

Vers une communauté de soins internationale

Harvey Lui

Président, International League of Dermatological Societies



Conseils en matière de photoprotection pour les enfants atteints d'albinisme
Crédit photo : Mafalda Soto

En sa qualité d'organisation mondiale la plus importante et la plus ancienne dédiée à la dermatologie mondiale, l'International League of Dermatological Societies (ILDS) cherche à atteindre la meilleure santé de la peau possible pour tous les habitants de la planète et travaille officiellement en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé. Nous savons que les dermatologues sont particulièrement en mesure de s'occuper avec expertise des patients atteints de maladies de la peau grâce à leur expérience clinique, à une formation avancée et à de la recherche innovante. Il n'en reste pas moins clair que le fardeau mondial des maladies cutanées ne peut être géré que grâce aux efforts d'une large variété de professionnels de santé en première ligne. L'International Foundation for Dermatology (IFD) se charge des activités humanitaires de l'ILDS pour les individus n'ayant pas d'autre possibilité d'accéder à des soins essentiels pour leurs maladies cutanées. L'un des principaux objectifs de l'IFD est de renforcer les moyens dont disposent les prestataires de santé de première ligne au sein de leurs propres communautés, où qu'elles se trouvent, et la présente publication représente un outil d'apprentissage et de communications

très estimé depuis sa création par le Dr Paul Buxton, en 2004 l'ILDS est fière de soutenir la transition de ce journal à son nouveau nom, "**Community Skin Health**" et nous réitérons notre intention de le publier comme le journal officiel de l'IFD en tandem avec la nouvelle Appli Community Skin Health en ligne. Au nom des 200 000 dermatologues mondiaux que l'ILDS représente, nous exprimons toute notre reconnaissance à nos rédacteurs Chris Lovell et Michele Murdoch pour leur leadership et leur dévouement constant en faveur d'une "Santé de la peau à travers le monde".

NOUVELLE Appli Community Skin Health en ligne

Nous sommes heureux de lancer l'Appli Community Skin Health. L'Appli CSH est disponible pour iOS et Android.

Vous pouvez désormais consulter aisément chaque numéro, rechercher des sujets d'intérêt dans les archives étendues et ajouter un signet à vos articles préférés. Recevez automatiquement le dernier numéro sur votre téléphone.



Nous apprécierions que vous preniez quelques minutes de votre temps pour remplir le formulaire d'évaluation ci-joint afin de nous aider à faire du Journal une ressource pertinente. Vos commentaires sont importants pour nous.

Merci de bien vouloir nous renvoyer le formulaire rempli par courrier à **Community Skin Health Journal, Willan House, 4 Fitzroy Square, Londres, W1T 5HQ, Royaume-Uni** ou scanné/photographié par e-mail à **CSH@ILDS.org** ou en ligne <https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation>

Sommaire

- 1 Vers une Communauté Internationale de Soins**
Harvey Lui, Président, International League of Dermatological Societies
- 2 Santé de la Peau des Réfugiés au Liban: Entretien avec le Professeur Chris Griffiths**
- 4 Leishmaniose Cutanée dans le District de Naivasha, Vallée du Rift, Kenya**
Beatrice A. Etemesi, Michele Leroux et Ronald M. Harris
- 7 L'onyalai: une Maladie Africaine Négligée**
Haji Jereni Bwanali et Sam Honde

SANTÉ DE LA PEAU DES REFUGIÉS AU LIBAN: Entretien avec le Professeur Chris Griffiths

Résumé

Le Professeur Chris Griffiths, OBE, (Université de Manchester, Royaume-Uni), membre du conseil d'administration de l'ILDS et dermatologue renommé, partage son expérience relative à la visite des réfugiés syriens de la Vallée de la Bekaa, au Liban, et aux soins dermatologiques qu'il leur a fournis, ainsi que ses idées plus générales sur la santé des migrants.

Mots clés: santé de la peau des réfugiés, santé des migrants, Liban.

Historique de la crise des réfugiés syriens au Liban

Depuis le déclenchement de la guerre civile en Syrie en 2011, le Liban a accueilli au moins 1,5 millions de réfugiés syriens - 1,1 millions d'entre eux sont inscrits auprès du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR). Cet influx massif a eu un impact majeur sur les secteurs de la santé et de l'éducation au Liban ainsi que sur les services d'eau, sanitaires et utilitaires. Ceci a conduit à un accroissement des tensions entre réfugiés et communautés d'accueil.

Quels éléments ont déclenché votre intérêt pour la santé des migrants et comment vous êtes-vous impliqué?

J'ai développé un intérêt profond pour le sort des réfugiés et l'inégalité des soins dans les pays en développement; ceci a été déclenché par le travail du Regional Dermatology Training Centre (RDTC) en Tanzanie et l'International Foundation for Dermatology's Migrant Health Dermatology Working Group. En outre, cela fait 35 ans que je travaille dans le secteur de la dermatologie. Durant cette période j'ai participé à l'amélioration des soins dermatologiques au Royaume-Uni et j'ai acquis une vaste gamme de compétences dans les domaines clinique, de la recherche et administratif. Je voulais savoir si cet ensemble de compétences pourrait m'aider à contribuer au bien-être des réfugiés, d'où ma décision de m'impliquer dans le bénévolat en tant que dermatologue.

En juillet 2017, j'ai été invité à donner une série de conférences à l'American University de Beirut (AUB) par le Professeur Abdul-Ghani Kibbi, ancien membre du Conseil d'Administration de l'ILDS (2007 - 2015), - Président du Département de Dermatologie d'AUB et Chef de Personnel Adjoint pour le Département des Affaires du Personnel Médical. AUB m'a gracieusement proposé de revenir en, tant que lauréat du prestigieux programme Fuad Farah, comme Professeur Invité en juillet 2018. Je me suis senti incroyablement honoré mais je voulais également profiter de cette occasion pour impulser quelque chose de différent. J'ai donc accepté l'invitation d'AUB, et demandé à visiter les camps de Réfugiés Syriens au Liban et à prodiguer des soins dermatologiques à ces réfugiés, ce qui m'a été accordé.

Pouvez-vous nous parler de votre séjour dans les camps de réfugiés?

