

# Les dermatoses bulleuses de l'enfant en milieu dermatologique à Bamako en 2015

---

FOFANA Y.<sup>1\*</sup>, DICKO A.<sup>1,2</sup>, KEÏTA L.<sup>2</sup>, TRAORÉ B.<sup>1</sup>, CISSÉ L.<sup>2</sup>, DICKO A.<sup>1</sup>, TOURÉ S.,  
KONÉ M. B.<sup>1</sup>, KARABINTA Y.<sup>2</sup>, GASSAMA M.<sup>2</sup>, GUINDO B.<sup>1</sup>, KEÏTA A.<sup>1</sup>, FAYE O.<sup>1,2</sup>

## Résumé

L'objectif de notre étude était de décrire les dermatoses bulleuses de l'enfant à Bamako (Mali) en 2015. Du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2015 nous avons réalisé une étude transversale descriptive. Sur un total de 19 250 enfants vus en consultation dermatologique, 152 enfants (0,78 %) avaient une dermatose bulleuse et ont été inclus dans notre étude. Les enfants étaient répartis en 85 garçons (55,92 %) et 67 filles (44,08 %), le sex-ratio était de 1,27. Les différents de dermatoses bulleuses observées comprenaient les dermatoses bulleuses auto-immunes (11,19 %), les dermatoses bulleuses infectieuses (57,24 %), les toxidermies bulleuses (6,58 %), les dermatoses bulleuses héréditaires (9,87 %), les dermatoses bulleuses immuno-allergiques (11,84 %), les dermatoses bulleuses d'origine nutritionnelle (1,97 %), les dermatoses bulleuses d'origine physique (1,32 %). Les dermatoses bulleuses de l'enfant recensées étaient nombreuses et variées. L'impétigo occupait le premier rang de ces affections.

**Mots-clés :** Dermatoses bulleuses, enfants, dermatologie, Bamako-Mali

## Child's Bullous dermatosis in dermatological department in Bamako (Mali)

### Abstract

The aim of our study was to describe bullous dermatoses of children in Bamako (Mali) in 2015. From January 1<sup>st</sup>, 2015 to December 31, 2015 we published a descriptive cross-sectional study. Of a total of 19250 children in dermatological consultation, 152 children (0.78%) had a bullous dermatitis and included in our study. The children were divided into 85 boys (55.92%) and 67 girls (44.08%), the sex ratio was 1.27. The various bullous dermatoses observed included autoimmune bullous dermatoses (11.19%), infectious bullous dermatoses (57.24%), bullous toxidermias (6.58%), hereditary bullous dermatoses (9.87%) Immune-allergic bullosa dermatoses (11.84%), nutritional bullosa dermatoses (1.97%), physical dermatitis dermatoses (1.32%). Bullous dermatoses of the child were numerous and varied. Impetigo is at the forefront of these conditions.

**Keywords:** bullous dermatosis, child, dermatology, Bamako-Mali.

---

<sup>1</sup> Service de dermatologie, Centre national d'appui à la lutte contre la maladie

<sup>2</sup> Faculté de médecine et d'odontostomatologie

\* Auteur correspondant : email : youssouffofana346@yahoo.fr

## Introduction

Les maladies de peau constituent un problème de santé publique dans les pays en développement. Dans les centres de santé périphériques au Mali, 10 à 30 % des malades consultent en raison d'un problème dermatologique [1] et les enfants constituent une cible préférentielle.

Au Mali, des enquêtes ont montré que 30 % des enfants présentent une ou plusieurs affections dermatologiques [2].

Les pathologies les plus fréquemment rapportées étaient la gale. Les maladies bulleuses sont moins courantes mais représentent des affections particulièrement sévères. Elles peuvent être infectieuses, auto-immunes, médicamenteuses, congénitales, inflammatoires [1].

Certaines sont chroniques et récurrentes et nécessitent un suivi plus rigoureux, d'autres constituent des urgences dermatologiques obligeant à hospitaliser l'enfant pour éviter que le pronostic vital ne soit engagé. Il existe donc des raisons aussi bien scientifiques que politiques pour entreprendre des études sur ce problème.

De nombreuses études épidémiologiques et cliniques ont été réalisées sur les dermatoses bulleuses de l'enfant de façon séquentielle (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Mais aucune n'a étudié l'ensemble des dermatoses bulleuses de l'enfant.

