

## Développement d'un manuel de pratiques optimales visant à éviter les décès prématurés dus aux cancers de la peau chez les individus atteints d'albinisme en Afrique subsaharienne

**Andrew Sharp** FRCGP, FRCS (Ed.)  
Hôpitaux Universitaires de Leicester, Royaume-Uni

**Jamie Walling**  
Standing Voice, Royaume-Uni

**Mots clés :** albinisme oculo-cutané, surveillance du cancer de la peau, chirurgie de la peau, Standing Voice, dermatologie communautaire, Afrique subsaharienne.

### Résumé

Statistiquement parlant, le cancer de la peau représente une bien plus grande menace que les actes atroces liés à la sorcellerie qui sont commis à l'encontre des individus atteints d'albinisme à travers l'Afrique. En janvier 2019, 207 individus avaient été tués et 573 autres atteints en raison de leur condition. Néanmoins, un nombre nettement supérieur de personnes atteintes d'albinisme avait développé un cancer de la peau, une maladie qui constitue une menace bien plus grande pour leur vie. Dans les pays disposant de budgets limités en matière de santé, les modèles efficaces de soins de surveillances de la peau sont rares, et les professionnels de santé avec une formation en dermatologie sont limités. Standing Voice est une association caritative située au Royaume-Uni qui travaille en collaboration avec le Regional Dermatology Training Centre (RDTTC) à Moshi (Tanzanie) afin de conduire un programme de sensibilisation coordonné pour fournir un traitement aux individus les plus marginalisés en Tanzanie et au Malawi. Ces deux organisations suivantes ont récemment développé le *Manual of Best Practice: Skin Cancer Prevention and Management for Persons with Albinism in Sub-Saharan Africa*, un guide pratique pour la mise en place du programme, la surveillance de la peau et le traitement du cancer de la peau qui peut également être appliqué à d'autres milieux à faibles ressources à travers le monde.

### Introduction

L'albinisme oculo-cutané (AOC) peut toucher jusqu'à 1 individu sur 1000 en

Suite au verso...



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



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,**  
Willan House, 4 Fitzroy Square,  
London, W1T 5HQ, UK or

scanné/photographié par courrier à  
**CSH@ILDS.org**

ou en ligne

**<https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation>**

### Contenu

**13 Développement d'un manuel de pratiques optimales visant à éviter les décès prématurés dus aux cancers de la peau chez les individus atteints d'albinisme en Afrique Subsaharienne**  
Andrew Sharp et Jamie Walling

**15 Larva Migrans cutanée ankylostomienne** - Stefano Veraldi

**17 Dermite à Paederus : le coléoptère qui ne mord pas**  
Rosanna Fox et Christopher Bunker

**19 Sporotrichose au Brésil - une épidémie persistante accompagnée de lésions de la peau** - Regina Casz Schechtman et Roderick James Hay

**20 Aide pratique pour obtenir l'historique du traitement**  
Ramesh Sharma, Prem Bhujel et Celia Moss

**21 Facteurs de prédisposition à la fasciite nécrosante à l'Hôpital Universitaire de Brazzaville (Congo)**  
Ida Aurélie Lenga-Loumingou et Richard Loumingou

# Développement d'un manuel de pratiques optimales visant à éviter les décès prématurés dus aux cancers de la peau chez les individus atteints d'albinisme en Afrique subsaharienne...suite

Afrique subsaharienne<sup>1</sup>. Les personnes atteintes d'AOC sont dépourvues de mélanine et sont par conséquent vulnérables aux effets nocifs des radiations solaires, y compris aux cancers de la peau non-mélanome<sup>2</sup>.

Selon une étude tanzanienne sur l'albinisme de 1985, 100% des individus présentaient des dommages de la peau au cours de leur première année de vie et des cancers de la peau avancés étaient observés chez 50% des sujets âgés de 20 à 30 ans<sup>3</sup>. En Tanzanie, il est prévu que moins de 2% des enfants atteints d'albinisme vont atteindre 40 ans<sup>3</sup>.

Bien que les campagnes d'éducation et les programmes de sensibilisation sur l'albinisme récents aient engendré une diminution du risque de décès prématuré chez ces populations, il est estimé que le risque des individus atteints d'AOC en Afrique de développer un cancer de la peau est mille fois supérieur à celui de la population générale<sup>4</sup>.

La crise relative au cancer de la peau s'est superposée d'empêcher dévastatrice avec d'autres facteurs de discrimination touchant les personnes atteintes d'albinisme en Afrique subsaharienne. Les familles ne comprennent pas comment protéger leurs enfants des dommages du soleil, les enseignants ne disposent pas des moyens nécessaires pour répondre aux besoins éducatifs spéciaux des enfants atteints d'albinisme et de nombreux praticiens qualifiés se trouvent incapables de diagnostiquer les signes précoces de cancer de la peau à cause d'un manque de formation dermatologique conventionnelle. En raison des mauvais résultats scolaires dus à une négligence de leurs besoins éducatifs, les individus atteints d'albinisme sont moins susceptibles d'aller à l'université, et, pour la plupart, sont obligés de devenir agriculteurs, ce qui augmente encore davantage leur risque de développer un cancer de la peau. La meilleure manière d'éviter le cancer de la peau chez les individus atteints d'albinisme est de combiner éducation et sensibilisation médicale.

Standing Voice est un important organisme caritatif de défense des droits de l'homme, défendant les droits des personnes atteintes d'albinisme en Afrique. Le Programme phare de Prévention du Cancer de la Peau de Standing Voice offre une stratégie complète de sensibilisation aux soins dermatologiques. Le programme a été lancé en 2013 en partenariat avec le RDTC. Fin 2018, 3 257 patients (soit environ 20% de l'ensemble des individus atteints d'albinisme en Tanzanie) étaient inscrits pour bénéficier d'une surveillance régulière du cancer de la peau dans 45 cliniques à travers la Tanzanie et 1 875 autres patients recevaient de l'aide sous forme d'accès à des produits de protection solaire. Ceci a conduit à une baisse de 68,5%, au cours des 7 dernières années, de la prévalence des kératoses actiniques chez les patients faisant partie du programme tanzanien. En outre, le nombre de patients se présentant avec un cancer de la peau a connu une diminution pouvant aller jusqu'à 85% dans certaines cliniques. Avant la mise en place de ce programme, il n'existait pas d'offre uniforme d'excision précoce pour traiter les cancers de la peau non-mélanomes dans les centres de soins locaux, de telle sorte que les patients devaient parcourir de longues distances afin de recevoir un traitement dans un grand hôpital. Le programme a été testé pour la première fois au Malawi en 2016 et comprend désormais 456 patients inscrits dans 7 cliniques à travers deux districts du pays.

Afin de renforcer la compréhension des pratiques optimales eu égard à la gestion des cancers de la peau chez les individus atteints d'albinisme dans un environnement à ressources limitées, Standing Voice, en collaboration avec l'International Foundation for Dermatology (IFD) a développé le *Manual of Best Practice: Skin Cancer Prevention and Management for Persons with Albinism in*



©Standing Voice

*Sub-Saharan Africa*. Le projet a été créé par l'International League of Dermatological Societies (ILDS), Novartis et la Fondation Pierre Fabre. Il comprend des contributions de grands professionnels en soins dermatologiques en Tanzanie, au Malawi, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Espagne ; tous ces professionnels ont précédemment travaillé dans des communautés rurales en Afrique subsaharienne et ont écrit en comprenant les limitations et les conditions locales.

Standing Voice investit fortement dans la formation d'officiers de cliniques et de dermatologues communautaires employés par le gouvernement, qui offrent des soins cliniques de première ligne dans le cadre du Programme de Prévention des Cancers de la Peau. Le développement des capacités est réalisé par le biais d'ateliers de formation et d'un mentorat continu. Le manuel contribuera fortement au développement des capacités puisqu'il consolide l'apprentissage actuel et vise à produire des améliorations dans la pratique clinique pour les professionnels travaillant à la promotion de la santé dermatologique des individus atteints d'albinisme.