Je suis arrivé à Beyrouth le 8 juillet 2018. Au cours des trois jours qui ont suivi j'ai passé du temps à pourvoir en personnel les cliniques du département de dermatologie d'AUB, à enseigner au passage les résidents et étudiants en médecine et à donner une série de conférences pour le personnel médical. Nous avons simultanément pu planifier la logistique de la mission humanitaire dans les camps syriens, notamment en emballant les fournitures pharmaceutiques nécessaires à emmener avec nous. Kathia Kozman, l'administratrice du département, a joué un rôle fondamental dans cette organisation logistique. Je suis parti pour les camps le 12 juillet, accompagné du Professor Kibbi, de deux de ses résidents seniors et d'un médecin



Fig 1. Camp de Réfugiés Anjar, Vallée de Bekaa, Liban

généraliste qui avait déjà de l'expérience avec les camps de réfugiés. Les deux camps se situent dans la Vallée de Bekaa, à proximité de la frontière syrienne (Fig 1), une plaine ouverte sans ombre où règne par conséquent une chaleur accablante en été et un froid glacial en hiver.

Comment décririez-vous la vie des résidents des camps de réfugiés d'Anjar et de Saad Anyil?

Les conditions changent d'une saison à l'autre et d'une année à l'autre, en particulier avec l'augmentation continue du nombre de réfugiés. Je ne peux donc vous donner de réponse précise.

D'après ce que j'ai pu observer, les camps sont relativement sûrs, mais l'accès à de l'eau courante propre et à des aliments nutritifs équilibrés était impossible. Ainsi de nombreux résidents ont dû travailler dans les champs ou dans des villages environnants afin que leur régime alimentaire soit plus varié, la nourriture fournie n'étant pas diversifiée. La surpopulation constitue un problème essentiel car les familles, souvent comprises de 5 personnes ou plus, vivent dans des petits abris fait de poteaux en bois, de toile et de draps tissés. Chaque petit abri comprend une pièce principale faisant également office de salon et de chambre, un petit coin cuisine avec une zone de cuisson à feu ouvert, un coin de lavage et de rangement et un couloir.

Et malgré cela, les gens font le meilleur usage possible de ces conditions de vie, ce qui se reflétait dans leur manière de se présenter. Une chose qui m'a frappé à maintes et maintes reprises est l'effort que les gens mettaient dans leur apparence et la manière dont ils étaient perçus par les autres, en particulier leurs voisins et leurs amis. A beaucoup d'égards les résidents des camps de réfugiés d'Anjar et de Saad Anyil n'étaient pas différents des patients que je vois dans en consultation à Salford (Manchester, Royaume-Uni). Ils se préoccupent de leur peau et de leur apparence (les jeunes femmes, par exemple, posent des questions sur la photoprotection afin d'éviter l'apparition de rides), et s'inquiètent en particulier de la présence de maladies cutanées chez leurs enfants.

L'avenir constituait également une importante source d'inquiétude pour beaucoup de réfugiés car la plupart d'entre eux désiraient tellement rentrer chez eux et retrouver la vie qu'ils connaissaient. Ceci n'était toutefois pas possible, même pour ceux qui étaient prêts à repartir. C'était par exemple le cas d'une femme d'environ quarante-cinq ans que j'ai traitée et son fils de 18 ans; tous deux

décrivaient leur désir intense de repartir à Alep – même en pleine guerre civile. Cela leur était pourtant impossible car son fils avait désormais atteint l'âge d'être enrôlé dans l'armée Nationale Syrienne. Elle avait été informée que pour s'assurer que son fils ne soit pas enrôlé, elle devrait payer environ 10 000 USD - un montant supérieur à leur revenu annuel. Et pourtant, en dépit de cela, ils gardaient l'espoir que les choses allaient changer et qu'ils pourraient rentrer chez eux. D'une manière générale les réfugiés étaient déterminés, pleins de vie et pleins d'espoir, ce qu'il est important de souligner car nous les percevons souvent, du fait de leurs circonstances, soit comme des victimes impuissantes, soit comme des fardeaux.

L'éducation est fortement valorisée car elle est considérée comme une manière de s'en sortir. La plupart des enfants et des jeunes adultes, y compris ceux nés dans les camps libanais, n'ont toutefois pas accès à des systèmes éducatifs formels puisqu'ils ne peuvent pas s'inscrire dans les écoles locales. Il y avait néanmoins dans un des camps une petite école donnant accès à l'éducation, mais les places et les ressources étaient limitées. En dépit de ces défis, le désir d'éducation demeurait élevé.

Quels problèmes dermatologiques avez-vous rencontrés et quelles en étaient les causes? Existait-il assez de services et de programmes pour répondre aux besoins médicaux/dermatologiques de ces communautés? Si non, quelles sont les lacunes et quel soutien est nécessaire?

Les réfugiés syriens au Liban, tout comme leurs homologues à travers le monde, ont un accès limité aux services de soin. Pour cette raison, la Beyond Association et d'autres organisations non-gouvernementales (ONG) ont établi des services de consultations mobiles pour aider à combler les manques. Ces services mobiles sont toutefois débordés, sous-financés et en manque de ressources, comme j'ai pu m'en rendre compte lorsque j'étais médecin bénévole avec l'ONG Beyond Association.

En raison de la nature du conflit syrien, j'ai été informé que nous devions vérifier s'il existait des signes de torture, mais je n'en ai pas vu. En raison de sa nature délicate, ce sujet était toutefois difficile à évaluer et à aborder - et ce malgré l'excellente interprétation de l'infirmière qui m'accompagnait lors des consultations.

Dans le cadre de notre travail de consultations dermatologiques mobiles Beyond Association, l'équipe et moi-même participions à la gestion de plus de 130 patients des camps d'Anjar et de Saad Anyil, allant de nouveaux-nés à des personnes âgées (Fig 2). Durant ce processus, j'ai été confronté à une vaste gamme de pathologies dermatologiques, dont les poux, la leishmaniose, les infections à mycobactéries atypiques et la gale, ainsi que des troubles cutanés couramment rencontrés au Royaume-Uni tels que, entre autres, les cancers basocellulaires, le psoriasis, l'eczéma et l'acné. Les causes ayant entraîné ces pathologies sont aussi variées que les maladies elles-mêmes, mais certaines proviennent de la surpopulation et des conditions de vie difficiles dans les camps. Il y avait par exemple de nombreux cas d'échaudures et de brûlures, en particulier chez les jeunes enfants qui jouent et/ou dorment dans le coin cuisine de leur abri, où l'huile et l'eau sont chauffées sur un appareil de cuisson bas presque au niveau du sol.

Nous avons transporté nos fournitures médicales, principalement des crèmes, des pommades, des émoullients, des agents antifongiques et des antibiotiques, avec nous depuis AUB et nous avons installé une pharmacie d'extérieur. Tous les patients en étaient très reconnaissants car il n'existait pas de service d'ordonnances. Pour les cas plus graves,



Fig 2. Les Professeurs Griffiths et Kibbi examinant un patient en consultation mobile, Vallée de Bekaa, Liban.

nous avons toutefois pu organiser un traitement supplémentaire à Beyrouth – ce grâce à un petit fonds fourni par l'AUB. Une patiente d'environ quarante-cinq ans, par exemple, présentait un important cancer basocellulaire au niveau du cuir chevelu dû à un traitement de radiothérapie contre un *Tinea capitis* reçu quand elle était enfant. Le camp possédait des installations de soins de base, mais elles n'étaient pas suffisantes pour traiter des pathologies telles que la sienne. Une opportunité de soin a pu lui être proposée grâce à ce fonds, mais pour la plupart des réfugiés, cette option n'est pas disponible car les ressources ne sont pas suffisantes.

