

Les principales pathologies dermatologiques vues à Toamasina (Madagascar)

The main skin diseases seen in Toamasina (Madagascar)

I.M. Ranaivo (1)*, F.A. Sendrasoa (2), H.N. Rakotomalala (1), M. Sata (1), M.A.A. Herinantenaina (1), D.S. Ralandison (1), F. Rapelanoro Rabenja (2), L.S. Ramarozatovo (2)

(1) Service de Rhumatologie - Dermatologie CHU Morafeno, Toamasina

(2) Service de Dermatologie CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo

Résumé

Introduction. Les dermatoses sont devenues un problème majeur de santé publique dans les pays tropicaux. Peu de données épidémiologiques rapportent ces pathologies notamment dans la côte Est de Madagascar. Ainsi, l'objectif de notre étude était de décrire l'aspect épidémioclinique des pathologies dermatologiques vues au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Morafeno Toamasina.

Méthode et patients. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 2 ans allant de janvier 2017 au décembre 2018 chez les patients vus au service de Dermatologie du CHU Morafeno Toamasina présentant des problèmes dermatologiques.

Résultats. Durant la période étudiée, 1085 patients ont été retenus avec un sex-ratio de 0,73. L'âge moyen était de 30,9 ans (extrême de 4 jours à 89 ans). Par ordre de fréquence, les dermatoses infectieuses occupaient la première place avec 39,17% des cas : dominées par les atteintes mycosiques, suivies par les dermatoses autonomes (23,96%) et les dermatoses allergiques (20,09%). Les autres groupes de pathologies dermatologiques en faible proportion étaient les dermatoses tumorales (6,27%), les dermatoses congénitales (3,32%), les maladies auto-immunes (2,76%), les toxidermies (1,38%), les dermatoses de surcharges (0,37%).

Conclusion. Les affections cutanées sont encore négligées dans la ville de Toamasina. La connaissance de leur profil épidémiologique dans la région Antsinanana contribue à l'amélioration de la prise en charges des pathologies dermatologiques à Madagascar.

Mots-clés : dermatoses, épidémiologie, clinique, Toamasina, Madagascar

Abstract

Introduction. Dermatoses become a major public health problem in tropical countries. Few epidemiological data reflect these diseases, especially on the east coast of Madagascar. The aim of our study was therefore to describe the epidemiological, clinical aspect of skin diseases seen at the University Hospital Center (CHU) of Morafeno Toamasina.

Patients and methods. We conducted a retrospective study during 2 years in patients seen in the department of Dermatology at University Hospital Morafeno Toamasina with skin diseases.

Results. During the study period, 1085 patients were included with a sex-ratio of 0.73. The mean age was 30.9 years (range 4 days to 89 years). In order of frequency, infectious dermatoses ranked first with 39.17% of cases dominated by fungal infections, followed by autonomous dermatoses (23.96%) and allergic dermatoses (20.09%). The other groups of dermatological pathologies in small proportion were tumor dermatoses (6.27%), congenital dermatoses (3.32%), autoimmune diseases (2.76%), toxidermia (1.38%) and overload dermatoses (0.37%).

Conclusion. Skin conditions are still neglected in Toamasina. Knowledge of their epidemiological profile in the Antsinanana region contributes to improving the management of dermatological pathologies in Madagascar.

Key words: Dermatoses, epidemio-clinical aspect, Toamasina

Introduction

Les dermatoses représentent un motif très fréquent de consultation médicale et constituent à ce titre un problème de santé publique aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés comme la France [1,2]. A Madagascar, peu de données épidémiologiques rapportent ces affections. A Antananarivo, la prévalence des dermatoses était do-

minée par les affections cutanées d'origine infectieuse estimée à 30% [3]. A notre connaissance, il n'y a pas eu d'études concernant les affections cutanées à Toamasina ni sur la côte Est de Madagascar ; c'est la raison de cette étude. De ce fait, notre objectif est d'établir un profil épidémioclinique des principales pathologies dermatologiques vues à l'Unité de Soins, de Formations et de Recherche (USFR) de Dermatologie et Vénérologie au Centre Hospitalier Universitaire de Morafeno Toamasina.