L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des dermatoses bulleuses de l'enfant dans le service de dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie à Bamako (Mali) en 2016.

## I. Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive portant sur les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) à Bamako entre le 1<sup>er</sup> Novembre 2015 et le 31 octobre 2015. Ce service constitue aujourd'hui le plus grand centre de référence dermatologique du pays et compte environ 30 000 consultations par an.

La population d'étude était constituée par les enfants âgés de 0 à 15 ans vus en consultation dermatologique au centre national d'appui à la lutte contre la maladie.

Ont été inclus dans notre étude, les enfants âgés de 0 à 15 ans ayant présenté une dermatose bulleuse (une bulle et ou des lésions érosives ou crouteuses bordées par une collerette épidermique et ou de vastes décollements épidermiques donnant à la peau un aspect de linge mouillé).

Les enfants ne présentant pas de bulle et ou d'érosions et ou de vastes décollements épidermiques étaient exclus.

Les diagnostics retenus étaient essentiellement basés sur l'examen clinique. Nous avons eu recours, dans un petit nombre de cas, à des examens paracliniques (histopathologie cutanée, tests sanguins, examens mycologique et bactériologique).

Un questionnaire était appliqué à chaque cas et les variables recueillies étaient les suivantes : âge, tranche d'âge, sexe, provenance, consanguinité, durée d'évolution, pathologie associée, type de dermatose bulleuse.

L'étude était réalisée en accord avec les exigences de la déclaration d'Helsinki et conformément aux recommandations de bioéthique consignées dans l'annexe C de la norme ISO15189 v. 2007.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epidata 3.1 puis transportées et analysées à l'aide du logiciel Stata 14.

## II. Résultats

Durant la période d'étude, 19250 enfants ont consulté dans le service de dermatologique. Parmi ces enfants, 152 qui avaient une dermatose bulleuse ont été inclus, soit 0,78 % de l'ensemble des dermatoses infantiles.

L'âge des malades variait entre 15 jours et 15 ans et l'âge moyen était de  $4,59 \pm 4,41$ . Les enfants d'âge préscolaire représentaient 70,39 %, les enfants d'âge scolaire représentaient 16,45 % et les adolescents représentaient 13,16 % (tableau I).

**Tableau I.** Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage
0-5 ans	107	70,39
6-10 ans	25	16,45
11-15 ans	20	13,16

Les enfants étaient répartis en 85 garçons (55,92 %) et 67 filles (44,08 %), le sex-ratio était de 1,27.

Cent trente un enfants habitaient la ville de Bamako et environnants (86,18 %) et 21 venaient de l'intérieur du pays (13,82 %).

La durée moyenne d'évolution des dermatoses bulleuses étaient de 96,45 jours avec des extrêmes allant de 1 à 1500 jours.

Dix enfants étaient issus d'un mariage consanguin parmi lesquels 6 cas d'épidermolyse bulleuse congénitale, 2 cas de dermatite à IgA linéaire, 1 cas de dermatite herpétiforme et 1 cas de prurigo bulleux.

Les différents types de dermatoses bulleuses observées comprenaient les dermatoses bulleuses infectieuses (87 cas/57,24 %), les dermatoses bulleuses immuno-allergiques (18 cas/11,84 %), les toxidermies bulleuses (10 cas/6,58 %), les dermatoses bulleuses auto-immunes (17 cas/11,19 %), les dermatoses bulleuses héréditaires (15 cas/9,87 %), les dermatoses bulleuses d'origine nutritionnelle (3 cas/1,97 %), les dermatoses bulleuses d'origine physique (2 cas/1,32 %) (tableau II).

En ce qui concernait les dermatoses bulleuses infectieuses, elles étaient représentées exclusivement par l'impétigo bulleux (figure 1). Les dermatoses bulleuses immuno-allergiques étaient également exclusivement représentées par le prurigo bulleux (18 cas/11,84 %) (tableau II).

Parmi les toxidermies bulleuses, nous avons noté 3 cas de syndrome de Stevens Johnson (1,97 %) et 7 cas d'érythème pigmenté fixe bulleux (4,61 %). La prise de sulfamides antibactériens était retrouvée chez 2 patients atteints de syndrome de Stevens Johnson et 7 atteints d'érythème pigmenté fixe) tandis que la prise de beta-lactamine était à l'origine d'un cas de syndrome de Stevens Johnson (tableau II).