## Méthode

Les professionnels de la santé et les dermatologues communautaires employés par le gouvernement travaillant au niveau du district sont les mieux placés pour gérer les cancers de la peau chez les individus atteints d'albinisme, puisqu'ils disposent de la capacité de fournir un traitement abordable en temps opportun. Afin de développer un manuel qui répondrait totalement aux besoins des personnes s'occupant du traitement des individus atteints d'albinisme en Afrique subsaharienne, des données ont été collectées eu égard aux connaissances existantes que les dermatologues communautaires détiennent sur l'albinisme et la chirurgie de la peau. Ces informations ont été rassemblées à partir de questionnaires de pré-apprentissage d'ateliers pratiques interactifs, d'observations en clinique et de séances opératoires.

À l'aide de ces informations, les domaines suivants ont été identifiés comme éléments essentiels à inclure dans le document: application du programme, éducation sanitaire, examen, processus de recommandation, cryothérapie, procédures chirurgicales et exploitation de rapports histologiques. Les dermatologues communautaires ont également fourni un retour d'informations sur une ébauche du manuel avant sa publication, et ce afin de garantir que les illustrations incluses dans la publication sont exhaustives et utiles.

Afin d'orienter la rédaction de ce manuel, les auteurs ont considéré trois types d'utilisateurs pour ce dernier : les gouvernements et

les organisations caritatives qui établissent des cliniques de soins dermatologiques, les cliniciens (avec ou sans diplôme de troisième cycle) et les formateurs cliniques, qui utiliseraient ces ressources comme cursus d'enseignement pour les personnes s'occupant d'individus atteints d'albinisme.

## Résultats

La publication a été lancée à Milan durant le 24<sup>ème</sup> Congrès Mondial de Dermatologie, le 13 juin 2019, qui était la Journée Internationale de Sensibilisation à l'Albinisme. Bien que la première édition de cette publication cible particulièrement les individus travaillant en Afrique subsaharienne, elle n'en reste pas moins applicable à toutes les autres régions à faibles ressources du monde. Le manuel est reconnu au niveau international, permettant de ce fait aux cliniciens d'offrir des soins de qualité efficaces à toutes les personnes atteintes d'albinisme aussi bien en Afrique que sur d'autres continents. Cet ouvrage est actuellement une ressource pratique de 156 pages se concentrant uniquement sur la prévention et la gestion du cancer de la peau, mais elle fera à terme partie d'une série étendue de publications relatives à la gestion d'autres défis cliniques et sociaux rencontrés par les individus atteints d'albinisme, telle que la vision limitée.

## Discussion

L'implication des professionnels de la santé et des dermatologues communautaires en Tanzanie a permis la publication d'une ressource essentielle à des fins d'enseignement, décrivant les pratiques optimales pour prévenir et traiter les cancers de la peau dans les environnements à faibles ressources. Dr Claire Fuller, Présidente de l'International Foundation for Dermatology, a déclaré

: « ce manuel constitue également un réel outil d'intégration », car les patients qui se réunissent pour des séances de soins ou d'information peuvent développer des relations et fuir l'isolement qui accompagne leur condition, une opinion partagée par Dr Daudi Mavura, Directeur du RDTC. Les officiers de cliniques et les dermatologues communautaires ont indiqué que le manuel est « facile à comprendre et exploiter », « présente des procédures uniformes à suivre » et « aide à renforcer les ateliers informatifs et les formations pratiques ».

## Conclusion

Il est possible d'éviter les cancers de la peau chez les individus atteints d'albinisme grâce à une transmission efficace des informations, des programmes de détection et des traitements précoces. Le *Manual of Best Practice: Skin Cancer Prevention and Management for Persons with Albinism in Sub-Saharan Africa* est une ressource d'avant-garde pour atteindre cet objectif.

## Références

1. Lund PM, Puri N, Durham-Pierre D *et al.* Oculocutaneous albinism in an isolated Tonga community in Zimbabwe *J Med Genet* 1997; **Sep 34(9)**:733-5.
2. Wright CY, Norval M, Hertle RW. Oculocutaneous albinism in sub-Saharan Africa: adverse sun-associated health effects and photoprotection. *Photochem Photobiol*, 2015; **91(1)**: 27-32.
3. Cruz-Inigo AE, Ladizirski B and Sethi A. Albinism in Africa: Stigma, slaughter and awareness campaigns. *Dermatologic Clinics* 2011; **29(1)**:79-87.
4. Hong ES, Zeeb H, Repacholi MH. Albinism in Africa as a public health issue. *BMC Public Health* 2006; **6**:212.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter [www.standingvoice.org](http://www.standingvoice.org)

# Larva Migrans cutanée ankylostomienne

## Stefano Veraldi MD, PhD

Directeur de l'École Supérieure de Dermatologie et de Vénérologie de l'Université de Milan, Italie  
[Stefano.veraldi@unimi.it](mailto:Stefano.veraldi@unimi.it)

**Mots Clés :** Larva migrans, ankylostome, *Ancylostoma* spp., larva currens, thiabendazole, albendazole, ivermectine.

La larva migrans cutanée ankylostomienne (LMCa) est une infestation causée par la pénétration et le déplacement dans l'épiderme de larves de nématodes. *Ankylostoma braziliense* et *Ankylostoma caninum* sont les espèces les plus fréquentes. Les réservoirs naturels de ces nématodes sont l'estomac et l'intestin des chiens et des chats. L'environnement naturel des larves est un sol sableux, chaud et humide. Les humains constituent des hôtes accidentels et terminaux. Les larves ne sont pas capables de traverser la membrane basale et ne peuvent donc pas atteindre les vaisseaux sanguins. Chez les humains, la LMCa se limite exclusivement à la peau.

La LMCa se caractérise, cliniquement, par des sillons érythémateux légèrement en relief : ils peuvent être uniques ou multiples, linéaires ou, le plus souvent, serpigineux, ramifiés et entrelacés. La longueur des sillons est variable (parfois plusieurs cm) ; la largeur s'étend entre 1 et 4 mm (images 1-2). Les sillons représentent les tentatives infructueuses des larves d'atteindre le système sanguin. Les sillons sont très souvent accompagnés de prurit. Les pieds et les chevilles sont très fréquemment touchés<sup>1</sup>. Certaines variétés cliniques de LMCa ont été décrites : LMCa

abortive (ou papuleuse), de type *tinea pedis*, bulleuse, folliculaire et de type péronyxis<sup>2</sup>.

La LMCa est endémique dans trois zones géographiques : Afrique orientale, Thaïlande et Amérique (Sud-est des États-Unis, Caraïbes et Brésil). Le nombre de cas observés dans des pays européens est toutefois plus élevé que par le passé : des cas de LMCa ont été observés au Royaume-Uni, en Allemagne, en France et en Italie. Des foyers de LMCa ont été enregistrés au Nigeria, en Afrique du Sud, à la Barbade, au Belize, en France et en Italie.

La LMCa est généralement une infestation spontanément résolutive : elle dure habituellement de 2 à 8 semaines. Il existe toutefois une variété rare de LMCa « chronique » ou « persistante », caractérisée par une présentation clinique typique mais une durée nettement supérieure (de 5 à 14 mois)<sup>3</sup>.

Les complications possibles sont les surinfections bactériennes, syndrome de Löffler, l'érythème polymorphe, les dermatites de contact irritantes ou allergiques et des manifestations psychiatriques (dépression, psychose). La fièvre

*Suite au verso...*

# Larva Migrans Cutanée ankylostomienne...suite

peut constituer un indicateur d'une infection VIH<sup>4</sup>.

Les anomalies de laboratoire (hyperleucocytose avec éosinophilie, augmentation des tests inflammatoires et IgE totales) sont extrêmement rares.

La larva currens, due aux *Strongyloides stercoralis* est l'un des diagnostics différentiels. La larva currens est caractérisée par les éléments suivants : vitesse d'expansion des sillons de 5 à 10 cm/jour, urticaire, douleurs abdominales et diarrhée, éosinophilie périphérique, parasites dans les selles et réponse lente aux traitements (plusieurs cycles sont souvent nécessaires).

Les traitements de la LMCa comprennent la cryothérapie<sup>5</sup>, les médicaments topiques (thiabendazole<sup>6</sup>, albendazole<sup>7</sup> et ivermectine<sup>8</sup>), et les médicaments par voie orale (thiabendazole<sup>9</sup>, albendazole<sup>10</sup> et ivermectine<sup>11</sup>). L'utilisation de chlorure éthylique en vaporisateur et de diéthylcarbamazine, stibanose, chloroquine, gamma-ésachlorocyclohexane, fluoromebendazole et mebendazole par voie orale a été abandonnée.

