Auteur de la correspondance : Jb284@btinternet.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Mots clés : Podoconiose; Directives du gouvernement éthiopien. .

Résumé

Contexte : La podoconiose est une maladie tropicale négligée (MTN) incurable, mais évitable et traitable. Les particules minérales et les agents pathogènes présents dans les sols alcalins et volcaniques pénètrent dans la peau de la plante des pieds par des brèches, provoquant une réaction inflammatoire, un œdème cutané et des lésions des lymphatiques superficiels. L'impact sur la qualité de vie est sévère. Après son inscription sur la liste des MTN de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2011, la podoconiose est devenue une priorité sanitaire pour le gouvernement éthiopien. Le deuxième plan de gestion de la morbidité et de prévention des incapacités de 2016 a ciblé 100 *woredas* (districts) à forte prévalence de podoconiose pour réduire l'impact de la maladie d'ici 2020. Le troisième plan stratégique national de lutte contre les maladies tropicales négligées du ministère de la santé (2021-2025) a fixé d'autres objectifs pour la podoconiose.

Objectifs : visiter les centres de santé éthiopiens dans les régions à forte prévalence de podoconiose, recueillir les expériences du personnel et des patients, et comparer les observations avec les directives gouvernementales.

Méthodes : Clinicien ayant une formation d'infirmier a effectué des visites d'observation dans quatre centres de santé éthiopiens pendant deux jours dans une région à forte prévalence du district de Boreda. Des entretiens informels avec le personnel et les patients ont eu lieu dans les deux centres de santé enregistrant le plus grand nombre de patients atteints de podoconiose.

Résultats : Les deux centres de santé qui comptaient le plus de patients atteints de podoconiose s'occupaient respectivement de 300 et 163 patients. On a interrogé cinq personnels de santé : un agent de santé qui couvrait les quatre centres, trois agents de santé d'un des deux centres et un agent de l'autre centre). Ils ont identifié des problèmes d'accès au matériel de traitement qui ont limité leur capacité à éduquer les patients à entreprendre le traitement correct de la podoconiose.

On a interrogé pendant deux jours douze patients atteints de podoconiose, âgés de 24 à 87 ans. Les patients, principalement des agriculteurs de subsistance (n=10), ont déclaré ne pas pouvoir acheter du matériel de traitement et avoir du mal à parcourir de longues distances pour accéder à de l'eau propre pour se laver. Ces facteurs ont eu un impact négatif sur la réalisation des objectifs du gouvernement.

Conclusions : Les lignes directrices du gouvernement éthiopien sur la podoconiose sont très difficiles à appliquer, car tous les patients rencontrés dans le cadre de l'étude n'avaient pas les moyens d'acheter les produits nécessaires à la prévention et au traitement de la maladie, ou n'y avaient pas facilement accès. Les centres de santé ont besoin d'un stock constant de tout le matériel nécessaire pour enseigner et démontrer la prévention et le traitement de la podoconiose. Il serait utile de fournir gratuitement du savon, des désinfectants et des émollients aux personnes atteintes de la maladie. Le manque d'accessibilité financière des chaussures de protection est également un problème. --

Portes clés de l'apprentissage

- Le troisième plan stratégique national éthiopien sur les maladies tropicales négligées 2021-2025 contient des objectifs ambitieux pour la prévention et le traitement de la podoconiose.
- La pauvreté affecte la capacité des patients à accéder au matériel nécessaire à la prévention et au traitement de la maladie.
- Le fait de parcourir de longues distances pour accéder à l'eau potable et aux centres de santé est un autre facteur dissuasif pour les patients.
- Il est essentiel que les centres de santé soient régulièrement approvisionnés en matériel nécessaire à la démonstration des traitements et à l'éducation des patients. .

Introduction

La podoconiose touche certaines des populations les plus pauvres du monde et se traduit par un œdème bilatéral de la jambe et des douleurs dans la jambe qui entraînent une perte de journées de travail et de revenus. Les particules minérales et les agents pathogènes présents dans les sols alcalins et volcaniques pénètrent dans la peau plantaire par des brèches, provoquant une réaction inflammatoire, un œdème cutané et des lésions des lymphatiques superficiels. Cela a un impact sévère sur la qualité de vie.