**Figure 1.** Impétigo bulleux chez un enfant de 4 ans

**Tableau II.** Répartition des patients selon les motifs de consultation

<b>Pathologies</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Impétigo bulleux	87	57,24
Prurigo bulleux	18	11,84
Epidermolyse bulleuse héréditaire	15	9,87
Dermatite à IgA linéaire	11	7,24
Erythème pigmenté fixe bulleux	7	4,61
Dermatite herpétique	6	3,95
Syndrome de Stevens Johnson	3	1,97
Acrodermatite enteropathique	3	1,97
Brûlure thermique	2	1,32
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

Dans la catégorie des dermatoses bulleuses auto-immunes, la dermatite à IgA linéaire (figure 2) représentait 7,24 % et la dermatite herpétiforme représentait 3,95 % (tableau II).

Les dermatoses bulleuses héréditaires représentées par l'épidermolyse bulleuse congénitale (15 cas/9,87 %) étaient observées chez les enfants d'âge préscolaire (0-5 ans) (tableau II).

Les dermatoses bulleuses d'origine nutritionnelle étaient représentées par l'acrodermatite entéro-pathique (3 cas/1,97 %) constatée chez les enfants d'âge préscolaire (tableau I).

Les dermatoses bulleuses d'origine physique étaient représentées par la brûlure thermique (2 cas/1,32 %) (tableau I).



**Figure 2.** Ermatite à IgA linéaire chez un enfant de 8 ans

### **III. Discussion**

Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiocliniques des dermatoses bulleuses de l'enfant en milieu dermatologique à Bamako. Le service de dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie de Bamako constitue aujourd'hui le plus grand service clinique de dermatologie au Mali.

Cette étude a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et cliniques des dermatoses bulleuses de l'enfant dans notre contexte de travail.

Les malades venant hors du district de Bamako et environnants étaient moins nombreux. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, l'équipe de Dermatologie du CNAM, à travers un projet Pilote, a formé plus de 2 500 agents de Santé à la prise en charge des Maladies de peau courantes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti de 2001 à 2012. Mais également par l'affectation dans certaines régions du pays de dermatologues et la mise en place de la télé-dermatologie en 2015 pour compenser le manque cruel de dermatologues à l'intérieur du pays.

Dans notre étude, l'impétigo représentait la première dermatose bulleuse de l'enfant. Son importance sous les tropiques était rapportée par plusieurs études africaines [3, 9,10]. Même s'il est bien établi qu'un climat chaud, surtout humide, peut favoriser la survenue des pyodermites [4], la fréquence élevée dont il est fait état résulte avant tout, du sous-développement et de ses conséquences. L'hygiène, individuelle et collective [4], constitue un facteur de risque bien établi des pyodermites (impétigo) ; l'accès à l'eau, plus quantitatif que qualitatif, pourrait être ici prépondérant [4].

La contagiosité de cette dermatose conduit souvent à son extension par auto-inoculation manuportée (visage, zones découvertes) ou par macération locale (sous la zone des couches chez le nourrisson) et parfois à de petites épidémies en particulier chez l'enfant en collectivité (crèches, écoles) par hétéro-inoculation [11].

Le prurigo bulleux occupait le deuxième rang des dermatoses bulleuses après l'impétigo bulleux. C'est une dermatose allergique due à des piqûres d'insecte (moustiques, puces, punaises), sur les zones exposées du corps de sujets hypersensibles. Sa présence dans nos régions pourrait être liée aux conditions socio-économiques et environnementales favorisant le développement des insectes piqueurs, en particulier les moustiques. Cependant, le traitement de fond du prurigo strophulus est préventif incluant la protection vestimentaire et/ou l'application sur peau exposée des topiques répulsifs contre les insectes.

Dans notre série, les toxidermies bulleuses de l'enfant représentaient 6,58 % de l'ensemble des dermatoses bulleuses de l'enfant et 0,52 % de l'ensemble des dermatoses infantiles.

Ce syndrome demeure donc rare conformément aux données de la littérature [5].