Il est possible d'utiliser la cryothérapie par nitrogène liquide pour les lésions uniques ou de taille limitée. Trois applications de 10 secondes chacune sur la peau périlésionnelle s'étendant de 0,5 à 1 cm du bord de la lésion visible sont nécessaires : les larves sont souvent situées plus loin que l'extrémité visible du sillon. La cryothérapie est toutefois souvent inefficace (pas de réponse ou rechute chez 25 à 35% des patients) ; en outre, elle peut engendrer la formation d'ampoules, d'érosions, d'ulcères et de cicatrices<sup>5</sup>.

Le thiabendazole topique a été utilisé à différentes concentrations (de 10 à 50%), une à trois fois par jour, pendant 3 à 15 jours. Il est efficace et sûr, son utilisation peut être envisagée chez les enfants<sup>6</sup>.



**Img 1.** Larva migrans cutanée présentant un sillon surélevé, érythémateux et serpigneux typique.



**Img 2.** Lésions multiples dues à la larva migrans sur l'abdomen.

Les données publiées sur l'albendazole topique sont limitées à un nombre très restreint de patients, chez qui il a été utilisé à une concentration de 10%, sous forme de lotion ou pommade<sup>7</sup>.

Les données publiées sur la crème ivermectine à 1% sont contradictoires<sup>8</sup>.

Le thiabendazole par voie orale est efficace. Toutefois, le dosage quotidien (20, 25 ou 50 mg/kg/jour) et la durée du traitement (1, 3 ou 4 jours) ne sont pas encore déterminés. En outre, des effets indésirables (nausée, douleurs abdominales, vomissements, maux de tête, étourdissements, hématuries) sont relativement communs et parfois forts<sup>9</sup>.

L'albendazole par voie orale est utilisé au dosage de 400 mg/jour pendant 1 à 7 jours<sup>10</sup>. Des régimes de 1, 3 ou 5 jours sont souvent suivis d'une rémission partielle ou d'une réapparition de l'infestation<sup>12-14</sup>. Un traitement d'une semaine conduit généralement une rémission totale chez la plupart des patients<sup>12-14</sup>. Les effets indésirables (nausée, douleurs abdominales, réaction d'Herxheimer, alopecie, syndrome de Stevens-Johnson) sont rares et légers et se résorbent spontanément<sup>15</sup>.

L'ivermectine par voie orale est également efficace. Elle peut être utilisée sous forme de dose unique, bien que 2-3 traitements soient parfois nécessaires<sup>11</sup>. Dans plusieurs pays, l'ivermectine est disponible uniquement pour des utilisations en médecine vétérinaire.

Nos recommandations sont d'utiliser la cryothérapie et le thiabendazole topique seulement pour les lésions uniques ou de tailles limitées et d'utiliser l'ivermectine ou l'albendazole par voie orale (pendant une semaine) pour les lésions étendues ou chroniques ou pour les lésions résistant à la cryothérapie ou au thiabendazole topique.

## Références

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis* 2008; **8**:302-9.
2. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: a new clinical presentation of this infestation. *JEADV* 2005; **19**:628-30.
3. Veraldi S, Persico MC, Francia C, Schianchi R. Chronic hookworm-related cutaneous larva migrans. *Int J Infect Dis* 2013; **17**:e277-9.
4. Edwards SK, Carne CA. Larva migrans as a cause of fever in an HIV positive man. *Int J STD AIDS* 1998; **9**:54-5.
5. Tagliapietra G, Cavalieri F, Bruni L. Su due casi di dermatite da larva migrans guariti con crioterapia (neve carbonica). *Chron Derm* 1987; **18**:237-40.
6. Katz R, Hood RW. The use of topical thiabendazole in dimethylsulfoxide for creeping eruption: preliminary report. *J Invest Dermatol* 1966; **46**:309-10.
7. Sugathan P. Massive infestation of cutaneous larva migrans. *Dermatol Online J* 2002; **8**:21.
8. Fischer S, Nenoff P. Cutaneous larva migrans: successful topical treatment with ivermectin - a case report. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; **14**:622-3.
9. Stone OJ, Mullins JF, Willis CJ. Inhibition of nematode development with thiabendazole. *J Invest Dermatol* 1964; **43**:437.
10. Coulaud JP, Binet D, Voyer C et al. Traitement du syndrome de larva migrans cutanée "larbush" par l'albendazole. A propos de 18 observations. *Bull Soc Pathol Exot* 1982; **75**:534-7.
11. Caumes E, Detry A, Paris L et al. Efficacy of ivermectin in the therapy of cutaneous larva migrans. *Arch Dermatol* 1992; **128**:994-5.
12. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. *Int J Dermatol* 1997; **36**:700-3.
13. Veraldi S, Rizzitelli G. Effectiveness of a new therapeutic regimen with albendazole in cutaneous larva migrans. *Eur J Dermatol* 1999; **9**:352-3.
14. Veraldi S, Bottini S, Rizzitelli G, Persico MC. One-week therapy with oral albendazole in hookworm-related cutaneous larva migrans: a retrospective study on 78 patients. *J Dermatol Treat* 2012; **23**:189-91.
15. Veraldi S, Francia C, La Vela V et al. Telogen effluvium after oral albendazole. *Clin Exp Dermatol* 2012; **37**:565-7.

# Dermatite à *Paederus* : le coléoptère qui ne mord pas

**Rosanna Fox BA, MBBS**

Officier Interne Principale, Chelsea & Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Royaume-Uni

**Christopher Bunker MA, MD, FRCP**

Dermatologue Consultant, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Royaume-Uni

Auteur principal : Dr Rosanna Fox [rosiefox@googlemail.com](mailto:rosiefox@googlemail.com)

**Mots Clés :** *Paederus*, dermatite de contact irritante, pédérine, coléoptères, hémolymphe.

## Introduction

La dermatite à *Paederus* est une dermatite de contact irritante résultant d'un contact avec la pédérine ; un amide vésicant toxique qui se trouve dans l'hémolymphe des coléoptères femelles du genre *Paederus* genus<sup>1-3</sup>. Les coléoptères eux-mêmes ne mordent pas et ne piquent pas : la dermatite survient lorsque l'insecte est écrasé contre la peau, ce qui engendre la libération de son hémolymphe<sup>1-3</sup>. Cela se passe généralement lorsque le coléoptère est instinctivement poussé sur le côté, créant ainsi les lésions linéaires caractéristiques, d'où le nom « dermatite linéaire »<sup>2</sup>. D'autres noms utilisés comprennent « dermatite de staphylin », « dermatite en coup de fouet », « langue d'araignée », « brûlure nocturne » et « découverte du réveil »<sup>2,5</sup>.

## Staphylins

Il existe plus de 600 espèces de coléoptères *Paederus* appartenant à la famille des Staphylinidae, la deuxième plus grande famille de coléoptères<sup>2,4,6,7</sup>. Ils existent partout dans le monde à l'exception de l'Antarctique, mais sont bien plus courants dans les régions tropicales et subtropicales<sup>4</sup>. Des cas ont été rapportés dans des documents en Iran<sup>9</sup>, au Brésil<sup>2</sup>, en Afrique<sup>10,11</sup> et en Turquie<sup>12</sup> entre autres. Les coléoptères sont connus sous plusieurs noms à travers le monde, y compris : Econda et mouche de Nairobi en Afrique centrale, Tomcat en Asie orientale, « Whiplash Beetle » en Australie, et « Dracula » en Iran. Toutefois, à travers l'Europe et les Amériques, ils sont communément appelés staphylins ou « rove beetles » en anglais (nom qui fait référence à leur tendance à vagabonder)<sup>2</sup>.

Les *Paederus* spp. ont généralement une longueur de 7 à 13 mm et sont donc pris pour des fourmis<sup>5</sup>. Ils sont nocturnes et sont attirés par la lumière blanche, un phénomène appelé « phototaxie »<sup>2</sup>. Comme le montre l'image 1, leur abdomen a la couleur de pierres précieuses (d'ailleurs le nom du genre *Paederus* trouve probablement ses origines dans le terme latin « paederos », qui signifie une pierre précieuse). Cette coloration éclatante est un exemple d'aposématisme ; une stratégie adaptative avertissant

les prédateurs potentiels qu'ils contiennent des toxines.