* Auteur correspondant: I.M. Ranaivo (irinaamami@yahoo.fr)

Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective et descriptive s'étalant sur une période de 24 mois allant de janvier 2017 à décembre 2018 réalisée au sein de l'USFR en Dermatologie du CHU Morafeno Toamasina. Ont été inclus tous les patients sans distinction d'âge, ni de genre, ni d'origine géographique venus en consultation ou en hospitalisation présentant des pathologies à expressions cutanées. Tous dossiers incomplets ont été exclus de notre étude. Les données ont été collectées sur des fiches de consultations et dossiers d'hospitalisations puis transcrites sur le logiciel EXCEL (Microsoft®). Toutes les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant Stata/ IC 14.0 pour Windows (TX: StataCorp LP). Les variables étudiées étaient les données démographiques, cliniques particulièrement le délai diagnostique ou la durée entre le début des signes et les consultations. Par souci de confidentialité, le nom des patients n'est pas dévoilé dans l'étude et chaque malade a été identifié par un numéro pour le respect de l'anonymat.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons recensé 1127 patients ayant des pathologies à expression cutanée dont 1085 ont été retenus. L'âge moyen était de 30,9 ans \pm 0,61 avec des extrêmes variant de 4 jours à 89 ans. Le genre féminin prédominait avec 626 cas soit 57,7% contre 459 patients du genre masculin. Le sex-ratio était de 0,73. Beaucoup de nos patients venaient de la région Atsinanana (89,4%), de la région Analanjirofo (7,1%), de la région Alaotra Mangoro (0,37%) et de la région Analamanga (1,75%). Le délai moyen d'évolution des pathologies était de 30,30 (\pm 49,96) mois. Les principales dermatoses identifiées étaient les dermatoses infectieuses (39,17%), les dermatoses autonomes (23,96%), les dermatoses allergiques (20,09%), les dermatoses tumorales (6,27%), les génodermatoses ou les dermatoses congénitales (3,32%), les maladies auto-immunes (2,76%), les toxidermies (1,38%), et les dermatoses de surcharge (0,37%) (Tableau 1).

Les dermatoses infectieuses étaient dominées par les mycoses cutanées (20,82%) constituées surtout par le *Ptyriasis versicolor* et la dermatophytie respectivement 7,64% et 5,25%. Il n'y avait que 9 cas de mycoses cutanées profondes. Les dermatoses parasitaires étaient présentes chez 7,46% des patients dont la scabiose à 6,63%. Les infections virales étaient retrouvées chez 6,35%. Quant aux dermatoses bactériennes (4,51%), elles incluaient l'érysipèle (1,47%), la furonculose

(1,29%) et l'impétigo 1,19%. Il y avait 5 cas d'infections par mycobactéries dont 2 cas de tuberculose cutanée et 3 cas de lèpre (Tableau 2).

Tableau 1. Répartition des patients selon les groupes de dermatoses

Dermatoses	Effectif (n=1087)	Pourcentage (%)
Dermatoses infectieuses	425	39,17
Dermatoses autonomes	260	23,9
Dermatoses allergiques	218	20,09
Dermatoses tumorales	68	06,27
Dermatoses congénitales	36	3,32
Maladies auto-immunes	30	2,76
Toxidermies	15	1,38
Dermatoses de surcharge	04	0,37
Autres	29	2,68

Les dermatoses autonomes étaient représentées surtout par le vitiligo (6,72%) suivi par l'acné (5,52%) et le psoriasis (4,79%). L'eczéma (9,67%) représentait la majorité des dermatoses allergiques. Nous avons noté 68 cas de tumeurs dont les plus fréquentes étaient les tumeurs bénignes représentées principalement par les chéloïdes (38,32% des tumeurs cutanées). Les tumeurs malignes étaient représentées par 2 cas de sarcome de Kaposi, 2 cas de mélanome malin de type acral, 3 cas de carcinome baso-cellulaire et un cas de carcinome épidermoïde.

