



## LES MOTIFS D'HOSPITALISATION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS A BAMAKO.

Y Fofana<sup>1</sup>, A Dicko<sup>1, 2</sup>, K Tall<sup>1</sup>, S Touré<sup>2</sup>, L Kéita<sup>2</sup>, AM Dicko<sup>2</sup>, B Traoré<sup>1</sup>, L Cissé<sup>2</sup>, S Berthé<sup>1,2</sup>, Y Karabinta<sup>2</sup>, M Gassama<sup>2</sup>, B Guindo<sup>1</sup>, A Kéita<sup>1</sup>, O Faye<sup>1,2</sup>

1. Centre national d'appui à la lutte contre la maladie

2. Faculté de médecine et d'odontostomatologie

**Auteur correspondant :** Adama A DICKO adadicko66@yahoo.fr, (CNAM)Ex institut Marchoux,  
Tel : (+223) 75368703 BP : 251, Bamako-Mali

### RESUME

**Introduction :** Les maladies de peau constituent un motif fréquent de visite dans les centres de santé au Mali où elles représentent 10% des consultations. Le but de ce travail était de décrire les motifs d'hospitalisation chez les enfants de moins de 16 ans à Bamako.

**Matériel et méthodes :** Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 Décembre 2014, nous avons mené une étude transversale dans le service dermatologie du CNAM. Les patients âgés de moins de 16 ans hospitalisés ont été inclus et les dossiers correspondant ont été revus.

**Résultats :** Au total sur 398 patients hospitalisés durant la période d'étude, 69 enfants de moins de 16 ans ont été recensés, soit une proportion de 17,34%. Parmi ces enfants hospitalisés, seuls 50 dont les dossiers étaient complets ont été inclus. L'âge des malades variait entre 1 et 15 ans avec une moyenne d'âge de 11,9±0,58 ans. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient les dermatoses infectieuses (29 cas/58%), les toxidermies (7 cas/14%), les dermatoses bulleuses auto-immunes (5 cas/10%), l'eczéma érythrodermique (2 cas/4%), les ulcères drépanocytaires (3 cas/6%), la dermatomyosite (3 cas/6%), l'épidermolyse bulleuse congénitale (1 cas/2%) et l'ecthyma gangreneux (1 cas/2%). Nous avons enregistré 3 cas de décès suite à une dermatomyosite sévère, d'une fasciite nécrosante et d'un syndrome de Lyell.

**Conclusion :** Cette étude a montré la fréquence élevée des dermatoses bactériennes dominées par les dermo-hypodermes. Elle nous a également permis de confirmer l'effet aggravant des AINS et des médicaments de la pharmacopée traditionnelle sur les dermo-hypodermes.

**Mots-clés :** Enfants-dermatoses-hospitalisation-Bamako-Mali.

### Summary

**Introduction:** Skin diseases are a common reason for visits to health centers in Mali, where they represent 10% of consultations. The purpose of this work was to describe the reasons for hospitalization in children under 16 in Bamako.

**Materials and methods:** From 1 January 2010 to 31 December 2014, we carried out a cross-sectional study in the dermatology department of the CNAM. Patients under 16 years of age hospitalized were included and the corresponding records were reviewed.

**Results:** A total of 398 patients hospitalized during the study period, 69 children under 16 years of age were enumerated, a proportion of 17,34%. Of these children hospitalized, only 50 whose records were complete were included. The age of patients varied between 1 and 15 years with an average age of 11,9 ± 0,58 years. The main reasons for hospitalization were infectious dermatoses (29 cases / 58%), toxidermia (7 cases / 14%), autoimmune bullous dermatosis (5 cases / 10%), erythrodermic eczema 4%), sickle cell ulcers (3 cases / 6%), dermatomyositis (3 cases / 6%), congenital epidermolysis bullosa (1 case / 2%) and gangrenous ecthyma (1 case / 2%). We recorded 3 cases of death following severe dermatomyositis, necrotizing fasciitis and Lyell syndrome.

**Conclusion:** This study has raised the high frequency of bacterial dermatoses dominated by dermo-hypodermes. It also allowed us to confirm the aggravating effect of NSAIDs and drugs of the traditional pharmacopoeia on dermo-hypodermes.