## Pédérine

La pédérine est un amide vésicant toxique qui s'accumule dans l'hémolymphe des coléoptères *Paederus* femelles et représente environ 0,025 % de leur masse corporelle totale<sup>7,8</sup>. Elle est synthétisée par les *Pseudomonas* spp. endosymbiontes et non par les coléoptères eux-mêmes<sup>8</sup>. La pédérine a un effet apoptotique sur les couches basales et suprabasales du derme et provoque une lésion toxique grave de la peau.

Il est important de souligner que la dermatite à *Paederus* n'est pas la même dermatite que celle causée par les Meloidae. Cette dernière est causée par la cantharidine, qui présente une structure chimique différente et n'est pas produite par la famille de coléoptères Staphylinidae<sup>1</sup>. Ces lésions sont généralement moins inflammatoires.

## Caractéristiques cliniques

Les sites les plus communément touchés sont les zones exposées de la peau, y compris les bras, les jambes, le visage et le cou ; les paumes de main et plantes de pieds sont généralement épargnées. Les patients ne réalisent pas qu'un contact avec le coléoptère a eu lieu car il se produit généralement la nuit. Comme le suggèrent les noms « découverte du réveil » (Nigeria) et « brûlure nocturne » (Turquie), les lésions sont souvent remarquées le lendemain matin<sup>2</sup>.

Il existe une période de latence entre le premier contact avec la toxine et la première lésion érythémateuse ; cette période est en général d'environ 24 heures. Dans les cas les plus légers, il peut y avoir uniquement apparition d'un érythème de courte durée pendant quelques jours seulement<sup>1</sup>. Dans les cas un peu plus sérieux, les lésions érythémateuses linéaires développent des vésicules/pustules (voir image 2) qui sèchent ensuite et desquament, laissant place à une peau sous- ou sur-pigmentée (voir image 3)<sup>1</sup>. Dans les cas graves où une grande surface de peau a été touchée, les patients peuvent présenter des symptômes systémiques tels que de la fièvre, des vomissements et de l'arthralgie. « L'oeil de Nairobi » se réfère à une atteinte à l'oeil - cellulite périorbitaire ou kératoconjonctivite<sup>11</sup>. Elle se produit lorsque des doigts contaminés sont utilisés pour se frotter les yeux ou si le coléoptère entre en contact avec la cornée directement (pendant le sommeil, provoquant un clignement des yeux automatique). Des lésions sur des zones de peau entrant en contact, par exemple dans les plis des coudes et des genoux ainsi que dans les régions génitales peuvent également exister puisque la pédérine peut être transférée par les doigts, une zone de peau en contact, les draps ou les vêtements.

Les diagnostics différentiels comprennent la dermatite des prés, la dermatite de contact allergique, l'herpès simplex et l'impétigo. Un historique clair exclurait tout contact avec des agents botaniques photosensibilisants.



Img. 1. Coléoptère *Paederus*.

Suite au verso...



Img. 2. Lésion inflammatoire linéaire

## Traitement

La prévention est essentielle – dans les zones à risques élevés et durant les périodes à risques accrus (juste après la saison des pluies), les patients devraient éviter de garder leurs fenêtres ouvertes la nuit avec les lumières allumées<sup>2</sup>. S'ils voient un coléoptère sur leur peau, il doivent s'en débarrasser en soufflant dessus plutôt qu'en le poussant ou en le tapant. Si un contact a lieu, la peau doit être soigneusement lavée afin de retirer tout résidu de pédérine, et de la teinture d'iode peut être utilisée pour neutraliser la pédérine<sup>4</sup>. Les principaux modes de traitement sont des compresses d'eau froide et des stéroïdes topiques, mais des antibiotiques topiques et/ou par voie orale peuvent être



Img. 3. Surpigmentation post-inflammatoire

nécessaires en cas d'infection bactérienne secondaire. Selon Ebrahimzadeh et al., l'utilisation de *Sambucus ebulus* (sureau hyèble) améliore le temps de guérison en raison de ses propriétés anti-inflammatoires<sup>7</sup>.

## Conclusion

La dermatite à *Paederus* touche les individus de tout âge à travers les régions tropicales et subtropicales. Les lésions linéaires érythématobulleuses apparaissent 24 à 48 heures après exposition, avant de sécher puis de se résorber spontanément. Les patients ne réalisent souvent pas qu'il y a eu contact avec l'insecte puisque cela a lieu la nuit pendant qu'ils dorment, les insectes étant alors écrasés de manière instinctive. Apprendre aux populations locales et aux voyageurs à retirer le coléoptère de la peau sans danger et les informer qu'il est essentiel de ne pas garder les fenêtres ouvertes quand il fait noir pour éviter les cas graves et les affections cutanéomuqueuses.

## Références

1. Mammino JJ. *Paederus dermatitis*: an outbreak on a medical mission boat in the Amazon. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011; **4(11)**:44-6.
2. Karthikeyan K, Kumar A. *Paederus dermatitis*. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017; **83**:424-31.
3. Gelmetti C, Grimalt R. *Paederus dermatitis*: An easy diagnosable but misdiagnosed eruption. *Eur J Pediatr* 1993; **152**:6.
4. Frank JH, Kanamitsu K. *Paederus*, sensu lato (Coleoptera: Staphylinidae): Natural history and medical importance. *J Med Entomol* 1987; **24**:155-91.
5. Cressey BD, Paniz-Mondolfi AE, Rodríguez-Morales AJ et al. *Dermatitis linearis*: vesicating dermatosis caused by *Paederus* species (Coleoptera: Staphylinidae). case series and review. *Wilderness Environ Med* 2013; **24**:124-31.
6. Nasir S, Akram W, Khan RR et al. *Paederus* beetles: the agent of human dermatitis. *J Venom Anim Toxins incl Trop Dis* 2015; **21**:5.
7. Ebrahimzadeh MA, Rafati MR, Damchi M et al. Treatment of *Paederus* Dermatitis with *Sambucus ebulus* Lotion. *Iran J Pharm Res* 2014; **13(3)**:1065-71.
8. Piel J. A polyketide synthase-peptide synthetase gene cluster from an uncultured bacterial symbiont of *Paederus* beetles. *PNAS* 2002; **99**:14002-7.
9. Zargari OK-AA, Fathalikhani F, Panahi M. *Paederus dermatitis* in northern Iran: a report of 156 cases. *Int J Dermatol* 2003; **42**:608-12.
10. Iserson KV, Walton EK. Nairobi fly (*Paederus*) dermatitis in South Sudan: a case report. *Wilderness Environ Med* 2012; **23(3)**:251-4.
11. Rahman S. *Paederus dermatitis* In Sierra Leone. *Dermatol Online J* 2006; **12**:9.
12. Şendur N, Şavk E, Karaman G: *Paederus* Dermatitis: A Report of 46 Cases in Aydın, Turkey. *Dermatology* 1999; **199**:353.

## MISE À JOUR DE L'IFD Bourses ILDS DermLink en 2020

Chaque année, l'International League of Dermatological Societies (ILDS), par le biais de l'International Foundation for Dermatology (IFD), attribue des bourses ILDS DermLink à des projets soumis par des membres de l'ILDS. En 2019, nous avons reçu 17 propositions de projet pour des bourses ILDS DermLink. Ces projets ont été jugés en fonction des critères suivants : identification des besoins, impact proposé, durabilité du projet et lien du projet avec la dermatologie tropicale ou la santé des migrants.

Sept bourses « ILDS DermLink 2019 », pour un grand total de 30 000 USD, ont été attribuées à des projets originaires de six pays différents : le Brésil, le Botswana, le Malawi (deux projets), le Népal, le Nigeria et la Tanzanie. Vous pouvez désormais trouver plus d'informations sur chaque projet sur le site Internet de l'ILDS à : <https://ilds.org/news/2019-ilds-dermlink/>.