On estime que 1,5 million de personnes (1 % de la population) sont atteintes de podoconiose en Éthiopie, et que 35 millions de personnes sont exposées au risque de la maladie. On utilise un système d'évaluation en cinq étapes pour déterminer la gravité de la maladie chez les patients atteints de podoconiose.¹

Les directives gouvernementales pour le traitement de la podoconiose recommandent : (1) laver les deux membres deux fois par jour avec de l'eau propre à température ambiante et du savon ordinaire; (2) laisser tremper les membres pendant 15 à 20 minutes dans un bassin contenant de l'eau fraîche et propre et un antiseptique dilué; (3) bien sécher avec une serviette propre; et (4) appliquer des émoullients.

Le deuxième programme de gestion de la morbidité et de prévention des incapacités 2016 (MMDP) pour la filariose et la podoconiose ciblait 100 woredas (districts) à forte prévalence de podoconiose pour tenter d'éliminer ou de réduire l'impact de la maladie d'ici 2020. Le troisième plan stratégique national de lutte contre les maladies tropicales négligées (2021-2025) du ministère de la santé⁽²⁾ a fixé de nouvelles priorités pour la podoconiose, en augmentant : (1) le nombre de woredas endémiques fournissant des services de gestion et de prévention des incapacités de 100 à 345; (2) le nombre de personnes portant régulièrement des chaussures adéquates de 50 % à 100 %; (3) le nombre de personnes ayant une hygiène des pieds adéquate et régulière dans les woredas endémiques de 50 % à 100 %; et (4) la proportion de woredas endémiques disposant d'au moins une association de patients atteints de podoconiose de 25 % à 100 %.

Matériels et méthodes

En 2022, le Centre collaboratif éthiopien de recherche et de formation sur les maladies tropicales négligées de l'Université d'Arba Minch University (CRTC NTDs AMU) a organisé des visites cliniques pour quatre centres de santé dans les montagnes du district de Boreda, zone de Gamo Gofa. Les discussions informelles avec le personnel et les patients se sont concentrées sur deux des centres de santé qui accueillent le plus grand nombre de patients atteints de podoconiose (n=300 et n=163 patients, respectivement). L'observateur clinique a également examiné les jambes et les pieds des patients.

Résultats

Entretiens avec le personnel : On a interrogé cinq agents de santé titulaires d'une licence, dont un qui couvrait les quatre centres, ainsi que trois agents de santé dans un centre et un dans l'autre. Chaque centre de santé avait au moins un membre du personnel infirmier formé au CRTC NTD pendant trois jours sur le diagnostic et le traitement de la podoconiose, selon le troisième plan stratégique national des maladies tropicales négligées (2021-2025). 3 Après l'évaluation initiale, les patients se rendaient au centre de santé ou recevaient la visite d'un agent de santé mensuellement pendant trois mois, puis annuellement, pour résoudre les problèmes et renforcer le régime d'autosoins. En cas de crise aiguë de douleur à la jambe (ADLA) durant plus de 24 heures, le personnel infirmier du centre de santé administrait des injections de pénicilline procaine pendant 7 à 10 jours pour prévenir la septicémie. L'ensemble du personnel infirmier a signalé des problèmes d'accès aux médicaments et au matériel nécessaires pour démontrer le régime de soins cutanés requis et respecter les

directives. Dans l'un des centres visités, un tableau en anglais (figure 1) intitulé « Contrôle et prévention de la podoconiose » était affiché au mur.

Contrôle et prévention de la podoconiose

- ❖ Utilisation correcte et régulière des articles chaussants
- ❖ Lavage quotidien des pieds
- ❖ Remplacement du sol en terre par un sol en béton ou une couverture

Fig. 1. Affiche murale utilisée dans un centre de santé gouvernemental sur la prise en charge de la podoconiose.

Entretiens avec les patients : On a interrogé au total 12 patients atteints de podoconiose (9 femmes et 3 hommes) qui se sont rendus dans l'un ou l'autre des deux centres pendant les deux jours de l'étude. Leur âge variait de 24 à 87 ans; trois des femmes avaient une vingtaine d'années, mais les autres étaient tous âgés de plus de 65 ans. La plupart des patients (n=10) étaient des agriculteurs de subsistance. La plupart (n=11) bénéficiaient d'une assurance maladie gouvernementale qui leur fournissait des soins de santé, à eux et à leur famille, pour un coût de 300 birrs (5,6 USD) par an.

Tous les patients ont déclaré avoir entrepris de longues marches pour accéder à l'eau des bornes-fontaines et pour se rendre au centre de santé. Une femme et sa fille, toutes deux atteintes de podoconiose, ont parcouru 10 km à pied pour se rendre au centre, sur des routes non aménagées.