**Keywords:** Children-dermatoses-hospitalization-Bamako-Mali.

### INTRODUCTION

Les dermatoses sont un problème majeur de santé publique dans les pays tropicaux notamment au Mali où elles représentent 10% des consultations [1]. En pratique courante les enfants représentent la couche sociale la plus touchée et environ 30% présentent une ou plusieurs dermatoses courantes [2]. Si la majorité de ces affections cutanées sont

bénignes, cependant certaines comme les dermo-hypodermes bactériennes aiguës peuvent très rapidement engager le pronostic fonctionnel (formes nécrosantes) et vital par les complications générales (sepsis, syndrome de choc septique) si une décision d'hospitalisation n'est pas prise. Leur prise en charge est rendue difficile par l'inaccessibilité aux soins, le nombre peu élevé de

dermatologues et la pauvreté de la littérature en matière de la dermatologie tropicale. On dispose de nombreuses données sur la prévalence et les motifs de consultation dermatologique chez les enfants de moins de 16 ans en Afrique. Mais en ce qui concerne les motifs d'hospitalisation dans cette classe d'âge, peu d'études ont été réalisées en Afrique au sud du Sahara. Dans ces conditions, une meilleure connaissance des tableaux cliniques peut permettre d'anticiper la prise en charge lors des consultations de routine.

Le but de ce travail était de décrire les motifs d'hospitalisation chez les enfants de moins de 16 dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako au Mali.

### PATIENTS ET METHODES

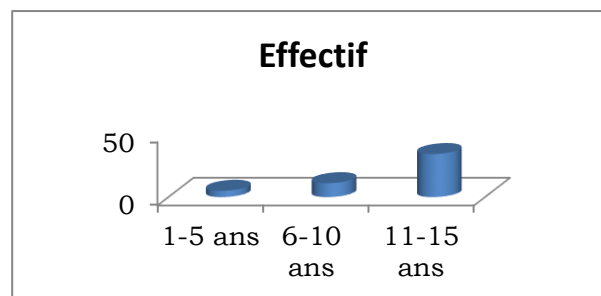
Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2014, nous avons mené une étude transversale chez tous les enfants de moins de 16 ans hospitalisés dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie. Ce service représente le plus grand centre de référence dermatologique du pays et compte environ 30000 consultations par an. Ont été inclus dans cette étude, les enfants de moins de 16 ans hospitalisés pour une affection de peau quelle que soit l'étiologie. Les dossiers médicaux correspondants ont été revus.

Les diagnostics retenus étaient basés sur des arguments cliniques complétés par des examens biologiques et ou histologiques. Un questionnaire de recueil de données a été appliqué à chaque cas. Les données suivantes ont été recueillies : l'âge, le sexe, la provenance, l'année d'hospitalisation, le nombre de jours d'hospitalisation, le traitement antérieur, la nature de la pathologie, l'évolution de la pathologie, les examens biologiques et histologiques. Les données ont été saisies sur le logiciel Epidata 3.1 puis exportées et analysées sur le Stata 14.

### RESULTATS

Sur 398 patients hospitalisés durant la période d'étude, 69 enfants de moins de 16 ans ont été recensés et 50 dont les dossiers étaient complets ont été inclus, soit une fréquence des dermatoses infantiles de 17,34% (69/398). Les 19 enfants qui n'ont pas été inclus avaient des dossiers incomplets. La moyenne d'âge était de  $11,9 \pm 0,58$  ans avec des extrêmes de 1 et 15ans. Il y avait 18 garçons (36%) et 32 filles (64%) et la sex-ratio était de 0,56. La tranche

d'âge 11 à 15 ans était la plus représentée avec 34 enfants (68%), suivie de la tranche d'âge de 6 à 10 ans qui comptait 11 enfants (22%) et enfin celle de 1 à 5 ans, 5 enfants (10%) **Figure 1**.



**Figure 1** : Répartition des patients en fonction des classes d'âge.

Vingt-huit patients résidaient en zone rurale (56%) et 22 malades résidaient en milieu urbain (44%). Les principaux motifs d'hospitalisation étaient les dermatoses infectieuses (29 cas/58%) qui incluaient les dermo-hypodermites avec 21 cas de fasciite nécrosante (42%) et 5 cas d'érysipèle (10%). Parmi les cas de dermo-hypodermite 8 avaient reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens et tous ont utilisé des médicaments de la pharmacopée africaine traditionnelle c'est-à-dire l'application de cataplasmes et de décoctions avant leur admission. Les autres dermatoses infectieuses sont représentées par un cas de myosite suppurée, 1 cas d'ostéomyélite et un cas de mycétome (**Tableau I**).