Prévoyez-vous de refaire du bénévolat sur le terrain? Que pensez-vous du rôle des dermatologues, des sociétés de dermatologie et de l'ILDS pour la santé des migrants/des réfugiés?

J'espère visiter à nouveau le Liban car c'était une expérience qui en valait la peine et qui a changé ma vie. J'en suis reparti rempli d'humilité, en particulier après avoir vu la manière dont les gens vivent là-bas et les défis auxquels ils sont confrontés. J'ai aussi eu le sentiment d'avoir fait quelque chose de différent et cela me pousse à vouloir faire plus. Pour moi, l'un des aspects essentiels était que les compétences dermatologiques que j'ai acquises au cours de mes quatre décennies de travail au National Health Service (NHS) étaient utiles et applicables à la « situation de terrain » du camp de migrants. Suite à mon voyage, j'ai rejoint le Migrant Health Working Group de l'ILDS et, en décembre 2018, je visiterai la Birmanie afin d'y rencontrer des dermatologues locaux et les responsables nationaux de la santé dans le but de développer des liens, et peut-être d'améliorer les soins pour les groupes déplacés, notamment les réfugiés Rohingyas.

Par le biais d'ILDS DermLink, l'ILDS aide à améliorer l'accès aux soins des communautés mal desservies, en particulier les réfugiés. Le Congrès Mondial de Dermatologie qui se tiendra à Milan en juin 2019 comprendra un atelier sur la santé des migrants. De nombreux défis subsistent en matière de santé des migrants. Accroître la sensibilité aux difficultés et à l'impact positif que les dermatologues formés que nous avons parmi nous peuvent avoir contribuera au moins à la gestion des maladies de la peau dans ce contexte.

Leishmaniose cutanée dans le district de Naivasha, Vallée du Rift, Kenya

Beatrice A. Etemesi, MBChB

MD-Dermato-Vénérologie; Chef des Services Médicaux de Kakamega County, Kenya

Michèle Leroux, RCPT, MSc, CHRM

St Mary's Mission Hospital, Lake Elementaita, Kenya

Ronald M. Harris, MD, MBA, FAAD

Professeur Clinique à la Dermatology University of California, Irvine, CA, USA

Résumé

Introduction; La leishmaniose cutanée constitue un problème majeur de santé publique et sa prévalence est estimée à 12 millions à travers le monde. Au Kenya il existe plusieurs foyers de leishmaniose cutanée, à savoir la Vallée du Rift, la Province Centrale et la Province Occidentale.

Objectif; Nous avons tenté de réaliser une étude sur la présence de la leishmaniose cutanée dans deux zones où des cas ont été préalablement reportés, dans la province de la Vallée du Rift au Kenya.

Méthodologie; La communauté a été informée de l'étude qui couvrait cinq écoles différentes dans les deux zones. Le diagnostic a été réalisé cliniquement.

Résultats; Mille huit cents soixante-quinze (1 875) individus ont été examinés pour déceler des signes de leishmaniose cutanée. La prévalence générale détectée était de 3,9 %. La leishmaniose cutanée, mucocutanée et disséminée représentaient les types cliniques identifiés dans ces zones. Les présentations cutanées allaient de papules à des plaques ulcérées et croûteuses dont l'étendue variait de 0,5 cm à 15 cm de diamètre. La présence de *Leishmania* a été histologiquement confirmée dans 25 des 42 biopsies prélevées.

Conclusion; L'étude a prouvé que la leishmaniose cutanée est un problème de santé publique au Kenya.

Mots Clés: Leishmaniose cutanée, prévalence, Vallée du Rift, communauté, animaux domestiques.

Introduction

L'OMS a identifié la leishmaniose comme l'une des maladies émergentes non-contrôlées, et de ce fait, l'Assemblée Mondiale de la Santé soutient le financement de ressources destiné à permettre son contrôle. Environ 12 millions d'individus sont infectés à travers le monde. Elle est endémique dans 88 pays avec 350 millions d'individus à risque. Dans plusieurs pays, la prévalence est sous-estimée et en hausse.

La leishmaniose entraîne un éventail de syndrome clinique chez les individus, allant de lésions cutanées à des manifestations systémiques. Elle peut se présenter sous trois formes : cutanée, mucocutanée et viscérale^{2,3}. La leishmaniose cutanée est la plus modérée de ces trois formes. Elle peut se présenter cliniquement sous forme de leishmaniose localisée, diffuse, récidivante ou dermique post kala-azar.

Au Kenya, les provinces Centrale, Occidentale et de la Vallée du Rift comprennent plusieurs foyers de leishmaniose cutanée; cette dernière a été détectée dans les districts de Samburu, Isiolo, Laikipia, Nakuru et Nyandarua⁴. Dans ces zones, la *Leishmania tropica* a été identifiée comme le principal parasite causatif, tel que confirmé dans une étude d'identification des espèces par Samuel Odiwuor *et al.* sur 25 échantillons prélevés dans la même région⁵. Dans d'autres parties du Kenya, le parasite causatif est différent; dans le district d'Elgon (Kenya occidental) il s'agit de la *Leishmania aethiopia*, tandis qu'à Baringo (nord de la vallée du Rift) c'est la *L. major* qui est responsable.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'enquêter sur la présence de leishmaniose cutanée dans deux zones où des cas ont précédemment été reportés dans la province de la Vallée du Rift. Aucune étude de surveillance sur la leishmaniose cutanée n'a été réalisée dans cette zone.

Méthodologie

L'étude a été menée dans deux zones qui avaient été identifiées par Sang *et al.* en 1993 comme l'un des foyers de leishmaniose cutanée (Gitare et Kiambogo). Ces zones ont également été choisies en raison des cas qui y avaient été rencontrés pendant les actions des services médicaux mobiles et du nombre croissant de patients atteints de leishmaniose cutanée qui étaient vus à l'hôpital provincial de la Vallée du Rift.