À l'examen, tous les patients présentaient une podoconiose aux stades 1 à 3. La figure 2 montre un pied malade typique et une chaussure endommagée.

Aucun des patients ne présentait de plaie ou d'infection fongique.

Tous les patients ont compris l'importance de se laver les pieds et les jambes pour réduire la charge bactérienne et éliminer les particules de terre, contribuant ainsi à restaurer la fonction de leur peau. Tous se sont lavés les pieds et les jambes à l'eau tous les soirs. L'eau provenait de bornes-fontaines situées à une grande distance du domicile, transportées dans des récipients (figure 3).



Fig. 2. Pieds d'un patient atteint de podoconiose et sandales cassées non protectrices.



Fig. 3. Tôt le matin, des récipients d'eau attendent d'être remplis à une borne-fontaine.

Aucun patient n'a utilisé de serviette, de savon, de désinfectant ou d'émoullient, car ces produits étaient jugés inabordables. Le coût mensuel approximatif des traitements cutanés obtenus dans les magasins locaux de la région de Boreda était le suivant :

Suite au verso...

Podoconiose : observations du travail clinique sur le terrain en Éthiopie ...suite

- pain de savon : 110 birrs (2,02 USD) ;
- eau de Javel : (5% NaOCl) pour désinfecter l'eau = 15 ml par jour ajoutés à 6 L d'eau (90 birr [1,66 USD], 450 ml) ;
- émoullient à base de pétrolatum et de vaseline : (30 birr [USD \$0.55] pot de 150 g) ;
- Pommade Whitfield (pour les infections fongiques) (100 birrs [1,84 USD] par tube) ;
- le coût total d'un mois de traitement = 330 birrs (6,07 USD). Ce coût était inabordable pour les patients examinés.

Tous les patients portaient des chaussures, mais aucun genre de chaussures ne les protégeait contre l'exposition au type de sol. La plupart d'entre eux portaient des sandales en plastique cassées (figure 2), qui risquaient de pénétrer dans le pied. Aucun patient n'a pu se rendre au centre après la première visite, à moins d'avoir besoin d'une série d'injections d'antibiotiques pour l'ADLA, ce qui se produit généralement une fois par mois. Les patients ou le personnel n'ont signalé aucune association de patients atteints de podoconiose dans les environs.

Discussion

Inaccessibilité des soins de santé et coûts inabordables :

L'accès aux soins en Éthiopie, où la podoconiose est répandue, est difficile et coûteux en raison du mauvais état des routes et des longues distances. Les établissements de santé facturent le traitement, sauf si les patients sont couverts par l'assurance maladie gouvernementale ou sont extrêmement pauvres. Par conséquent, les patients n'ont fréquenté le centre qu'au début et lorsqu'ils avaient besoin d'injections d'antibiotiques pour l'ADLA. Le coût total d'un mois de soins réguliers de la peau s'élevait à 330 birrs (6,07 USD), ce qui était inabordable pour les patients rencontrés.

Une étude transversale communautaire menée dans le centre de l'Éthiopie auprès de 638 personnes a révélé l'importance de l'utilisation quotidienne du savon pour se laver les jambes. Elle a montré que 582 personnes (91,2 %) se lavaient les jambes avec de l'eau et du savon, et que 410 (64,3 %) le faisaient deux fois par jour. ³ Au total, 40 personnes (6,3 %) ont souffert de podoconiose, avec un taux quatre fois plus élevé chez celles se lavant les pieds uniquement à l'eau par rapport à celles utilisant de l'eau et du savon ($P=0,005$). Bien que le savon soit important pour le nettoyage de la peau, l'eau désinfectée et les émoullients sont également nécessaires pour améliorer l'état de la peau et réduire l'ADLA.

Notre essai précédent ($n=193$) visait à améliorer le traitement de la podoconiose en Éthiopie grâce à des soins de la peau et à l'éducation. ⁴ Trois mois de lavage quotidien au savon, de trempage des pieds et des jambes dans de l'eau désinfectée, et d'application d'émoullients ont amélioré la qualité de vie, réduit les lésions cutanées, et éliminé les jours d'incapacité de travail dus à l'ADLA, initialement de 4,44 jours par mois. ⁴

Le poster de HC (Figure 1) aurait été plus utile s'il montrait graphiquement la procédure correcte de lavage, séchage des pieds et jambes, et application d'émoullients, car les patients ne savaient pas lire l'anglais. De plus, le bétonnage des sols en terre dans les maisons des patients était inabordable pour la plupart d'entre eux.