Les toxidermies bulleuses représentaient 14% des motifs d'hospitalisation et incluaient le syndrome de Lyell (3 cas/6%) et le syndrome de Stevens Johnson (4 cas/8%). Les médicaments en cause ou fortement suspectés dans les toxidermies étaient les sulfamides anti-infectieux (2 cas de syndrome de Stevens Johnson et 2 cas de syndrome de Lyell), les médicaments antirétroviraux (ARV) (2 cas de syndrome de Stevens Johnson) et l'AINS (1 de syndrome de Lyell). Les autres causes d'hospitalisation étaient les dermatoses bulleuses auto-immunes (5 cas/10%), l'eczéma érythrodermique (2 cas/4%), les ulcères drépanocytaires (3 cas/6%), la dermatomyosite (3 cas/6%), l'épidermolyse bulleuse congénitale (1 cas/2%) et 1 ecthyma gangreneux (1 cas/2%).

La sérologie VIH était positive chez 3 de nos malades atteints de dermatomyosite, de fasciite nécrosante et de syndrome de Lyell. Vingt-et-un patients ont été guéris, 24 étaient

en rémission partielle avec régression des lésions et sortis sous traitement, 2 cas de fasciite nécrosante ont été référés en chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel Touré pour subir une nécrosectomie. Nous avons enregistré 3 cas de décès chez un patient souffrant de dermatomyosite, d'une fasciite nécrosante et d'un syndrome de Lyell.

**Tableau 1 :** Répartition des patients en fonction des motifs d'hospitalisation.

Pathologies	Effectifs	Pourcentage (%)
Fasciites nécrosantes	21	42
Erysipèles	5	10
Syndrome de Stevens Johnson	5	10
Ulcères drépanocytaires	3	6
Dermatomyosite	3	6
Syndrome de Lyell	2	4
Eczéma erythrodermique	2	4
Dermatite à IgA linéaire	2	4
Dermatite herpétiforme	2	4
Myosite suppurée	1	2
Ostéomyélite	1	2
Mycétome	1	2
Epidermolyse bulleuse congénitale	1	2
Ecthyma gangreneux	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation était de  $89 \pm 115,752$  jours pour l'ensemble des malades avec des extrêmes allant de 17 à 311 jours. Elle était de 108 jours pour les fasciites nécrosantes, 22 jours pour les érysipèles, 311 jours pour les ulcères drépanocytaires, 17 jours pour les toxidermies bulleuses, 92 jours pour la dermatomyosite, 49 jours pour les dermatoses bulleuses auto-immunes, 125 jours pour le mycétome, 80 jours pour l'eczéma érythrodermique.

## DISCUSSION

Le but de ce travail était de décrire les motifs d'hospitalisation chez les enfants de moins de 16 ans dans le service de dermatologie du CNAM. Ce service constitue aujourd'hui le plus grand service clinique de dermatologie à Bamako (Mali). Nos résultats constituent une avancée sur les conditions d'hospitalisation

des enfants en milieu dermatologique dans un contexte de pays à ressources limitées. Tous les diagnostics ont été validés par des dermatologues sur la base d'arguments cliniques, biologiques et ou histologiques. Les enfants représentaient 17,34% des malades hospitalisés.

Un taux de 3,5% inférieurs à notre résultat a été rapporté dans les services de dermatologie de trois CHU (Amiens, Lille et Rouen) [3]. Les différences seraient probablement liées à l'environnement chaud en zone tropicale, avec les macérations, le manque d'hygiène et le bas niveau de vie par rapport à ces pays industrialisés [4]. En Afrique, le climat chaud et humide est plus propice aux infections qui ont dominé nos motifs d'hospitalisation. La majorité des enfants étaient des adolescents et l'âge moyen était de  $11,9 \pm 0,58$ . Des résultats similaires ont été observés à Lomé où l'âge moyen des malades était de  $14,6 \pm 3,3$  ans [5]. Le nombre réduit des enfants âgés de 1 à 10 ans peut être lié au fait que cette classe d'âge consulte préférentiellement en pédiatrie. Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par les infections cutanées.

Chez la majorité des dermo-hypodermes de notre série, était retrouvée la notion de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). L'effet aggravant des AINS sur les dermo-hypodermes est déjà connu [6, 7, 8]. Ils pourraient avoir une action néfaste ou masquer les signes inflammatoires et retarder la prescription d'antibiotique. Quant aux médicaments traditionnels, ils peuvent entraîner une surinfection et une macération sur les dermo-hypodermes. Les toxidermies bulleuses bien que rares, doivent être reconnues car elles mettent en jeu le pronostic vital et imposent l'arrêt immédiat du (des) médicament(s) suspect(s) et l'hospitalisation en urgence.