Le type clinique le plus grave au cours de notre étude, était le syndrome de Stevens Johnson. Il met en jeu le pronostic vital et impose une hospitalisation d'urgence. Les médicaments incriminés doivent être interrompus.

Les principales étiologies médicamenteuses observées chez nos patients étaient superposables à celles qui sont signalées dans la plupart des études à travers le monde : il y a une prédominance nette des sulfamides anti infectieux [6, 7]. Cela s'explique par le fait que ce médicament est facilement accessible, peu coûteux et très prisé par la majorité de la population qui a un faible pouvoir d'achat.

Dans notre série, la dermatite à IgA linéaire était la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente, rejoignant ainsi les résultats d'une série tunisienne [8]. C'est une affection rare, constituant toutefois l'une des dermatoses bulleuses auto-immunes sous épidermiques les plus fréquentes chez l'enfant.

Parmi les génodermatoses bulleuses, l'épidermolyse bulleuse héréditaire était la principale affection retrouvée. Sa présence dans notre contexte pourrait s'expliquer par les conditions sociologiques qui favorisent le mariage consanguin. Dans notre série, les patients issus d'un mariage consanguin représentaient 6,58 %.

Notre étude s'est basée uniquement sur les enfants ayant consulté au CNAM, ce qui n'est pas représentatif de la population infantile du Mali. Pour faute de ressources, les diagnostics étaient basés sur la clinique dans la majorité des cas, ce qui pourrait être à l'origine d'un biais de recrutement. Malgré les limites, les éventuels problèmes méthodologiques rencontrés ne remettent pas en cause la validité des résultats.

## Conclusion

Les dermatoses bulleuses de l'enfant recensées étaient nombreuses et variées. L'impétigo occupait le premier rang de ces affections. Une amélioration des conditions socio-économiques et de la couverture sanitaire des populations est nécessaire pour réduire la prévalence de cette infection cutanée.

## Références bibliographiques

1. MAHE A., PRUAL A., KONATI M., BOBIN S. Skin diseases of children in Mali : a public health problem. Transactions de la Société royale de médecine tropicale et d'hygiène. 1995; 89:467-70.
2. MAHE A., KEITA S., FAYE O. *et al.* Manuel de prise en charge des maladies de peau courante au Mali. 2004 ; p25.
3. TCHANGAÏ-WALLA K., PITCHÉ P., AGBÉRÉ A., BAKONDÉ B. Les motifs de consultations des enfants en dermatologie à Lomé (Togo). Med Afr Noire. 1995 ; 42:391-2.
4. MAHÉ A., FAYE O., FANELLO S. Dermatologie et santé publique dans les pays en voie de développement. Bull Soc Pathol Exot. 2003 ; 96(5) :351-6.
5. KOUROUMA H. S., KOUASSI Y. I., DIABATÉ A., SANGARÉ A., ECRA E. J., KALOGA M., *et al.* Profil épidémio-clinique des toxidermies bulleuses chez l'enfant à Abidjan (Côte d'Ivoire). Bull Soc Pathol Exot. 2014; 107(3):142-5.
6. SAKA B., BARRO-TRAORÉ F., ATADOKPÉDÉ F.A., *et al.* Stevens- Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in sub-Saharan Africa: a multicentric study in four countries. Int J Dermatol. 2013; 52 (2):575-9.
7. KHALED A., KHARFI M., BEN HAMIDA M., *et al.* Cutaneous adverse drug reactions in children. A series of 90 cases. Tunis Méd. 2012; 90(1):45-50.
8. NESRINE KENANI, AMEL MEBAZAA, MOHAMED DENGUEZLI, NAJET GHARIANI, BADREDDINE SRIHA, COLANDANE BELAJOUZA, RAFIA NOUIRA. Childhood Linear IgA Bullous Dermatitis in Tunisia. Pediatric Dermatology. 2009; 26 (1): 28-33
9. BOBIN P. Dermatologie africaine (Afrique de l'Ouest). Objectif Peau. 1996 ; 4:241-4.
10. PIERARD G. E., CAUMES E., FRANCIMONT C., ESTRADA J. A. Dermatologie Tropicale, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles. 1993 ; p 605.
11. PIETTE F., DELAPORTE E. Infections cutanées bactériennes: impétigo (étiologie, diagnostic, évolution, traitement). Rev Prat. 1993 ; 43(6):748-750.