Connaissances du personnel de santé : Tous les membres du personnel de santé n'ont pas reçu de formation sur la prévention et le traitement de la podoconiose, bien qu'ils disposent de la directive sur la maladie. L'étude de Churko 2019, entreprise à la suite de la directive sur la podoconiose du MMDP de 2016 dans la zone de Gamo, a souligné l'importance de la formation. Cette étude portait sur les connaissances de 320 professionnels de la santé, dont la moitié étaient des membres diplômés du

personnel infirmier. Soixante-dix membres de ce personnel infirmier (21,9 %) pensaient que la podoconiose était une maladie infectieuse, 38 (11,9 %) croyaient que la cause était un parasite, et 71 (22,2 %) pensaient qu'elle résultait d'une malédiction ou du mauvais œil. Seuls 37 (11,6 %) avaient déjà traité un patient atteint de podoconiose, et 191 (59,7 %) estimaient ne pas avoir les connaissances et compétences nécessaires pour le faire. De plus, la plupart du personnel infirmier, soit 311 (97,2 %), ne disposait d'aucune ligne directrice pour la prise en charge de la maladie dans leur établissement de santé. ⁵

Le manque d'accès à l'eau potable en Afrique subsaharienne est un défi majeur, où 187 millions de personnes s'approvisionnent en eau de sources non protégées comme les puits, rivières, lacs et étangs. L'eau provenant de sources « protégées », telles que les bornes-fontaines, est souvent contaminée par des bactéries nocives. Tous les patients avec lesquels nous nous sommes entretenus s'approvisionnaient en eau à partir de bornes-fontaines. Personne n'a utilisé d'eau de Javel pour désinfecter l'eau. Bien que personne dans la présente étude n'ait déclaré que l'accès à une quantité suffisante d'eau pour se laver était un problème, d'autres études ont fait état de problèmes. Un bidon de 25 litres rempli pèse 25 kg (figure 3) et est très difficile à transporter. Ainsi, l'utilisation de l'eau pour se laver les jambes et les pieds n'est pas une priorité, entraînant une mauvaise hygiène et une mauvaise prise en charge de la maladie. ⁶ Une étude menée à Boreda auprès de 280 patients atteints de lymphœdème a révélé que 89 (31,8 %) marchaient 30 minutes pour aller chercher de l'eau, que plus de 75 % rapportaient moins de 50 litres d'eau par jour, et que ceux transportant 50 litres ou moins avaient 38 % moins de chances d'avoir de bonnes pratiques de soins des pieds ⁷

Conclusion

Deux ans après la publication du troisième plan stratégique national de lutte contre les maladies tropicales négligées (2021-2025), les services de santé éthiopiens doivent encore faire des efforts pour gérer efficacement la podoconiose. Les centres de santé doivent disposer de stocks suffisants de matériel. Si le savon, l'eau de Javel, les émoullients et les chaussures de protection restent inabordables, la podoconiose continuera de nuire à la qualité de vie et à l'économie des personnes atteintes, de leurs familles et du pays.

Remerciements : Merci à la Ligue internationale des sociétés dermatologiques pour la subvention DermLink, au personnel du CRTD NTD, à l'université d'Arba Minch en Éthiopie, et au personnel et aux patients du centre de santé du district de Boreda.

Références

1. Tekola F, Ayele Z, Mariam DH et al. Development and testing of a *de novo* clinical staging system for podoconiosis (endemic non-filarial elephantiasis). *Trop Med Int Health* 2008; **13**:1277-83.
2. Ministry of Health of Ethiopia. The Third National Neglected Tropical Diseases Strategic Plan 2021-2025. Available at: <https://espen.afro.who.int/system/files/content/resources/Third%20NTD%20national%20Strategic%20Plan%202021-2025.pdf> (last accessed 26 June 2024).
3. Dejene F, Merga H, Asefa H. Community based cross sectional study of podoconiosis and associated factors in Dano district, Central Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis* 2019; **13**:e0007050.
4. Brooks J, Ersser SJ, Cowdell F et al. A randomized controlled trial to evaluate the effect of a new skincare regimen on skin barrier function in those with podoconiosis in Ethiopia. *Br J Dermatol* 2017; **177**:1422-31.
5. Churko C, Asnakew Asfaw M, Tunje A et al. Knowledge, attitude, practice and associated factors of health professionals towards podoconiosis in Gamo zone, Ethiopia, 2019. *J Foot Ankle Res* 2021; **14**:31.
6. Molla YB, Tomczyk S, Amberbir T et al. Podoconiosis in East and West Gojam Zones, Northern Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis* 2012; **6**:e1744.
7. Churko C, Yohanes T, Kassahun AB et al. Foot care practice and associated factors among patients with lymphoedema in Boreda district, Gamo zone, southern Ethiopia, 2020. Implications for elimination of podoconiosis and lymphatic filariasis. *J Foot Ankle Res* 2021; **14**:51.