Dans notre série, le type clinique le plus fréquent était le syndrome de Stevens Johnson, comme c'est le cas chez les adultes et dans la littérature [9, 10,11]. Les principales étiologies médicamenteuses observées chez nos patients sont 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 [11, 12,13, 14]. 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. La dermatomyosite représentait 4% des motifs d'hospitalisation. Elle est rare chez l'enfant,

mais ne doit pas être méconnue. Sa découverte nécessite un traitement et un suivi adéquat et prolongé, à bien expliquer à la famille.

Au cours de l'évolution, nous avons noté 3 décès liés à la dermatomyosite, à la fasciite nécrosante et au syndrome de Lyell tous survenus sur terrain immunodéprimé par le VIH. En dehors de la gravité habituelle de ces affections, notre étude suggère que l'infection par le VIH pourrait constituer un facteur de mauvais pronostic. Ces affections, déjà graves, surviennent en plus sur des terrains fragilisés par l'immunodépression et les infections opportunistes.

La durée moyenne d'hospitalisation variait. La plus courte était de 17 jours pour les toxidermies contrairement aux ulcères drépanocytaires et à la fasciite nécrosante responsables des hospitalisations prolongées. Cette durée longue pour les ulcères drépanocytaires s'explique par l'existence d'une anémie hémolytique chronique et une hyperviscosité sanguine [15] et pour la fasciite nécrosante, elle pourrait être liée à la dénutrition et la profondeur des lésions cutanées.

#### **CONCLUSION**

Plusieurs pathologies cutanées ont été rencontrées en hospitalisation chez les enfants mais avec une fréquence élevée des dermatoses bactériennes dominées par les dermo-hypodermites. Cette étude nous a également permis de confirmer l'effet aggravant des AINS et des médicaments de la pharmacopée traditionnelle sur les dermo-hypodermites. Les décès non exceptionnels sont causés par la dermatomyosite, le syndrome de Lyell et la fasciite nécrosante.

#### **REFERENCES**

1. Mahe A, Keita S, Faye O et al. Manuel de prise en charge des maladies de peau courante au Mali. 2004 ; P25.
2. Mahe A, Prual A, Konati M, Bobin S. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg.* 1995; 89:467-70.

3. Lambert A, Delaporte E, Lok C et al. Activité de consultation de trois services de dermatologie hospitalo-universitaires français. *Ann Dermatol Venereol.* 2006; 133: 657-62.
4. H Balde, A Camara Dabo, TM Tounkara, et alB Diané. Les infections cutanées bactériennes aux urgences pédiatriques. *Ann Dermatol Venereol.* 2012; 139: p B159.
5. Saka B, Djadou K E, Kombaté K, Guedenon J, Tchangai-Walla K, Pitché P. Motifs d'hospitalisation des enfants en dermatologie à Lomé, Togo, de 1992 à 2011. *Ann Dermatol Venereol.* 2012; 139(12S): page B137.
6. Lazzarini L, Conti E, Tositti G, De Lalla F. Erysipelas and cellulitis: Clinical and microbiological spectrum in an Italian tertiary care hospital. *J Infect.* 2005; 51(5): 383-9.
7. Jaussaud R, Kaeppler E, Strady C et al. Existe-t-il une place pour les AINS/corticoïdes dans la prise en charge de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol.* 2001; 128: 348-351.
8. Musette P, Benichou J, Noblesse I, et al. Determinants of severity for superficial cellulitis (erysipelas) of the leg: a retrospective study. *Eur J Intern Med.* 2004; 15(7): 446-450.
9. Barbaud A. Toxidermies immuno-allergiques chez l'immunocompétent. *Encyclopédie médico-chirurgicale.* 2004 ; 98-478-A-10:1-7.
10. Barbaud A. Prise en charge globale des toxidermies. *Ann Dermatol Vénérol.* 2007; 134(4 Pt 1):391-401.
11. Kourouma HS, Kouassi YI, Diabaté A, Sangaré A, Ecra EJ, Kaloga M, et al. Profil épidémiologique des toxidermies bulleuses chez l'enfant à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Bull Soc Pathol exot.* 2014; 107(3): 142-5.
12. Pitche P, Ategbo S, Gbadoe A, et al. Toxidermies bulleuses et infection à VIH en milieu hospitalier à Lomé, Togo. *Bull Soc Pathol Exot.* 1997; 90(3): 186-8.
13. Saka B, Barro-Traoré F, Atadokpédé FA, 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.
14. 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.
15. De Montalembert M. Échanges érythrocytaires chez les patients drépanocytaires. *Hématologie.* 2007; 13 (4): 243-9.