La population a été informée de notre étude par les chefs et les leaders d'opinion. La description des lésions durant l'étude était simplifiée par le fait que ces patients d'origine communautaire qualifiaient les lésions de 'tinea' qui ne répondaient pas au traitement donné à l'hôpital. Cinq écoles à Gitare et deux écoles à Kiambogo (moins peuplé) ont été choisies comme lieux de dépistage. Dans les écoles, tous les élèves étaient testés. Au sein de la communauté, tous les adultes, et les enfants (n'étant pas d'âge scolaire) qui pensaient avoir une leishmaniose cutanée et venaient se faire dépister étaient examinés. Ceux qui étaient cliniquement



Fig 1. Atteinte mucocutanée.



Fig 2. Plaques faciales chez un enfant.

diagnostiqués comme atteints de leishmaniose cutanée répondaient à un questionnaire afin de savoir depuis quand ils souffraient de la maladie, quels médicaments ils avaient utilisés et si d'autres membres de leur famille étaient atteints. Ils étaient ensuite examinés afin de déterminer le type clinique de la maladie. Des biopsies de peau ont été réalisées chez 42 patients.

Au cours de l'étude, les individus qui ont été diagnostiqués comme ayant une maladie de la peau différente ont reçu un traitement approprié.

Des visites à domicile ont été réalisées dans les deux zones pour essayer de déterminer si les animaux domestiques étaient des réservoirs. La sélection des zones d'habitation était basée sur un échantillonnage adapté. Ceci nous a également donné l'opportunité de découvrir davantage de cas de leishmaniose et d'étudier l'environnement afin de trouver d'autres animaux hôtes éventuels.

Cette étude comprenait toutefois une limite: le diagnostic était rendu cliniquement.



Fig 3. Plaque ulcérée sur la joue.

Résultats

1875 individus ont été examinés sur cinq jours afin de découvrir des signes de leishmaniose cutanée. 13 zones d'habitation à Gitare et 4 à Kiambogo (moins peuplé) ont également été visitées.

125 individus étaient affectés par la leishmaniose cutanée (lésions actives et cicatrisées), avec un ratio hommes/femmes de 1:1,2 (58 femmes, 67 hommes). Soixante-treize (73) individus présentaient des lésions actives, soit une prévalence de 3,89 %, tandis que 52 présentaient des cicatrices. L'âge des individus affectés s'étalait entre 8 mois et 87 ans, avec un âge médian de 12 ans (moyenne -16 ans, mode - 10 ans).

Aucun des individus affectés par la maladie n'avait la moindre idée de la cause ayant entraîné cette dernière. Parmi les individus affectés,



Fig 4. Lésions faciales mutilantes avec zones de dépigmentation.

22 patients avaient moins un membre de leur famille atteint de leishmaniose. Un patient a déclaré que quatre membres de sa famille étaient atteints.

Les lésions (actives et cicatrisées) se trouvaient principalement sur le visage (103). Les autres sites atteints étaient les lèvres (5), les oreilles (5), les jambes (3) et les membres supérieurs (7). Vingt-neuf individus présentant des lésions actives se plaignaient de symptômes; 86,2 % se plaignaient de démangeaisons, 10,34 % de douleurs et 3,45 % de photophobie. Le parasite *Leishmania* a été identifié dans 25 des 42 biopsies.

La plupart des individus présentant des lésions actives (68,49 %) avaient été traités dans des centres de soins environnants ou avaient eu recours à la phytothérapie, mais sans changement.

Tableau 1

Nombre de lésions par individu chez les 73 patients présentant une maladie active

Nombre de lésions	Nombre d'individus
1	64
2	7
4	1
5	1

Aucun des animaux domestiques ne présentait de signes de leishmaniose cutanée durant les visites à domicile bien que de nombreux damans aient été observés dans l'environnement.

Le nombre de lésions par individu est indiqué dans le Tableau 1, tandis que le Tableau 2 montre la fréquence des diverses présentations cliniques, certaines d'entre elles étant illustrées dans les Figs 1-7.

Suite au verso...

Tableau 2

Différentes présentations cliniques des lésions

Type de lésion	Nombre d'individus atteints de ce type de lésion
Papule	3
Plaque	37
Plaque encroûtée	21
Plaque avec ulcère central	6
Plaque avec implication des muqueuses	2
Cicatrice avec lésions actives (papules)	4
Cicatrice	53

Bien que notre étude n'ait pas été réalisée en population, nous avons constaté une prévalence de 3,89 %, ce qui suggère que la leishmaniose cutanée représente en effet un problème de santé important dans la zone du district de Naivasha, dans la province sud de la Vallée du Rift du Kenya. Ceci confirme à nouveau les séries de cas de Sang *et al.* en 1993. La prévalence a apparemment augmenté, à moins qu'elle n'ait été sous-évaluée. Plusieurs études ont été réalisées en Asie. Elles montrent des prévalences de 4,16 %₆ et 6,93 %₇ dans le district nord de Waziristan du Pakistan, tandis que cette prévalence peut s'élever jusqu'à 50,89 % dans le district de Dir.

Dans cette étude, il a été déterminé qu'hommes et femmes étaient atteints de manière identique, contrairement aux conclusions d'Harith Saaed Al-Warid *et al.* qui indiquaient que la plupart des cas détectés touchaient des individus de sexe masculin₈.



Fig. 5. Lésions papuleuses nombreuses.



Fig. 6. Lésions papuleuses groupées chez un enfant.

L'âge n'avait pas d'incidence sur l'acquisition de la leishmaniose cutanée, bien qu'elle ait été plus fréquente dans le groupe le plus jeune.

Cette tendance vers le groupe le plus jeune pourrait toutefois être due au fait que nous avons examiné tous les enfants dans les écoles que nous avons visitées.

Il était intéressant de noter que la maladie pouvait affecter plus d'un membre de la même famille, soulevant ainsi la question de la relation génétique-immunité avec *Leishmania*. Ceci pourrait également expliquer les diverses manifestations cliniques, l'étendue des lésions et la durée pendant laquelle elles sont actives.



Fig 7. Plaques faciales importantes

La leishmaniose cutanée est une maladie ancienne mais inconnue de beaucoup, ce qui explique pourquoi les patients étaient traités suite à des diagnostics incorrects réalisés par les professionnels de la santé.

Les symptômes type douleurs et photophobie signalés dans cette étude n'étaient pas surprenants puisqu'ils pouvaient être dus respectivement à une infection secondaire et à une atteinte muqueuse oculaire. La raison pour laquelle certains individus présentaient des démangeaisons n'était pas claire, bien que ces dernières aient pu être dues à une réponse inflammatoire à la protozoa *Leishmania*.

Aucun des animaux domestiques n'était atteint de leishmaniose cutanée. Nous n'avons pas pu examiner les damans pour déterminer s'ils étaient infectés ou non. Par conséquent, la leishmaniose cutanée dans cette zone peut être anthrophile ou zoonotique.