Terence J Ryan

Professeur émérite de dermatologie, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni.
terence.ryan2021@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun.

Sur les cinq continents, les ministres de la santé déclarent que l'enfermement est une conséquence de la COVID-19 et qu'il explique la forte prévalence des problèmes de santé mentale dans tous les groupes d'âge. Il a entraîné la solitude en raison de la distanciation sociale et du masquage.

C'est le père de la médecine moderne, Sir William Osler, à Oxford, au début du 20e siècle, dont on disait que son pouvoir thérapeutique était l'amitié. Un autre professeur d'Oxford a déclaré beaucoup plus récemment que « l'amitié est le facteur le plus important pour la santé, le bien-être et le bonheur ». ¹ En tant que dermatologue, j'ai souligné que la distanciation sociale a toujours été essentielle, comme en témoignent les personnes isolées atteintes de lèpre au cours

des 1000 dernières années. ² Les patients atteints de filariose lymphatique que j'ai vus étaient souvent seuls eux aussi, car leur famille et leur communauté les éloignaient socialement en raison de leur apparence et de leur odeur. Nous devons adopter une approche amicale pour la prise en charge des maladies de la peau et l'enseigner par l'exemple au personnel de santé. communautaires. Cela peut se faire sans craindre de surcharger leur programme, car ces agents sont souvent les premiers à rencontrer ces patients dans l'isolement. Cela leur donnera un énorme pouvoir thérapeutique.

Références

1. Dunbar RIM. The anatomy of friendship. *Trends Cogn Sci* 2018; **22**:32-51.
2. Ryan T. Editorial: friendship in the age of COVID-19. *Postgrad Med J* 2022; **98**:485-6.

RÉPONSES AU DIAGNOSTIC



Premier cas
d) Lichen plan actinique (LPA)

Discussion

La littérature décrit le lichen plan actinique comme un sous-type rare de lichen plan photosensible qui touche principalement les enfants et les jeunes adultes.

Cependant, elle n'est pas rare chez les écoliers des pays tropicaux pendant les mois chauds de l'été. L'étiologie exacte est inconnue, mais les rayons ultraviolets naturels et artificiels semblent être le principal facteur déclenchant.

Souvent de diagnostic clinique, caractérisé par la tache pigmentée centrale entourée d'un halo hypopigmenté, le lichen plan actinique à la dermoscopie montre des stries de Wickham caractéristiques (un motif en forme de dentelle blanche) sur les lésions cutanées.

Un traitement à base d'écrans solaires, de stéroïdes topiques et, si nécessaire, d'une courte cure de stéroïdes oraux est généralement couronné de succès.



Deuxième cas
1. Condylomata lata dans la syphilis secondaire 2. c) Spirochètes en champ sombre

Discussion

Le condylome est une manifestation cutanée de la syphilis secondaire affectant typiquement la zone anogénitale. Ces lésions sont humides et présentent de grandes quantités de spirochètes grouillants en microscopie à fond noir. La sérologie de la syphilis est invariablement positive dans ces cas.

La syphilis est une infection sexuellement transmissible courante causée par le spirochète *Treponema pallidum*. La période d'incubation varie de 2 à 12 semaines.

La syphilis se caractérise par quatre stades cliniques.

1. Stade primaire - un ou plusieurs ulcères apparaissent dans les régions anogénitales ou buccales.
2. Stade secondaire - 2 à 8 semaines après le stade primaire, plusieurs systèmes sont touchés. Les manifestations cutané-muqueuses telles que les éruptions cutanées, les condylomes et l'alopécie sont fréquentes.
3. Le stade latent - Le stade latent de la syphilis est une période sans signes ni symptômes visibles.
4. Syphilis tertiaire - certaines personnes atteintes de syphilis non traitée ne développent pas de syphilis tertiaire. Si elle se développe, les organes vitaux du patient peuvent être affectés 10 à 30 ans plus tard..