**Le prochain cycle de bourses ILDS DermLink ouvrira le 5 décembre 2019. Si vous souhaitez postuler, veuillez visiter notre site Internet [www.ILDS.org](http://www.ILDS.org) et si vous nécessitez plus d'informations concernant ces bourses, veuillez contacter [Dermlink@ilds.org](mailto:Dermlink@ilds.org).**

# Sporotrichose au Brésil – une épidémie persistante accompagnée de lésions de la peau

**Regina Casz Schechtman, MD, PhD, Université Pontificale Catholique de Rio de Janeiro, Brésil**

**Roderick James Hay, DM, FRCP, International Foundation for Dermatology, Royaume-Uni**

Courriel : [regina.schechtman@gmail.com](mailto:regina.schechtman@gmail.com)

**Mots Clés :** Sporotrichose, *Sporothrix brasiliensis*, mycose d'implantation, chats, Brésil, zoonose, maladies tropicales négligées.

Depuis les années 1950, la sporotrichose, causée par des espèces de *Sporothrix*, est bien reconnue comme une mycose sous-cutanée ou d'implantation dans les pays tropicaux, y compris le Brésil. Elle se présente généralement sur la peau sous forme d'une chaîne de nodules (lymphocutanés) accompagnée de vaisseaux lymphatiques ou sous forme d'ulcère solitaire (fixe). Dans les années 1960, elle était déjà rapportée comme la deuxième principale cause d'infection fongique dans les zones endémiques telles que l'État du Para (région du nord du Brésil). En 1966, par exemple, 56 cas ont été enregistrés dans une étude rétrospective sur 5 ans<sup>1</sup>. Presque 15 ans plus tard, un autre rapport indiquait 8 cas dans l'État de l'Amazonie (région du nord du Brésil), et la sporotrichose était considérée comme la principale mycose sous-cutanée dans cette région<sup>2</sup>. En 1998, toutefois, un grand nombre de cas de chats infectés par le *Sporothrix sp.* ont été rapportés, et l'on a par la suite observé une importante augmentation du nombre de cas humains dans les zones les plus pauvres de l'État de Rio de Janeiro, au Brésil. La présence d'infections humaines et félines a augmenté de manière exponentielle durant cette période. En 2001, la sporotrichose a été classée comme une zoonose émergente et la nature épidémique de la propagation a été signalée par les chercheurs du Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Barros et ses collègues ont comparé l'augmentation des cas entre la décennie 1987-1998 pendant laquelle seuls<sup>17</sup> cas furent notifiés et une période bien plus courte et plus récente de deux ans durant laquelle 66 cas furent identifiés. La plupart de ces cas se présentaient sous la forme lymphocutanée (66,7 %) de la maladie, suivi de la forme cutanée fixe (24,2 %), mais certains cas présentaient des lésions multiples éparpillées (forme disséminée) (6 %)³.

En 2008, un ensemble de cas touchant 255 individus, dont 94 patients et 161 membres de foyers sains a été rapporté dans l'État de Rio de Janeiro. Parmi cet ensemble, le spectre des présentations cliniques des patients était plus polymorphe ; 23,4 % avaient des lésions cutanées disséminées et il existait un cas unique de lésion palpébrale avec atteinte conjonctivale<sup>4</sup>. L'État de Rio de Janeiro est toujours demeuré la principale cible de cette épidémie durant la dernière décennie, depuis que les premiers cas zoonotiques ont été rapportés il y a 20 ans. En 2010, un examen de 804 cas humains de sporotrichose sur une période de 10 ans (de 1998 à 2008)<sup>5</sup> a montré que plus de 1 500 chats avaient été infectés par la sporotrichose cutanée. L'un des faits intéressants observés était la tendance démographique : la plupart des cas humains touchaient des femmes âgées de 40 à 49 ans qui prenaient part à des tâches domestiques et étaient aussi issues de couches sociales défavorisées. La sporotrichose zoonotique devrait être considérée comme une maladie tropicale négligée avec une présentation clinique atypique, causée par les *Sporothrix brasiliensis*, les nouvelles espèces associées à cette épidémie d'infections touchant les humains et les chats. Cette dernière s'est toutefois désormais répandue bien davantage.

Une étude transversale, rétrospective, a rapporté 25 cas de sporotrichose humaine entre 2003 et 2013 dans l'État de Sao Paulo<sup>6</sup>. Un autre rapport a décrit un problème émergent dans l'État de Recife (région du nord-est du Brésil), où 59 chats infectés

ont été identifiés depuis 2014 ; la plupart de ces chats sont domestiques, ce qui indique un risque élevé d'infection humaine si cette épidémie n'est pas contrôlée<sup>7</sup>.

Il est probable que ces données sous-estiment la situation générale de la sporotrichose zoonotique épidémique au Brésil. En 2018, 8 posters et 2 campagnes orales sur la sporotrichose zoonotique ont été présentés durant la conférence de la Société brésilienne des dermatologues. La plupart des patients présentaient des caractéristiques cliniques atypiques telles que des réactions d'hypersensibilité (par exemple, un érythème polymorphe ou un érythème noueux) et des formes disséminées, et certains cas ont conduit à un décès. Il est important de souligner que la plupart des cas présentés ont été confinés à différents États du Brésil (Sud-est : Minas Gerais, Espírito Santo et Sao Paulo ; Sud : Santa Catarina, Rio Grande do Sul ; Centre : Brasilia, Nordest: Pernambuco (posters électroniques et campagnes orales en 2018)<sup>8</sup> et Nord : Belém (communication verbale en 2018). Cette infection fongique s'est régulièrement propagée à travers le pays, et quelques cas sont désormais décrits dans le nord de l'Argentine. À ce jour, la sporotrichose zoonotique est une infection qui doit toujours être contrôlée et, bien qu'elle soit principalement limitée au Brésil, il existe un risque d'une plus grande propagation à d'autres régions du continent.

## Références

1. Domingos S, Jacy PN. Casos de esporotricose no Para. Observações em 5 anos (1962-1966). *An Bras Dermatol* 1966; **4**:219-20.
2. Talhari S, Gadelha AR, Cunha MGS et al. Micose profunda, Estudo dos casos diagnosticados em Manaus estado do Amazonas, de 1973-1978. *An Bras Dermatol* 1980; **55**:133-6.
3. Bastos-Lima-Barros M, Pacheco-Schubach T, Gutierrez-Galhardo M et al. Sporotrichosis: an emergent zoonosis in Rio de Janeiro. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro* 2001; **96**:777-9.
4. Barros MBL, Schubach AO, Schubach TMP et al. An epidemic of sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: epidemiological aspects of a series of cases. *Epidemiol Infect* 2008; **136**:1192-6.
5. Freitas DF, Valle AC, Almeida-Paes R et al. Zoonotic sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: A protracted epidemic yet to be curbed. *Clin Infect Dis* 2010; **50**:452-3.
6. Marques GF, Martins AL, Sousa JM et al. Characterization of sporotrichosis cases treated in a dermatologic teaching unit in the State of São Paulo – Brazil, 2003 – 2013. *An Bras Dermatol* 2015; **90**:273-5.
7. Silva GM, Howes JC, Adria C. Surto de esporotricose felina na região metropolitana do Recife *Pesq Vet Bras* 2018; **38**:1767-71.
8. 73° congresso Brasileiro de dermatologia. Listagem de trabalhos (e-pôster e Comunicações orais). 2018. Curitiba, PN.



**Img. 1.** Forme lymphangitique de la sporotrichose.

# Aide pratique pour obtenir l'historique du traitement

**Ramesh Sharma**, Greenpastures Hospital, Pokhara, Népal

**Prem Bhujel**, Greenpastures Hospital, Pokhara, Népal

**Celia Moss**, Birmingham Children's Hospital et Université de Birmingham, Royaume-Uni

Auteur principal :

**Celia Moss**, Département de Dermatologie, Birmingham Children's Hospital, Steelhouse Lane, Birmingham B4 6NH, Royaume-Uni. Courriel : [celia.moss@nhs.net](mailto:celia.moss@nhs.net)

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement n'a été reçu pour ce travail.

**Mots clés** : médicament, topique, historique, vitrine, crème.

Obtenir un historique de traitement exact est essentiel à la gestion du patient. Nous avons besoin de savoir quels médicaments ont fonctionné, lesquels n'ont pas fonctionné et s'il y a eu des effets indésirables. Mais les patients se souviennent rarement des noms de leurs crèmes, et encore moins de leurs ingrédients actifs : « la crème blanche » pourrait être un simple émoullant, un médicament puissant tel qu'un corticostéroïde ou un antimicrobien, ou une multitude de combinaisons.