Conclusion

L'étude a confirmé la présence de leishmaniose cutanée dans le district Naivasha du Kenya. Afin de contrôler cette maladie il est nécessaire de procéder à davantage de recherches sur les espèces de *Leishmania*, sur les hôtes, sur le traitement approprié et sur la prévention.

Références

1. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence *PLoS One*. 2012; 7:e35671.
2. Mathers CD, Ezzati M, Lopez AD. Measuring the burden of neglected tropical diseases: The global burden of disease framework *PLoS Negl Trop Dis*. 2007; 1:e114.
3. Bari Arfan ul. Clinical spectrum of cutaneous leishmaniasis: An overview from Pakistan. *Dermatology Online Journal* 2012; 18 (2): 4.
4. Sang DK, Okelo GBA, Ndegwa CW, Ashford RW. New foci of cutaneous leishmaniasis in central Kenya and the Rift Valley *Trans Roy Soc Trop Med Hygiene*. 1993; 87:629-632.
5. Odiwuor S, Muia A, Magiri C, et al. Identification of *Leishmania tropica* from micro-foci of cutaneous leishmaniasis in the Kenyan Rift Valley *Pathogen Glob Health*. 2012 Jul; 106(3): 159-165.
6. Sana-Ullah. Incidence of cutaneous leishmaniasis in North Waziristan Agency (N.W.F.P.) Pakistan M.Sc Thesis. Peshawar: University of Peshawar; 2000.
7. Nisar N. Prevalence of leishmaniasis in suspected population of North Waziristan: A comparative analysis of Afghan Refugees and Local Population M.Sc Thesis. Peshawar: University of Peshawar; 2002.
8. Al-Warid H, Al-Saqr IM, Sumayah B, et al. The distribution of cutaneous leishmaniasis in Iraq: demographic and climate aspects *Asian Biomedicine* 2017; 11:255-260.

L'ONYALAI: une maladie africaine négligée

Haji Jereni Bwanali¹, Sam Honde² ¹Dermatologue, Zomba Central Hospital, PO Box 21, Zomba, Malawi, Officier en Dermatologie, Société Illovo Sugar, Nkhota Koto, Malawi. E-mail: hajintaibu@gmail.com

Résumé

Deux patients atteints d'onyalai originaires de la zone d'exploitation de la canne à sucre de Nkhota Kota, au Malawi, sont reportés.

Mots clés: onyalai, Malawi, bulle hémorragique, thrombocytopenie, maladie tropicale négligée.

Cas 1

Un garçon de 16 ans présentant depuis deux jours des bulles hémorragiques des muqueuses orales et sous-conjonctivales (Figs 1a, 1b et 2) et des bulles hémorragiques sur la peau (Fig 3). La fièvre était apparue cinq jours avant, accompagnée de douleurs généralisées et d'asthénie, les bulles sont apparues ensuite.



Figs 1a et 1b. Cas 1. Bulles hémorragiques orales



Fig. 2. Cas 1. Sous-conjonctival hémorragique



Fig. 3. Bulle hémorragique cutanée

Cas 2

Deux jour plus tard, un homme de 28 ans présentait des lésions similaires dans la bouche et des saignements de nez (Fig 4).



Fig 4. Cas 2. Bulles hémorragiques nasales et orales

Suite au verso...

ONYALAI: UNE MALADIE AFRICAINE NÉGLIGÉE... à suivre

Enquêtes et Avancée

Au moment de l'admission, leur numération plaquettaire moyenne s'élevait à $29 \times 10^9/l$ et leur taux moyen d'hémoglobine à 9,6 g/dl. Tous deux étaient séronégatifs. La prise en charge consistait en la correction de la perte de sang et de la prednisolone. La réponse au traitement était tellement favorable qu'ils ont été autorisés à rentrer chez eux après une semaine. L'onyalai est une maladie tropicale négligée, qui se distingue du purpura thrombocytopénique idiopathique classique, une autre maladie également rencontrée en Afrique.

Discussion

« La présence de bulles hémorragiques sur la langue et la muqueuse buccale d'un Africain suggèrent fortement la présence de l'onyalai » Jopling₁

L'onyalai est une forme de thrombocytopénie immune acquise qui diffère cliniquement, épidémiologiquement et immunologiquement du purpura thrombocytopénique classique₂. Le premier cas a été reporté en 1904 par Wellman₂. Il a été reporté parmi les populations noires d'Afrique centrale et australe_{2,3}. L'âge des individus atteints va de moins d'un an à 70 ans, avec un pic entre 11 et 20 ans, et ne semble pas différer selon le sexe₂. La cause exacte est inconnue. La consommation d'aliments contaminés a toutefois été soupçonnée₂. L'onyalai est une maladie aiguë caractérisée par le développement de bulles hémorragiques au

niveau des muqueuses orales, nasales et sous-conjonctivales et de la peau, y compris les plantes des pieds. Elle est associée à une thrombocytopénie et une anémie. Une hémorragie provenant d'une bulle qui se rompt, d'une épistaxis ou d'un saignement gastro-intestinal peut être grave et entraîner un choc et la mort_{2,3}. Le traitement comporte surtout la prévention d'un choc hémorragique_{2,3,4}. La prednisolone, le sulfate de vincristine, une splénectomie et des gammaglobulines par voie intraveineuse peuvent être utilisés pour la prise en charge de ces patients_{2,3,4,5,6}.

Références

1. Jopling WH. Differential diagnosis for practitioners in the tropics; a clinical handbook. Ernst Battenberg Verlag Munchen: 1968. p32 .
2. Hesseling PB. Onyalai. *Hématologie Clinique de Baillière*. 1992;5(2): 457-73.
3. Hesseling PB. Onyalai at Rundu, Namibia 1981-1988: age, sex, morbidity, mortality, and seasonal variation of 612 hospitalized patients. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990;84(4): 605-7.
4. Hesseling PB, Smith S, Oosthuizen ES et al. High dose methylprednisolone therapy in children with onyalai. *Ann Trop Paed* 1994; 14(3):239-43.
5. Hesseling PB, Girdle-Brown B, Smit, J et al. Onyalai-therapeutic effects of vincristine sulphate. A prospective randomized trial. *South African Med J* 1986;70(4):201-2.
6. Hesseling PB, Oosthuysen E, Pretorius, L et al. Splenectomy in onyalai. A report on 5 cases. *South African Med J* 1984;66(15):580-2.