Une seule injection de benzathine benzylpénicilline G à action prolongée peut guérir les premiers stades de la syphilis s'il n'y a pas d'atteinte neurologique ou oculaire. L'évaluation et le traitement du partenaire sont également importants.

Rédacteurs en chef

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

Rédacteur en chef fondateur

Paul Buxton (Royaume-Uni)

Secrétaire de rédaction

Secrétariat de l'ILDS

Comité de rédaction

Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Anna Ascott (Royaume-Uni)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Ramesh Bhat (Inde)
Jean Bolognia (USA)
Isabel Casas (Argentine)
David Chandler (Royaume-Uni)
Olivier Chosidow (France)

Steven Ersser (Royaume-Uni)
Guadalupe Estrada (Mexique)
Claire Fuller (Royaume-Uni)
Chris Griffiths (Royaume-Uni)
Henning Grossman (Allemagne)
Rod Hay (Royaume-Uni)
Arjan Hogewoning (Pays-Bas)
Vineet Kaur (Inde)
Harvey Lui (Canada)

Omar Lupi (Brésil)
John Masenga (Tanzanie)
Rachael Morris-Jones
(Royaume-Uni)
Anisa Mosam
(Afrique du Sud)
Kelvin Mponda (Malawi)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)
Ben Naafs (Pays-Bas)

Rune Philemon (Tanzanie)
Terence Ryan (Royaume-Uni)
Mafalda Soto (Tanzanie)
Aswan Tai (Australie)
Gail Todd (Afrique du Sud)
Shyam Verma (Inde)
Stephen Walker
(Royaume-Uni)

Comment recevoir le Community Skin Health journal ?

version numérique et papier. L'abonnement au numéro numérique ou papier est **gratuit** : veuillez consulter le site : bit.ly/cshjournal

Vous pouvez également **télécharger** l'application CSH pour votre téléphone ou votre tablette sur Android et iOS.

Rédiger un article

Si vous vous intéressez aux soins de santé dermatologiques, la CSH est une excellente occasion de partager votre expérience en envoyant des articles, des rapports et des lettres. Veuillez consulter le site web du CSH pour connaître les lignes directrices à l'intention des auteurs. Veuillez envoyer votre contribution par courriel à CSH@ILDS.org ou par courrier à Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, UK.

Droits d'auteur

Vous pouvez photocopier, reproduire ou traduire les articles à condition de ne pas les utiliser à des fins commerciales ou personnelles. Les remerciements doivent être adressés aux auteurs et à Community Skin Health.

Éditeur

La Ligue internationale des sociétés dermatologiques (ILDS) publie Community Skin Health en tant que journal officiel de la Fondation internationale de dermatologie. (IFD) <https://ilds.org/>

Clause de non-responsabilité

L'éditeur, la Ligue internationale des sociétés dermatologiques, et les rédacteurs déclinent toute responsabilité pour les erreurs ou les conséquences découlant de l'utilisation des informations contenues dans le journal. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur, de la Ligue internationale des sociétés dermatologiques et des rédacteurs, et les publicités ne constituent pas leur approbation.

ISSN 2632-8046

Devenir un ami du CSH

Pour seulement 5 dollars, 5 livres sterling ou 5 euros par mois, vous pouvez devenir un ami de CSH. Votre don régulier nous aidera à envoyer plus de 10 000 exemplaires de la revue aux professionnels de la santé du monde entier.

Pour plus d'informations sur la façon de devenir un ami, envoyez un courriel à l'adresse suivante

CSH@ILDS.org



Si vous faites vos achats en ligne, vous pouvez soutenir financièrement la revue sans frais supplémentaires. Plusieurs grands détaillants font un don en fonction du montant de vos achats.

www.easyfundraising.org.uk



Officiellement fondée en 1935, la Ligue internationale des sociétés dermatologiques (ILDS) promeut la santé de la peau dans le monde entier depuis plus de 80 ans. Son précurseur a vu le jour en 1889, lors du premier des nombreux congrès mondiaux de dermatologie. Aujourd'hui, l'ILDS représente la dermatologie au plus haut niveau avec plus de 170 membres issus de plus de 80 pays; nous représentons plus de 200 000 dermatologues.

En 1987, on a créé la Fondation internationale de dermatologie (IFD) pour mener à bien les activités de l'ILDS en matière de santé dermatologique mondiale. Aujourd'hui, l'IFD soutient des projets en Afrique, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. CSH est le journal officiel de l'IFD.



Allié à l'HIFA
Health information for All

Promoting global
Community Skin Health
through education