Le problème est accentué dans un pays aux ressources limitées tel que le Népal où la polypharmacie est extrêmement fréquente, les médicaments sont en vente libre, l'alphabétisation est limitée et il est souvent trop onéreux d'obtenir des recommandations informées. Consulter un dermatologue coûte environ 5 USD tandis que les conseils disponibles auprès de la famille ou des amis sont gratuits. La crème dermatologique de base contre « tous les maux » contiendrait probablement une combinaison de corticostéroïde topique puissant (clobétasol ou béclométhasone), d'antifongique (miconazole ou clotrimazole) et d'antibiotique (gentamicine ou néomycine). Le traitement précédent est donc non seulement inconnu mais également souvent inapproprié.

Les patients atteints d'eczéma bénéficieront du corticostéroïde mais pourraient être tentés d'en abuser. Une utilisation trop importante engendre hypertrichose du visage, télangiectasie, érythème et même syndrome de Cushing, en particulier chez les nourrissons. Les crèmes corticostéroïdes topiques sont souvent prescrites de manière inappropriée, par exemple pour le traitement de la teigne, de l'acné et de la gale et comme crème d'éclaircissement de la peau<sup>1,2</sup>. Le traitement par corticostéroïde de la teigne réduit l'érythème et le prurit mais permet à l'infection de se développer et se répéter, ce qui nécessite un traitement avec des agents antifongiques par voie orale onéreux. Simultanément, la résistance antifongique causée par l'utilisation excessive de terbinafine topique associée au corticostéroïde constitue un problème croissant en Asie du Sud. En conséquence, il est très probable que la présentation clinique ait été modifiée par le traitement précédent. Dans ce contexte, obtenir l'historique médicamenteux est non seulement plus important, mais également plus difficile.



**Img. 1.** La vitrine de présentation contient des échantillons de crèmes.

Une solution simple et novatrice a été développée dans la clinique de la peau à Greenpastures Hospital à Pokhara, au Népal. Des tubes de crèmes utilisés (et surtout mal utilisés) amenés par des patients sont exposés sur l'étagère en bois montée au mur de la clinique (image 1.). Des patients de tout âge, incapables de nommer les crèmes qu'ils utilisent chez eux, peuvent souvent reconnaître le tube, ce qui permet au docteur d'identifier les composants. Cette exposition tient également un rôle éducatif lorsque les patients sont conseillés sur les composants et les éventuels effets nocifs des préparations topiques ainsi que sur les risques de suivre des conseils non professionnels. L'étagère peut être construite facilement avec du bois et les échantillons facilement collectés, mis à jour et ajoutés au fil du temps. Le concept peut être appliqué aux pays riches ou pauvres en ressources ; il est possible de se conformer aux exigences en matière de santé et de sécurité en utilisant une armoire de présentation verrouillable vitrée. Ce simple objet facilite grandement la consultation dermatologique et nous le recommandons à nos collègues dermatologues.

## Références

1. Verma SB. Hazards of skin lightening creams. *Community Dermatology Journal* 2016; **12**:9-11.
2. Guadalupe E-C, Roberto E, Guadalupe C-L. Misuse of topical steroids in scabies. *Community Dermatology Journal* 2017; **13**:2-3.

## 25ème Conférence Internationale CME du RDTC 8-10 janvier 2020

Les inscriptions sont à présent ouvertes pour la 25ème Conférence Internationale de Continuing Medical Education (CME) du Regional Dermatology Training Centre (RDTC), qui sera dédiée aux Maladies de la Peau, à la Lèpre, au VIH/SIDA et à d'autres IST.

**Pour vous inscrire, veuillez visiter <https://rdtc.go.tz>**

# Facteurs de prédisposition à la fasciite nécrosante à l'Hôpital Universitaire de Brazzaville (Congo)

## Auteur principal :

**Ida Aurélie Lenga-Loumingou**, Département de Dermatologie, Hôpital Universitaire de Brazzaville, 1, Boulevard Maréchal Lyautey, Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, République du Congo

Courriel : idalengaloumingou@gmail.com

**Richard Loumingou**, Département de Néphrologie, Université de Brazzaville, République du Congo

**Mots Clés :** Facteurs de prédisposition, fasciite nécrosante, immunodéprimés, Congo, micro-traumatisme, vasculopathie, diabète, VIH.

## SOMMAIRE

### Objectifs

- Identifier les sujets à risque
- Améliorer la précision des diagnostics
- Garantir une meilleure prévention de la fasciite nécrosante

### Méthodologie

Une étude descriptive et analytique a été menée pendant 15 ans à partir des dossiers de patients hospitalisés dans le service de dermatologie de l'Hôpital Universitaire de Brazzaville pour une fasciite nécrosante.

### Résultats

65 dossiers ont été sélectionnés. La prévalence de fasciite nécrosante s'élevait à 3,71 % des patients hospitalisés. Le ratio hommes/femmes était de 1,32. Plus de la moitié des cas étaient immunodéprimés ou atteints d'une maladie vasculaire. Un point d'entrée identifiable a été trouvé dans 67,6 % des cas. 98,4 % des patients s'automédiquaient, 70,7 % utilisaient la médecine traditionnelle. La durée d'admission moyenne était de 12,7 jours.

### Conclusion

La fasciite nécrosante est plus présente chez les individus jeunes immunodéprimés et chez les personnes âgées.

## Introduction

La fasciite nécrosante (FN) est une maladie de la peau bactérienne mortelle rare affectant le fascia. Son étiopathologie est inconnue et peut être associée à un ou plusieurs microbes<sup>1</sup>. Le diagnostic clinique de la FN est souvent limité par la complexité des signes dermatologiques et extradermatologiques, rendant de ce fait l'imagerie magnétique indispensable dans certains cas<sup>2,3</sup>. Il est essentiel d'avoir connaissance du diagnostic de FN<sup>4</sup>. Aux États-Unis, Kaul<sup>5</sup> a fait la distinction entre les facteurs de risque pour l'érysipèle et la FN. Dhiedou<sup>6</sup> a noté les différences dans l'évaluation de la présence de cellulite non nécrosante avec les formes nécrosantes. L'âge et le diabète sont des facteurs de risque reconnus<sup>1,7</sup>.

En Asie, l'acupuncture est souvent décrite comme un facteur de risque pour la fasciite nécrosante<sup>8</sup>. L'infection par virus de l'autoimmunosuppression humaine semble également constituer une prédisposition à la condition<sup>9</sup>. Il existe de nombreux autres facteurs de prédisposition<sup>10</sup>, bien que les déclencheurs environnementaux et géographiques ne soient pas entièrement compris.

Les auteurs rapportent 65 cas de fasciite nécrosante pour identifier les facteurs de prédisposition.

## Méthode

Il s'agissait d'une étude analytique et descriptive réalisée à partir des dossiers de patients hospitalisés dans le département de dermatologie de l'Hôpital Universitaire de Brazzaville pendant 15 ans de janvier 2002 à janvier 2017. Les patients provenaient des urgences.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Fasciite nécrosante documentée avec ou sans myonécrose.
- Les dossiers des patients comprenant : Écho-doppler artériel et veineux pour patients hypersensibles, indicateurs de risques de laboratoire pour fasciite nécrosante (protéine C-réactive, nombre de globules blancs, hémoglobine, sodium, créatinine, glucose, sérologie VIH).

Les éléments suivants ont été exclus : myosite et infections post-chirurgicales des tissus mous.

Les données sur le statut civil des patients et les données cliniques ont été collectées sur des cartes :

- Une première feuille comprenait l'âge, le sexe, la profession, la porte d'arrivée, le siège, l'utilisation de médicament anti-inflammatoire sans stéroïde, traitement traditionnel précisant les scarifications, temps de consultation.
- Une seconde feuille comprenait toute morbidité passée : hypertension, diabète, obésité, infection par le VIH, lymphoedème chronique, insuffisance veineuse chronique, utilisation de produits de dépigmentation.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'info Epi afin de calculer les moyennes et les écarts types.