PROJET D'ACTION INTERNATIONALE Mission au Nigéria University of Mississippi Medical Centre

Robert T. Brodell, MD

Robert J Brodell MD, Directeur, Département de Dermatologie, University of Mississippi

Le Département de Dermatologie de l'University of Mississippi Medical Center (UMMC) a développé le programme Mississippi Nigeria Education and Mentoring Exchange (MNEME) afin de promouvoir dans les zones rurales du Nigéria des efforts durables dans les domaines clinique, éducatif et de la recherche. Maureen Offiah, MD, une chef résidente au Département de Dermatologie, a organisé la mission pour l'État d'Enugu, au Nigéria, où elle a grandi. Le Dr Offiah a passé le mois d'octobre 2017 dans l'État d'Enugu en rotation volontaire avec trois membres de la faculté (Robert Brodell, MD, Sabra Sullivan, MD et Jeremy Jackson, MD), chacun d'entre eux passant une semaine au Nigéria à tour de rôle. Le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique, avec 184 millions d'habitants. Il y existe moins de 130 dermatologues et seuls deux médecins formés en dermatopathologie exercent dans le pays. L'American Academy of Dermatology a apporté son soutien financier à la mission et Direct Relief.com a fourni 800 livres de médicaments.

Le groupe reconnaît l'importance de la durabilité dans les efforts de missions médicales et espère organiser une nouvelle mission en 2019.

Les objectifs de la mission ont été intégralement atteints:

1. Près de 1000 patients ont reçu des soins dermatologiques médicaux/chirurgicaux à l'Enugu State Teaching Hospital et auprès des services mobiles des zones rurales.
2. Plusieurs centaines d'étudiants en médecine et de résidents d'Enugu ont été formés en dermatologie dans une salle de consultation et à travers une série de dix conférences didactiques.
3. L'équipe a examiné des patients présentant des signes avancés de maladies communes en raison d'un problème d'accès aux soins et de certaines pathologies qu'elle n'avait encore jamais rencontrées, telles que la variole du singe.
4. Deux communautés rurales ont bénéficié de programmes d'aide médicale lorsque le groupe travaillait dans des centres de soins communautaires.

NATIONAL LEPROSY SYMPOSIUM 2018

Rapport préparé par: P Narasimha Rao, Santosh Rathod & Sujai Suneetha

Un 'National Leprosy Symposium' sur le thème de l'**'Accélération vers une Inde sans lèpre'** s'est tenu le 24 août 2018 à l'Hotel Radisson, Kaushambi, Delhi NCR. Le symposium était organisé conjointement par l'**Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists (IADVL)** et l'**Indian Association of Leprologists (IAL)**, l'**IADVL - Special Interest Group (SIG) Leprosy** adoptant un rôle moteur dans l'organisation du symposium. Le symposium a tenté de rassembler dans le pays autant d'acteurs clés du domaine de la lèpre que possible afin de discuter des questions principales dont l'importance thérapeutique est actuellement notable et qui pourraient avoir un impact sur le National Leprosy Program, voire de parvenir à la mise au point d'une déclaration/de directives communes à appliquer.

Un total de 52 représentants provenant de 19 organisations/ groupes nationaux et internationaux ont participé au symposium. Ils comprenaient des représentants de la Central Leprosy Division (CLD), Gouvernement Indien ; du National Leprosy Elimination Programme (NLEP) ; des représentants de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) New Delhi ; de l'IAL ; de l'IADVL ; de l'IADVL Academy ainsi que 13 autres acteurs nationaux et internationaux œuvrant contre la lèpre en Inde.

Le symposium a présenté trois objectifs spécifiques, avec trois approches stratégiques de thérapie, chimioprophylaxie et immunoprophylaxie. Les discussions se sont concentrées sur l'efficacité, la valeur, les limitations, la disponibilité et les aspects administratifs de l'administration de: (1) **Polychimiothérapie Uniforme (U-MDT)** ; (2) **Rifampicine à dose unique (SDR) comme outil de chimioprophylaxie** ; et (3) **Vaccin MIP et autres vaccins d'immunoprophylaxie** de la lèpre.

Le symposium a été inauguré par le Dr Ramesh Bhat, Président de l'IADVL et le Dr Rathindra Nath Dutta, Présidente de l'IAL qui a souligné le besoin de coopération entre l'IADVL, l'IAL et toutes les agences opérant dans le domaine de la lèpre afin que tous travaillent ensemble et atteignent l'objectif d'élimination de la lèpre afin de créer une Inde sans lèpre. Le Dr P Narasimha Rao, Président-Élu, IADVL, a présenté une synthèse des buts et objectifs ainsi que de la structure du symposium, qui comprenait une séance plénière sur chacun des thèmes au programme, suivie de 2-3 courts points de vue sur ces derniers et d'une table ronde au cours de laquelle quelques experts abordaient ces thèmes avec des interventions de la salle. Le résumé des discussions ainsi que les conclusions relatives à chacun des trois thèmes abordés est présentée ci-après.

Polychimiothérapie Uniforme (U-MDT)

Le **Dr Kiran Katoch** a présenté une synthèse sur l'U-MDT. Elle a présenté des données de l'étude U-MDT réalisée en Inde et dans d'autres régions du monde. Elle a mentionné que l'inclusion de la clofazimine en tant que troisième médicament chez les patients atteints de lèpre PB produisait de meilleurs résultats de traitement à court et long terme; qu'elle avait un effet bénéfique sur la prévention des réactions de type 1/la névrite; et que l'effet secondaire de pigmentation était réversible et de courte-durée. Le Dr E. Cooreman, représentant de l'OMS, a présenté une synthèse de l'OMS sur l'U-MDT. Il a mentionné que la méthode GRADE est utilisée afin de développer de nouvelles directives de traitement pour la lèpre, basées sur des éléments probants, transparentes et axées sur la santé publique. Il

a déclaré qu'en fonction d'une classification des recommandations, des études, des développements et des évaluations, les nouvelles directives de l'OMS concernant [approved-guidelines-leprosy-executives-summary.pdf](http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/strategie_nationale_pour_aborder_le_probleme_de_la_lepre_en_inde.pdf). Elles préconisent un traitement associant 3 médicaments comprenant de la clofazimine pour la

lèpre PB et la lèpre MB pendant 6 et 12 mois respectivement.

Il ressort de la table ronde était que l'IADVL adhérerait au NLEP quant à l'utilisation des médicaments principaux mais concevrait des études pour examiner d'autres traitements et développer des directives pour les situations difficiles/spéciales dans le domaine de la lèpre, telles que la rechute, la résistance au médicament et les patients présentant un indice bactérien élevé. En conclusion, les participants se sont mis d'accord pour utiliser un traitement uniforme associant 3 médicaments pour la lèpre PB et la lèpre MB, mais pendant des périodes différentes de 6 et 12 mois.