Les dermatoses congénitales ou génodermatoses comprenaient essentiellement les naevi (0,82%), les hémangiomes tubéreux (0,64%) et la neurofibromatose (0,46%) (Tableau 3).

Les maladies auto-immunes étaient représentées par le lupus érythémateux (1,29%), les dermatoses bulleuses auto-immunes (0,82%) et la sclérodermie (0,36%). Il y avait 15 cas de toxidermies : l'érythème pigmenté fixe (3 cas), l'exanthème maculo-papuleux (3 cas) et le syndrome de Lyell (3 cas) et 1 cas de syndrome d'hypersensibilité. Enfin, il y avait 4 cas de dermatoses de surcharge.

Discussion

Nos résultats ont permis d'avoir une vue des principales dermatoses courantes rencontrées sur la côte Est de Madagascar. Le profil de nos patients était superposable au profil des patients de l'étude à Antana-

Tableau 2. Répartition des patients selon les dermatoses infectieuses

Dermatoses infectieuses	Pathologies	Effectif (n = 1085)	Pourcentage (%)
Dermatoses mycosiques (n=181)	Pityriasis versicolor	83	7,64
	Dermatophytie	57	5,25
	Teigne	11	1,01
	Dermite séborrhéique	10	0,92
	Candidose cutanée	04	0,36
	Onychomycose	07	0,64
	Sporotrichose	01	0,09
	Chromomycose	08	0,73
Dermatoses parasitaires (n=81)	Scabiose	72	6,63
	Larva migrans	09	0,82
Dermatoses virales (n=69)	Molluscum contagiosum	18	1,65
	Verrues	10	0,92
	Condylome	13	1,19
	Varicelle	01	0,09
	Zona	12	1,10
	Herpes	12	1,10
	Rougeole	03	0,27
	Erysipèle	16	1,47
Dermatoses bactériennes (n=49)	Furonculoses	14	1,29
	Impétigo	13	1,19
	Abcès	01	0,09
	Tuberculose cutanée	02	0,18
	Lèpre	03	0,27

narivo et des différentes études dans la littérature avec un âge moyen jeune ainsi que la prédominance féminine des patients [1,3]. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes se préoccupent plus sur les symptômes cutanés et quelques maladies sont fréquentes chez la femme.

Concernant l'âge, nos patients sont généralement jeunes avec une moyenne d'âge de 30,9 ans \pm 0,61. Les deux extrêmes d'âge étaient de 4 jours à 89 ans. La population Malagasy est relativement jeune ; certaines pathologies se voient plus chez les sujets jeunes comme l'acné, le vitiligo et le lupus érythémateux [4-6].

La durée moyenne d'évolution des maladies était de 30,30 mois. Celle-ci pourrait s'expliquer par l'ouverture récente du service de Dermatologie du CHU Morafeno Toamasina (2016). La faible accessibilité (de causes économique et géographique) aux services de soins par les malades, le recours aux traitements traditionnels ou à l'automédication retardaient les consultations spécialisées [7].

Nous avons noté la prédominance des dermatoses infectieuses suivies par les dermatoses autonomes et les dermatoses allergiques. Les dermatoses infectieuses étaient aussi observées en première position dans les études à Antananarivo, à Dakar et à Yaoundé

chez des prisonniers [3,8,9]. Les dermatoses infectieuses devançant les autres groupes d'affections cutanées du fait du climat tropical chaud humide de la côte Est de Madagascar.