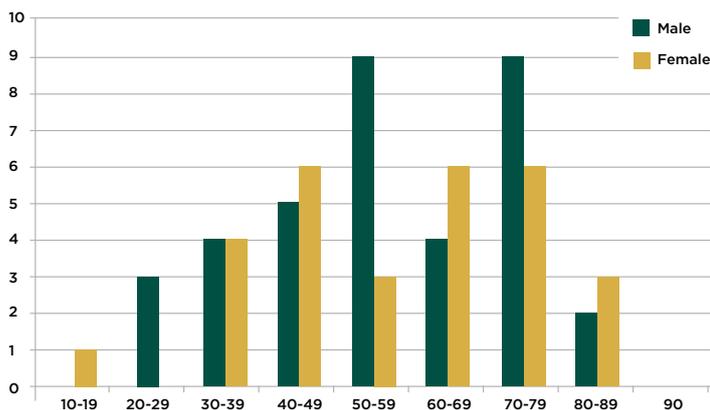
## Epi info

### 1. Population étudiée

1 752 patients ont été hospitalisés durant la durée de l'étude. 978 ont été admis pour une forte étape inflammatoire : 667 présentaient une cellulite nécrosante, 246 une cellulite non-nécrosante et 72 une fasciite nécrosante. 65 patients atteints de fasciite nécrosante remplissaient les critères d'inclusion. La présence de fasciite nécrosante s'élevait à 3,71 % des patients hospitalisés. Leur moyenne d'âge était de 57,35 ans (écart type de  $\pm 17,67$ ). Il y avait 37 hommes et 28 femmes (M:F=1,32). 49 patients provenaient de milieux défavorisés. Les hommes étaient plus nombreux dans les catégories d'âge 50-59 et 70-79 (graphique 1).

Suite au verso...

# Facteurs de prédisposition à la Fasciite Nécrisante à l'Hôpital Universitaire de Brazzaville (Congo)suite



**Graph. 1.** Répartition de la fasciite nécrosante par âge et sexe.

## 2. Données cliniques

Les caractéristiques cliniques des patients atteints de fasciite nécrosante sont résumées dans le Tableau 1. La durée moyenne d'admission était de 12,7 jours. Les patients affectés étaient

Tableau 1	
Caractéristiques cliniques	
Perturbation de la barrière cutanée	n
Micro-traumatisme	36
Scarification	4
Ulcère vasculaire	1
Zona	1
Prurigo	1
Sous-total	<b>43</b>
Médecine traditionnelle	
Phytothérapie	34
Scarification	12
Sous-total	<b>46</b>
Automédication	
AINS	64
Amoxicilline	48
Oxacilline	11
Emplacement sur le corps	
Jambe droite	29
Jambe gauche	31
Deux jambes	2
Bras droit	2
Bras gauche	6
Poitrine	1
Pelvis	1
Sous-total	<b>72</b>

## Tableau 2

### Principaux facteurs de comorbidité Répartition par sexe

COMORBIDITÉ	SEXE	
	M	F
Infection par le VIH	12	10
Hypertension	11	3
Autre maladie systémique	6	2
Diabète	4	3

immunodéprimés ou présentaient d'autres facteurs de risque tels que des maladies cardiovasculaires et métaboliques (Tableau 2). Les maladies cardiovasculaires (n=30) comprenaient : hypertension (n=14), artérite oblitérante (n=8) et insuffisance veineuse lymphatique (n=8). Les pathologies métaboliques comprenaient diabète (n=7, dont 4 étaient également hypersensibles) et obésité (n=5). 22 patients étaient atteints d'une infection rétrovirale. D'autres conditions concomitantes étaient l'éléphantiasis (n=2), la drépanocytose (n=2), la sarcoïdose (n=1), le prurigo (n=1) et l'hypertension portale (n=2). 10 cas avaient utilisé des produits cosmétiques de dépigmentation mais un autre acteur de risque a été identifié chez tous les patients.

## Commentaires

### Limites de l'Etude :

- Ne comprend pas les FN provenant des services de soins intensifs et chirurgicaux.
- Complexités des itinéraires de santé.

### 1. Population de l'étude

La présence de fasciite était faible, mais la présence est probablement sous-estimée car la plupart des études utilisent des données hospitalières uniquement<sup>11,12</sup>. En Guinée, la fasciite nécrosante est l'une des principales causes d'hospitalisation en dermatologie<sup>13</sup>. Des données plus fiables ont été rapportées en France dans le cadre de l'étude de Sbidian<sup>11</sup> qui a obtenu la même incidence que Kaul<sup>5</sup>, et plus récemment par Naseer<sup>14</sup> et Bocking<sup>15</sup>. L'âge moyen de notre étude est de 57 ans<sup>3</sup> ; soit identique à celui de Diedhou<sup>6</sup> et proche de celui de Sbidian<sup>11</sup> et Kaul<sup>5</sup>. L'augmentation de l'âge est une prédisposition à la FN<sup>1,5</sup>. La prédominance des hommes n'est pas courante dans les travaux scientifiques<sup>1,11</sup>, et peut être expliquée dans notre étude par le type de comorbidité. La structure socio-économique du Congo pourrait expliquer la prévalence élevée de patients provenant de milieux défavorisés<sup>16</sup>.

### 2. Données cliniques

Un portail d'entrée a été identifié dans 67,6 % des cas, avec une prédominance des micro-traumatismes. Une scarification peut constituer une porte d'entrée originale. En Asie, des cas ont été signalés suite à des séances d'acupuncture<sup>8</sup>. La propension à l'auto-médication représente un fléau au Congo<sup>10</sup>; tous les patients à l'exception d'un avaient pris un médicament anti-inflammatoire sans stéroïde ; ce facteur aggravant inclus dans la majorité des publications est rarement abordé<sup>18,19</sup>. La prédominance de l'emplacement dans un membre inférieur est classique<sup>4</sup>; toutefois, l'implication d'un membre supérieur dans huit cas est considérable (Tableau 1). La médecine traditionnelle utilisée dans les conditions septiques est un facteur aggravant indéniable. La

FN est une urgence médicochirurgicale. Les temps de consultation élevés et les parcours de santé dangereux constituent un problème récurrent en Afrique, favorisant une augmentation de la morbidité et de la mortalité<sup>20</sup>.



**Img. 1.** Fasciite nécrosante du membre supérieur (après débridement).

### 3. Comorbidité

L'utilisation d'agents de dépigmentation a été associée dans tous les cas avec un autre facteur de comorbidité. Elle est reconnue comme un facteur de prédisposition dans la cellulite non-nécrosante<sup>21</sup> mais sa responsabilité dans la fasciite nécrosante n'a pas été prouvée.

Une infection par le VIH a été trouvée dans 33,8 % des cas ; ce facteur de prédisposition est bien connu<sup>9</sup> mais rarement rapporté dans les pays développés. La forte incidence du SIDA au Congo pourrait en être la raison. L'infection par le VIH contribue certainement à la diminution de l'âge moyen des patients atteints de fasciite nécrosante.

Diabète et hypertension ont été trouvés dans plus de la moitié des cas. Ces maladies ont une prévalence croissante et constituent un problème de santé publique<sup>22</sup> ; ils sont plus courants chez les patients âgés de 50 à 89 ans. Le diabète et l'hypertension sont mentionnés dans la documentation comme facteurs de risques de la FN<sup>23, 24</sup>.

Dans notre étude, nous avons trouvé que les facteurs de risques systémiques étaient importants, comme précédemment indiqué<sup>1, 25</sup>. En contraste, dans l'érysipèle, les facteurs de risques locaux sont prédominants<sup>21</sup>. Les caractéristiques uniques de notre étude sont l'utilisation systémique de médicaments anti-inflammatoires sans stéroïdes par les patients, la fréquence élevée d'infection par le VIH et l'absence d'un historique d'insuffisance rénale chronique et de toxicomanie.

### Conclusion

Il existe une prédominance générale des hommes dans notre ensemble. Le diabète, l'hypertension, la maladie vasculaire périphérique et le VIH constituaient les morbidités les plus courantes. La prévalence de FN est presque certainement sous-estimée. Les auteurs remercient le Professeur Vincent Pitche d'avoir accepté de corriger le présent travail.