Rifampicine à dose unique (SDR) comme chimioprophylaxie post-exposition

Le Dr Hemanth K Kar a présenté une synthèse sur la Rifampicine à dose unique (SDR). Il a déclaré que dans une étude réalisée au Bangladesh, une diminution de 57 % des cas de lèpre a été observée au cours de la première année suivie par une protection contre une lèpre active pendant deux ans, après quoi il n'existait plus d'avantages notables. Dans une étude indonésienne dans laquelle deux doses de rifampicine étaient administrées à des intervalles de 3 mois à toute la population d'une zone, une protection de 50 % était observée pendant 2 ans, et aucune protection n'existait plus après 4-5 ans. Il peut être conclu de ces deux études que la SDR peut offrir une protection à court terme contre la lèpre lors de contacts.

Le Dr Anil Kumar, DDG leprosy, Gouvernement Indien, a pris la parole sur le thème 'Prophylaxie post-exposition (SDR) dans le cadre de la NLEP'. Il a mentionné l'utilisation de la SDR dans 163 districts du pays où la campagne Leprosy Case Detection Campaign (LCDC) a été menée en 2016, ainsi que l'avantage attendu en matière de prévention de la lèpre lors de contacts et l'interruption de la transmission. Il a déclaré que le NLEP envisage une application étendue de la SDR comme outil de prophylaxie en Inde.

Lors de la table ronde ouverte, quelques inquiétudes ont été soulevées à propos de la SDR – à savoir qu'elle protège uniquement contre certaines formes de lèpre (lèpre PB) ; qu'elle offre une protection majeure pendant seulement 2 ans, après quoi elle a un effet très limité ; qu'elle peut engendrer un retard de diagnostic de la maladie ; et qu'elle peut provoquer une résistance au médicament. Pour ces raisons, il a été conseillé d'utiliser des protocoles de surveillance extrêmement stricts ainsi que des indicateurs de résultats soigneusement prévus afin d'obtenir des données sur la valeur à court et à long terme de la stratégie SDR.

Les participants ont conclu que la SDR constituait une bonne d'intervention de santé publique et avait le potentiel d'éviter la lèpre lors de contacts.

Immuno-prophylaxie

Le Dr G Pran Talwar a parlé de l' 'Immuno-prophylaxie au Mycobacterium indicus pranii (MIP)' (anciennement appelé Mycobacterium w), une mycobactérie environnementale non pathogène. Elle est utilisée comme agent immunomodulateur chez les patients atteints de lèpre car elle déclenche la conversion de la lépromine de négative à positive; une clairance plus rapide des bactéries et des granulomes; une réduction des réactions lépreuses; et une réaction plus rapide chez les individus qui répondent lentement. La MIP a reçu l'approbation du Drug Controller General of India (DCGI) et, au niveau international, de la FDA américaine.

Le Dr Talwar a recommandé son inclusion dans le traitement de la lèpre ont été développées et approuvées en 2018 (http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/strategie_nationale_pour_aborder_le_probleme_de_la_lepre_en_inde).

Suite au verso...

NATIONAL LEPROSY SYMPOSIUM 2018...suite

Lors de sa présentation sur l'immonoprophylaxie de la lèpre, le Dr Archana Singhal a décrit les divers vaccins étudiés pour combattre la lèpre en décrivant brièvement leur rôle. Elle a conclu qu'au vu des divers avantages de la MIP, le gouvernement pouvait l'adopter comme **agent immunoprophylactique** dans un groupe à haut-risque bien défini de contacts proches d'un cas de référence. Le **Dr Utpal Sengupta** a présenté un point de vue sur l'immunoprophylaxie et l'intérêt d'une approche primaire utilisant des vaccins pour créer une immunité active au sein de la population afin de prévenir la lèpre, par rapport à une seconde approche comprenant uniquement un traitement.

Durant la table ronde, les participants se sont accordés sur le fait que le vaccin MIP possède le potentiel d'éviter des futurs cas de lèpre ainsi que les handicaps dus à la lèpre. Les plus grandes sources de préoccupation étaient la disponibilité et le coût du vaccin, questions qui ont été longuement discutées. Le Dr Anil Kumar, DDGI, a

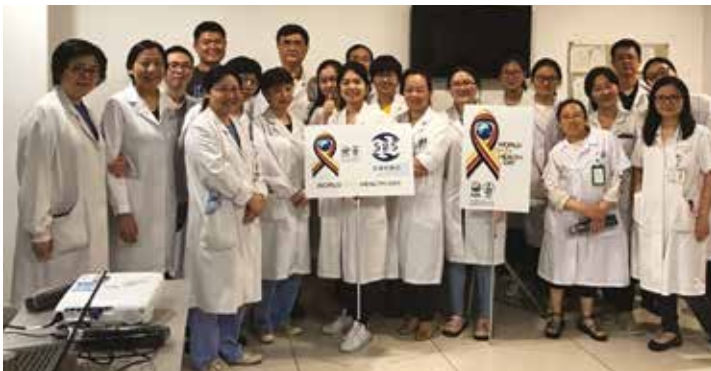
suggéré de l'utiliser initialement dans le cadre d'une 'approche généralisée' dans une zone du pays pré-identifiée hautement endémique.

Autres priorités identifiées

Les participants pensaient que, puisque les trois interventions discutées semblaient présenter des résultats d'efficacité à long-terme, notamment en ce qui concerne le taux de rechute ou l'apparition de nouveaux cas, il était nécessaire d'identifier des paramètres cliniques et des biomarqueurs in vitro et in vivo à court-terme afin de déterminer l'efficacité des interventions.

Le besoin de l'IADV, de l'IAL et d'autres ONG de travailler en étroite collaboration avec le gouvernement et les uns avec les autres afin de soutenir la stratégie du gouvernement pour attaquer la lèpre a été souligné. L'une des manières suggérées de le faire consiste à réaliser des études de recherche afin d'établir de manière objective et exhaustive l'efficacité de ces interventions.

World Skin Health Day 2018: Analyse



Le World Skin Health Day est un projet de collaboration entre l'International League of Dermatological Societies (ILDS) et l'International Society of Dermatology (ISD), qui vise à reconnaître et à promouvoir la santé de la peau à travers le monde.

En 2018, les activités du World Skin Health Day se sont déroulé partout dans le monde; du Canada au Népal en passant par le Nigéria et le Brésil, pour ne nommer que quelques pays.

L'organisation de services de consultations était une activité commune et a atteint de nombreux individus sur le terrain. D'autres activités comprenaient des campagnes de médias sociaux et des communiqués de presse ainsi que des marches de sensibilisation et des ateliers de formation.



Le cancer de la peau était un sujet populaire, mais des activités se sont également concentrées sur la lèpre, l'eczéma, le vitiligo et le psoriasis.