Ces dermatoses infectieuses étaient dominées par les mycoses cutanées (20,82%). Les mycoses cutanées affectent plus de 20 à 25% de la population mondiale et les infections fongiques sont parmi les dermatoses les plus fréquemment diagnostiquées en Afrique [10,11]. Notre étude n'avait révélé que 9 cas de mycoses profondes alors que les mycoses cutanées profondes comme les chromoblastomycoses et sporotrichoses sont fréquentes à Madagascar (un pays tropical). Deux foyers sont identifiés dans le pays selon le climat, l'agent *Fonsecae pedrosoii* trouvé à l'Est et au Nord et l'agent *Cladosporium carionii* au Sud de l'île. La sporotrichose due au *Sporothrix schenckii* se trouvait plus au Sud pour la côte Est [12,13]. L'éloignement géographique et les moyens limités des patients de la brousse bloquent le dépistage et le traitement en ville. Pour la scabiose (6,63%), c'est une ectoparasitose en recrudescence dans le monde avec une prévalence variable selon les pays allant de 0,2% à 71,4% [14].

En deuxième place, il y avait les dermatoses autonomes. Dans notre série, le vitiligo était majoritaire avec 6,72% (73 cas), suivi par l'acné avec 5,52% (60

Tableau 3. Répartition des patients selon les dermatoses non infectieuses

Dermatoses	Pathologies	Effectif (n = 1085)	Pourcentage (%)
Dermatoses autonomes (n=260)	Vitiligo	73	6,72
	Acné	60	5,52
	Psoriasis	52	4,79
	Mélasma	28	2,58
	Pelade	15	1,38
	Lichen	10	0,92
	Acné chéloïdienne de la nuque	06	0,55
Dermatoses allergiques (n=218)	Eczéma	105	9,67
	Dermatite atopique	55	5,06
	Prurigo	34	3,13
	Urticaire	15	1,38
	Autres	09	0,82
Dermatoses tumorales (n=68)	Tumeurs bénignes	60	5,52
	Tumeurs malignes	08	0,73
Dermatoses congénitales (n=36)	Naevus	09	0,82
	Hémangiome tubéreux	07	0,64
	Neurofibromatose	05	0,46
	Ichtyoses congénitales	04	0,36
	Pityriasis rubra pilaire	04	0,36
	Hamartome	03	0,27
	Sclérose tubéreuse de Bourneville	01	0,09
	Autres	03	0,27

cas) et du psoriasis avec 4,79% (52 cas). A Antananarivo, la fréquence de vitiligo est de 3,6% [15]. Nos résultats diffèrent également de l'étude de Kumar *et al* en Inde, où la prévalence du vitiligo est de 9,98% malgré les similitudes retrouvées sur la prédominance féminine et l'âge jeune de nos patients [16]. Les variations génétiques, ethniques, environnementales et sociales ont pu contribuer à ces différentes prévalences du vitiligo. De même pour l'acné qui occupait la première place des dermatoses autonomes en France sur peau noire. Cet écart serait dû à la différence d'habitude cosmétique ainsi que des troubles hormonaux [17]. Les dermatoses allergiques se trouvaient en troisième position des affections cutanées ; elles représentaient 20,09%, ce qui se rapprochait des précédentes études à Antananarivo avec 19,5% [3]. Les résultats de l'étude de Bilgili *et al* en Turquie étaient superposables à nos chiffres avec 21,8 % [18]. La forte incidence de cette pathologie observée dans cette étude pourrait être attribuée à l'industrialisation, à la migration entre zones urbaines et aux changements climatiques mais aussi à la qualité de vie.

Les dermatoses tumorales étaient au quatrième rang : dominées par les formes bénignes surtout par les chéloïdes. Le cancer cutané est faible à Madagascar [19]. Le sarcome de Kaposi est souvent associé au VIH. Les mélanomes rencontrés étaient tous de type acral comme dans la littérature [20].