### Références

1. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing soft tissue infection. *N Engl J Med* 2017; **377**: 2253-65.
2. Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Importance de l'imagerie pour le diagnostic des fasciites nécrosantes. *Radiographics* 2007; **27(6)**:1723-36.
3. Carbonetti F, Cremona A, Carusi V et al. The role of contrast enhanced computed tomography in the diagnosis of necrotizing fasciitis and comparison with the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC). *Radiol Med* 2016; **121**:1106-21.
4. Tianyi FL, Mbanga CM, Danuvang C, Agbor VN. Risk factors and complications of lower limb cellulitis in Africa. A systematic review. *Br Med J Open* 2018; **8**:e021175.
5. Kaul R, McGeer A, Low de Green K et al. Population based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis clinical features, proanalysis of seventy-seven cases. *Am J Med* 1997; **103**:18-24.
6. Dhiedou D, Leye MMM, Touré M et al. Dermohypodermes bactériennes à Dakar: rétrospective de 194 cas suivis en Médecine interne à la clinique médicale II. *Revue Cames Santé* 2013; **1**.
7. Omran S, Farouqi A. La fasciite nécrosante et le diabète (A propos de 15 cas). *Annales d'Endocrinologie* 2014; **75**:391.
8. Saw A, Kwan MK, Senguta S. Necrotising fasciitis: a life threatening complications of acupuncture in a patient with diabetes mellitus. 2004. *Singapore Med J* 2004; **45**:180-2.
9. Mohamedi I, Ceruse P, Fontaine P et al. Fasciite nécrosante cervicale relevant une maladie à VIH. *Annales Françaises d'Otorhinolaryngologie et de Pathologie Cervicofaciale* 1997; **114**:228-30.
10. Brennan MR, Lefèvre F. Necrotizing fasciitis: Infection identification and management. *N Engl J Med* 2017; **377**:2253-65.
11. Sbidian E, Audureau F, Chosidow O. Fasciites nécrosantes, première enquête épidémiologique française. *Ann Dermatol Venerol* 2014; **141**:Suppl: S297-8.
12. Eloy G 2015. Epidémiologie et mortalité des fasciites nécrosantes dans un hôpital Francilien : étude rétrospective sur 10 ans. *Revue de Chir Orthop et Traumatol* 2015; **101(7)**:Suppl.:S184.
13. Keita M, Koulibaly M, Somah MM et al. Morbidité et mortalité hospitalière dans le service de dermatologie MST du CHU de Conakry (Guinée). *Ann Dermatol Venerol* 2014; **141(12)**:S356-7.
14. Naseer U, Steinbak KM, Blystad H, Caugant DA. Epidemiology of invasive group A streptococcal infection in Norway 2010-2014. A retrospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016; **35**:1639-48.
15. Bocking N, Matsumoto CL, Loewen K et al. High incidence of invasive group A streptococcal infections in remote indigenous communities in north western Ontario, Canada. *Open Forum Infect Dis* 2016; **4**:243.
16. La Banque Mondiale. Données de la banque mondiale. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/congo-republique-du> (last accessed 1 Oct 2019).
17. Mankié JB, Mazonga AB, Abena A. L'automédication chez l'adulte à Brazzaville. *Sci Med Afr* 2011; **3**:459-63.
18. Leroy S, Marc E, Bavoux F et al. Hospitalization for severe bacterial infections in children after exposure to NSAIDs: a prospective adverse drug reaction reporting study. *Clin Drug Investig* 2010; **30**:179-85.
19. Hamilton SN, Bayer CR, Stevens DL, Bryant AE. Effects of selective and non selective nonsteroidal anti inflammatory drugs on antibiotic efficacy of experimental group A streptococcal myonecrosis. *J Infect Dis* 2014; **209**:1429-35.
20. Mboko Ibara SB. Diagnostic post conflictuel des recours thérapeutiques au Congo Brazzaville: analyses et propositions. Document CNSS 26 August 2010. [http://www.cnsee.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75:diagnostic-post-conflictuel-des-recours-therapeutiques-au-congo-brazzaville--analyse-et-proposition&catid=44:articles-sociaux&Itemid=49](http://www.cnsee.org/index.php?option=com_content&view=article&id=75:diagnostic-post-conflictuel-des-recours-therapeutiques-au-congo-brazzaville--analyse-et-proposition&catid=44:articles-sociaux&Itemid=49) (last accessed 29 Sept 2019).
21. Pitche P, Diatta B, Faye O, et al. (Risk factors associated with leg erysipelas (cellulitis) in subSaharan Africa: A multicentre case - control study. *Ann Dermatol Venerol* 2015; **142**:633-8.
22. Kimbally Kaky G, Gombet T, Bolanda JD et al. Prevalence de l'hypertension artérielle à Brazzaville. *Cardiologie Tropicale* 2006; **32**:43-6.
23. Monabeka HG, Moyon G. Aspects épidémiologiques et évolutifs du diabète sucré de l'enfant et de l'adolescent au Congo. *Médecine d'Afrique Noire* 1999; **46(7)**:359-61.
24. Adebeye B, Bermanno G, Rolland C. Obesity and its health impact in Africa: a systematic review. *Cardiovasc J Afr* 2012; **23(9)**:512-21.
25. Boukhris J, Benyass Y, Boussidane M et al. Les fasciites nécrosantes des membres (revue de la littérature). *Revue Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie*. 2018; **74**:9-14.

### ERRATUM

Dans le rapport sur les camps de réfugiés au Liban (vol 15 numéro 1), il était déclaré que ni eau courante propre, ni alimentation équilibrée n'étaient disponibles dans les camps. Ceci n'est pas le cas, et nous avons présenté nos excuses au Professeur Griffiths pour cette erreur.

## Rédacteurs

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

## Rédacteur-Fondateur

Dr Paul Buxton (Royaume-Uni)

## Secrétaire de rédaction

ILDS Secretariat

## Comité de rédaction

Dr Sarah Hogan (Royaume-Uni)  
Dr Arnold Fernandes (Royaume-Uni)  
Dr Chris Lovell (Royaume-Uni)  
Dr. Susannah Baron (Royaume-Uni)  
Prof. Rod Hay (Royaume-Uni)  
Prof. Terence Ryan (Royaume-Uni)  
Dr Sam Gibbs (Royaume-Uni)  
Dr Claire Fuller (Royaume-Uni)  
Dr Michele Murdoch (Royaume-Uni)  
Ms Rebecca Penzer - Hick (Royaume-Uni)  
Prof. Steven Ersser (Royaume-Uni)

Dr Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)  
Dr Paul Buxton (Royaume-Uni)  
Dr Chris Griffiths (Royaume-Uni)  
Dr Stephen Walker (Royaume-Uni)  
Dr Rune Nathaniel Philemon (Tanzanie)  
Dr Isabel Casas (Argentine)  
Dr Vineet Kaur (Inde)  
Prof. Anisa Mosam (Afrique du Sud)  
Ms Mafalda Soto (Espagne)  
Dr Guadelupe Estrada (Mexique)  
Prof. Henning Grossman (Tanzanie)

Prof. Gail Todd (Afrique du Sud)  
Prof. Ben Naafs (Pays-Bas)  
Dr Shyam Verma (Inde)  
Prof. Jean Bolognia (États-Unis)  
Prof. John Masenga (Tanzanie)  
Dr Arjan Hogewoning ((Pays-Bas)  
Dr Ayesha Akinkugbe (Nigéria)  
Dr Harvey Lui (Canada)  
Dr Kelvin Mponda (Malawi)  
Dr Work Alemu (Éthiopie)

## Comment recevoir le journal Community Skin Health

Le journal Community Skin Health (CSH) est disponible en format numérique et papier. L'inscription à la version numérique ou papier est **gratuite** : veuillez visiter : [www.ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal](http://www.ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal)

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

## Écrire un article

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

Veuillez envoyer votre soumission par email à [CSH@ILDS.org](mailto:CSH@ILDS.org) ou par courrier à Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, Royaume-Uni.

## Copyright

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

## Éditeur

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

## Décharge de Responsabilité

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

## Devenez un Ami du CSH

Pour seulement \$5, £5 ou €5 par mois, vous pouvez devenir un Ami du CSH. Votre donation régulière nous permettra d'envoyer plus de 10 000 exemplaires du journal à des professionnels de la santé à travers le monde. Pour en savoir plus sur la manière de devenir un Ami, veuillez envoyer un email à

[CSH@ILDS.org](mailto:CSH@ILDS.org)



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

[www.easyfundraising.org.uk](http://www.easyfundraising.org.uk)



Initialement fondée en 1935, l'International League of Dermatological Societies (ILDS) promeut la santé de la peau à travers le monde depuis plus de 80 ans. L'entité qui 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 soutien des projets en Afrique, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. CSH est le journal officiel de l'IFD.



Promoting global  
**Community Skin Health**  
through education