World Skin Health Day 2018 a touché directement plus de **89 000 personnes**. Il n'en demeure pas moins des défis et des lacunes, particulièrement en ce qui concerne les communautés sous- desservies et sous-représentées qu'il est difficile de toucher.



Veillez vous joindre à nous pour reconnaître et promouvoir la santé de la peau à travers le monde en participant au World Skin Health Day 2019. Pour savoir comment et obtenir plus d'informations, veuillez visiter <https://www.worldskinday.org/>

American Academy of Dermatology (AAD)

Bourse d'inscription à la conférence

(<https://www.aad.org/members/awards-grants-and-scholarships/aad-annual-meeting-scholarship>)

- Tout pays sauf USA/Canada
- 2 bourses par pays pour des dermatologues inscrits au tableau
- Inscription gratuite & dîner des boursiers & admission à un cours d'une demi-journée lors de la conférence AAD annuelle
- La nomination émane de la société dermatologique nationale
- Ouvre en mai 2019 pour la conférence de 2020 à Denver

Strauss and Katz World Congress Fund Scholarship

(<https://www.aad.org/members/awards-grants-and-scholarships/strauss-and-katz-scholarship>)

- Résidents en dermatologie ou dermatologues ayant terminé leur formation dans les 3 ans précédant la date de la conférence
- Résident d'un pays à PIB par habitant faible (le lien pour le site internet comprend une liste de pays)
- Nécessite l'envoi d'un résumé & d'une lettre d'appui de la société dermatologique nationale
- Allocation de 1500-2000 USD, selon les frais de voyage
- Inscription gratuite & dîner des boursiers & admission à un cours d'une demi-journée lors de la conférence AAD annuelle
- Ouvre en mai 2019 pour la conférence de 2020 à Denver

Women's Dermatological Society

(<https://www.womensderm.org/awards/award-programs/wds-aad-international-travel-award>)

- Femmes dermatologues inscrites au tableau ou pouvant s'y faire inscrire et résidant dans un pays autre que les USA ou le Canada
- Jusqu'à 2500 USD à utiliser pour participer au Déjeuner de Conférence Annuel de la WDS et à la conférence annuelle de l'AAD
- Nécessite une lettre de soutien de la société dermatologique locale, régionale ou nationale ainsi qu'une proposition de budget pour le voyage, le logement et les frais de formation
- La préférence est donnée aux postulantes en difficulté financière et âgées de moins de 40 ans

International Society of Dermatology (ISD)

Global Education Awards

(<https://www.intsocderm.org/i4a/forms/index.cfm?id=50&widgetPreview=0>)

- Dermatologues et résidents dermatologues, la préférence étant donnée aux postulants âgés de moins de 35 ans au moment du congrès
- Jusqu'à 1500 USD à utiliser pour participer à une réunion régionale de l'ISD, au Congrès Continental, au Congrès International de Dermatologie ou au Congrès Mondial de Dermatologie, selon l'année
- Nécessite une adhésion à l'ISD ; une lettre de soutien du Président ou Directeur du programme de formation et un résumé à présenter

Maria Duran Fellowship Awards

(<https://www.intsocderm.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3362>)

- Femmes résidentes en dermatologie ou ayant terminé leur formation depuis moins d'un an
- 1000-2000 USD selon le nombre de bourses (une ou deux), à utiliser pour participer à une réunion régionale de l'ISD, au Congrès Continental, au Congrès International de Dermatologie ou au Congrès Mondial de Dermatologie, selon l'année
- Nécessite des lettres de soutien de la société dermatologique locale, régionale ou nationale ainsi que du Président ou Directeur du programme de formation; âgée de moins de 35 ans; un résumé à présenter ; et une proposition de budget

Si la postulante vit dans un pays ne possédant pas d'association dermatologique nationale, une société dermatologique régionale ou continentale peut endosser la lettre de recommandation d'un dermatologue local

Rédacteurs

Dr Chris Lovell (Royaume-Uni)

Dr Michele Murdoch (Royaume-Uni)

Founding Editor

Dr Paul Buxton (Royaume-Uni)

Editorial Board

Dr Ayesha Akinkugbe (Nigéria)

Dr Workalemahu Alemu (Éthiopie)

Dr Susannah Baron (Royaume-Uni)

Prof Jean Bologna (USA)

Dr Isabel Casas (Argentine)

Prof Steven Ersser (Royaume-Uni)

Dr Guadelupe Estrada (Mexique)

Dr Arnold Fernandes (Royaume-Uni)

Dr Claire Fuller (Royaume-Uni)

Dr Sam Gibbs (Royaume-Uni)

Prof Henning Grossman (Tanzanie)

Prof Rod Hay (Royaume-Uni)

Dr Arjan Hogewoning (Pays-Bas)

Dr Vineet Kaur (Inde)

Prof John Masenga (Tanzanie)

Dr Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)

Prof Anisa Mosam (Afrique du Sud)

Dr Kelvin Mponda (Malawi)

Prof Ben Naafs (Pays-Bas)

Ms Rebecca Penzer (Royaume-Uni)

Dr Rune Nathaniel Philemon (Tanzanie)

Prof Terence Ryan (Royaume-Uni)

Ms Mafalda Soto (Tanzanie)

Prof Gail Todd (Afrique du Sud)

Dr Shyam Verma (Inde)

Dr Stephen Walker (Royaume-Uni)

Comment recevoir le CSH

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

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

Écrire un article

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

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

Droits d'auteur

Les articles peuvent être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition qu'ils ne soient pas utilisés à des fins commerciales ou de profit personnel. Il doit dans ce cas être fait mention du ou des auteurs et de Community Skin Health.

Décharge de responsabilité

L'éditeur, l'International League of Dermatological Societies et les rédacteurs ne sauraient 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 l'éditeur, de l'International League of Dermatological Societies ni des rédacteurs.

Les publicités ne représentent pas non plus un endossement du produit dont elles font la promotion par l'éditeur, l'International League of Dermatological Societies et les rédacteurs.

Société d'Édition

Le *Community Skin Health* est publié par l'International League of Dermatological Societies. C'est la revue officielle de l'International Foundation for Dermatology (IFD) www.ILDS.org

Soutenez le CSH

Avec seulement 5 \$, 5 £ ou 5 € par mois, vous pouvez aider le CSH. Votre don régulier nous aidera à envoyer plus de 10000 copies de la revue à des professionnels de la santé du monde entier.

Pour en savoir plus sur la manière de nous aider, veuillez envoyer un e-mail à CSH@ILDS.org



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, la 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 réaliser le travail humanitaire de l'ILDS. Aujourd'hui, l'IFD soutient des projets en Afrique, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. Le CSH est la revue officielle de IFD.



Promoting global
Community Skin Health
through education