Les génodermatoses ou les dermatoses congénitales constituaient le cinquième groupe de pathologies au cours de notre étude avec 3,32%. Nos résultats sont proches de l'étude faite à Antananarivo [3]. Nos résultats sont différents de ceux rapportés par Josémir *et al* au Brésil avec 33,6%. Cette divergence pourrait être liée au mode de recrutement qui n'incluait que des enfants dans l'étude brésilienne. La consanguinité (un facteur favorisant de ce type de dermatoses) est un autre élément qui mérite plus d'analyse [21].

Les maladies auto-immunes étaient au sixième rang à Toamasina (2,76%). Ces pathologies sont rares en Afrique occidentale. La prévalence hospitalière reste faible dans la plupart des études d'Afrique noire comme Bénin (1,3%) et Togo (0,2%) [22,23]. Cette rareté pourrait s'expliquer par l'inaccessibilité aux

structures sanitaires, l'insuffisance de spécialiste, le recours à la médecine traditionnelle pouvant entraîner la sous notification des maladies auto-immunes dans notre étude.

Au septième rang, les toxidermies représentaient 1,38% des maladies cutanées vues dans le service. Une étude faite à Antananarivo avait enregistré une fréquence de 1,28% [24]. Ce chiffre est plus élevé que celui observé par Elkhabbazi au Maroc qui était de 0,9% [25]. Cette divergence dans nos résultats pourrait être expliquée par la fréquence de l'automédication suite à une faible accessibilité de la population aux soins essentiels. L'érythrodermie médicamenteuse était la forme clinique la plus observée avec 33,33% des cas. Dans l'étude de Ranaivo et al, la nécrolyse épidermique toxique et le syndrome d'hypersensibilité étaient les formes cliniques les plus courantes, l'érythrodermie médicamenteuse ne représentait que 7,14% des cas [24]. Les dermatoses de surcharge étaient retrouvées dans notre étude avec 0,37% : le xanthélasma et le xanthome éruptif avec 2 cas respectifs. Nos données vont dans le sens de l'étude en 2006 faite à Antananarivo avec une fréquence de 0,3%.

Notre étude avait des limites ; c'était une étude monocentrique et n'était pas représentative car 89,4% des patients venaient de la région Atsinanana et 7,1% de la région Analanjirofo et 0,37% seulement de la région Alaotra Mangoro. Le service de Dermatologie était récemment ouvert à Toamasina (2016) et certains examens complémentaires ne sont disponibles sur place comme la recherche des auto-anticorps.

Conclusion

Les pathologies dermatologiques sont fréquentes à Madagascar mais mal connues. Leur diagnostic est posé à tort avec une prise en charge inadéquate. Leurs connaissances seront rehaussées dans la région Atsinanana pour améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques à Madagascar avec l'emploi de l'intelligence artificielle .

Références

- Kobangué L, Lénguébanga F, Dibéré Kamba G, et al. Etude transversale des affections dermatologiques au service de Dermatologie et de Vénérologie de Bangui, République Centrafricaine. *Rev Cames Santé* 2014; 2(1): 30-4.
- Wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji-Gastin S et al. French people and skin diseases. *Arch Dermatol* 2003; 139: 1614-9.
- Randrianasolo FMP, Rasolonirina M, Ratrimoavivony C, et al. Les principales pathologies dermatologiques à Antananarivo. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128 (Suppl 3): 81.
- Gollnick HPM, Dreno B. Pathophysiology and management of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29(Suppl4): 1-2.
- Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, et al. Vitiligo. *Lancet* 2015; 386 (9988): 74-84.
- Ranaivo IM, Andrianarison M, Sendrasoa FA et al. Cutaneous manifestations of lupus erythematosus in Antananarivo (Madagascar). *Int J Prog Sci Tech* 2019; 17(1): 98-103.
- Ranaivo IM, Sendrasoa FA, Harioly Nirina MOJ, et al. Self-Medication during Dermatological Disorders Seen in the Dermatology Department of the University Hospital Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo Madagascar. *EC Microbiology* 2019; 15(5): 339-43.
- Seck B, Ly F, Ndiaye MTD, et al. Profil épidémiologique des affections cutanées à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar : étude portant sur 12 390 patients sur une période de 1 an. *Ann Dermatol Venereol* 2016 ; 143(12) (Suppl 1): S145.
- Zoung-KanyiBissek AC, Kouotou E, Defo D, et al. Épidémiologie des Dermatoses à l'Hôpital Général de Yaoundé. *Health Sci Dis* 2009 ; 10(4) : 1-5.
- Avancini J, Zucchi P. Prevalence of dermatoses in patients referred for evaluation in an outpatient clinic of specialtie. *An Bras Dermatol* 2018; 93(4): 513- 6.
- Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses* 2008; 51(S4): 2-15.
- Rasamoelina T, Raharolahy O, Rakotozandrindrainy N, et al. Chromoblastomycosis and Sporotrichosis, Two Endemic but Neglected Fungal Infections in Madagascar. *J Mycol Med* 2017; 27 (3): 312-24.
- Rasamoelina T, Maubon D, Raharolahy O, et al. Sporotrichosis in the Highlands of Madagascar, 2013-2017. *Emerg Infect Dis* 2019; 25 (10): 1893-902.
- Romani L, Steer AC, Whitfield MJ, et al. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2015; 15 (8): 960-7.
- Sendrasoa FA, Ranaivo IM, Sata M, et al. Treatment responses in patients with vitiligo to very potent topical corticosteroids combined with vitaminotherapy in Madagascar. *Int J Dermatol* 2019; 58(8): 908-11.
- Kumar S, Nayak C, Padhi T, et al. Epidemiological pattern of psoriasis, vitiligo and atopic dermatitis in India: Hospital-based point prevalence. *Indian Dermatol Online J* 2014; 5(suppl1): S6-8.
- Arsouze A, Fitoussi C, Cabotin PP, et al. Motifs de consultation en dermatologie des sujets de peau noire d'origine africaine et antillaise : enquête multicentrique en région parisienne. *Ann Dermatol Venereol* 2008; 135(3): 177-82.
- Bilgili ME, Yildiz H, Sarici G. Prevalence of skin diseases in dermatology outpatient clinic in Turkey. A cross-sectional, retrospective study. *J Dermatol Case Rep* 2013; 7(4): 108-112.
- Andrianarison M, Tika L, Ranaivo IM, et al. Les cancers cutanés à Madagascar: où en sommes-nous? *Pan Afr Med J* 2019; 34(167): 1-6.
- Eggermont AMM, Spatz A, Robert C. Cutaneous Melanoma. *Lancet* 2014; 383 (9919): 816-27.
- Santos JBD, Cordeiro LO, Cordeiro LO, et al. Pediatric Dermatoses at the Clinicas Hospital, Federal University of Pernambuco. *An bras Dermatol*, Rio de Janeiro 2004; 79(3): 289-94.
- Kane BS, Ndongo S, Ndiaye AA, et al. Maladies systémiques en médecine interne «contexte africain »: aspects épidémiologiques et classification. *Rev Méd Int* 2016; 37(suppl 1) : 37A.
- Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan OI, et al. Les connectivites en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Méd Int* 1999; 20(1): 3-17.
- Ranaivo IM, Sendrasoa FA, Harioly Nirina MOJ, et al. Epidemiological and Evolutionary Aspects of Severe Toxidemia Seen in the Dermatology Department of the University Hospital Center Joseph Raseta Befelatanana of Antananarivo. *EC Microbiology* 2019; 15(1): 44- 9.
- Elkhabbazi H, Benkirane R, Khadmoai A, et al. Les effets indésirables cutanés des médicaments au Maroc : étude prospective *Inter J Innov Applied Studies* 2014; 7 (2): 634-40.