

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



Société Togolaise de Dermatologie
et des Infections Sexuellement Transmissibles

Guide national de prise en charge des dermatoses courantes

Manuel à l'usage des agents de santé

Août 2018

Avec le soutien de :



FONDATION PIERRE FABRE

EQUIPE DE REDACTION

Equipe de Coordination :

- Pr PITCHE Palokinam
- MCA SAKA Bayaki,

Equipe de validation :

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Pr TCHANGAÏ-WALLA Kisseme. | Présidente SOTODERM |
| 2 Dr BARRUET Raymond | Vice-président |
| 3 Dr AMOUZOU Bernard | Secrétaire général adjoint |
| 4 Prof. Ag. KOMBATE Koussake | Trésorière de la SOTODERM |
| 5 MCA MOUHARI-TOURE Abas | Membre |
| 6 Dr IHOU Ekoudé David | Membre |
| 7 Dr MABOUDOU Angèle | Membre |
| 8 Dr AKAKPO Abla Sefako | Membre |
| 9 Dr TECLESSOU Noude Julienne | Membre |
| 1 Dr MOÏSE-ELEGBEDE Yvette | Membre |
| 1 Dr GNOSSIKE Piham | Membre |
| 1 Dr MAHAMADOU Garba | Membre |
| 1 Dr GNASSINGBE Waguéna | Membre |

Préface

Promouvoir des soins dermatologiques de qualité pour la majorité de la population est l'un des objectifs de la Société Togolaise de Dermatologie et des Infections Sexuellement Transmissibles (SOTODERM) depuis sa création. Cet objectif rentre dans la vision globale du ministère de la santé qui œuvre pour parvenir à la couverture sanitaire universelle au Togo.

La mise en œuvre effective de cet objectif passe par le renforcement des capacités du personnel de soins. Au Togo comme dans la majorité des pays en Afrique subsaharienne, il y a un déficit important en médecins spécialistes pour la prise en charge des maladies de peau. Ainsi au Togo, il y a 16 dermatologues pour 7 millions d'habitants dont 14 exercent à Lomé.

Le projet de télédermatologie initié par la SOTODERM vise à combler ce gap en termes de couverture géographique de personnel qualifié en privilégiant les zones de l'intérieur non couvertes par les dermatologues. Dans ce projet, il y a le volet formation du personnel de santé à partir d'un guide sur les maladies courantes. Cette formation normalisée est importante et va servir de fondation sur laquelle va se construire la télédermatologie. En effet, la télédermatologie constitue une forme de tutorat à distance à partir des outils technologiques de communication pour aider le personnel de terrain à prendre des décisions diagnostique et thérapeutique.

Nous espérons qu'à la fin du projet, nous aurons contribué à augmenter à la fois la quantité et la qualité de la prise en charge des maladies dermatologiques courantes à travers toutes les régions du pays impactant ainsi sur la santé de nos populations.

C'est l'occasion pour moi de présenter nos sincères gratitude à la Fondation Pierre Fabre qui finance le projet et le ministère de la santé pour son soutien dans la mise en œuvre dudit projet.

Pr K. TCHANGAI-WALLA

Présidente de la SOTODERM

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| EQUIPE DE REDACTION | II |
| PREFACE | III |
| SOMMAIRE..... | IV |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | VI |
| LISTE DES ALGORITHMES | VII |
| LISTES DES TABLEAUX | VII |
| LISTE DES FIGURES | VIII |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. CONTEXTE..... | 1 |
| 2 LES ALGORITHMES | 2 |
| CHAPITRE 1 : DERMATOSES BACTERIENNES | 3 |
| 1- PYODERMITES | 4 |
| ALGORITHME 1 : PYODERMITES..... | 6 |
| ICONOGRAPHIE DE PYODERMITES | 7 |
| 2- ERYSIPELE DE JAMBE..... | 8 |
| ALGORITHME 2 : ERYSIPELE DE JAMBE | 9 |
| ICONOGRAPHIE D'ERYSIPELE DE JAMBE..... | 10 |
| CHAPITRE 2 : DERMATOSES MYCOSIQUES..... | 11 |
| 1-TEIGNES | 12 |
| ALGORITHME 3 : TEIGNES | 13 |
| ICONOGRAPHIE DE TEIGNES..... | 14 |
| 2-MYCOSES CUTANÉES | 15 |
| ALGORITHME 4 : DERMATOPHYTIES DE LA PEAU ET DES PLIS..... | 17 |
| ICONOGRAPHIE DE MYCOSES CUTANÉES..... | 18 |
| CHAPITRE 3 :DERMATOSES PARASITAIRES..... | 19 |
| 1- GALE | 20 |
| ALGORITHME 5 : GALE OU SCABIOSE | 21 |
| ICONOGRAPHIE DE GALE | 22 |
| 2. PRURIGO..... | 23 |
| ALGORITHME 6 : PRURIGO | 25 |
| ICONOGRAPHIE DE PRURIGO..... | 26 |
| CHAPITRE 4 : LESIONS PRECANCEREUSES CHEZ LES ALBINOS | 27 |
| PERSONNES ATTEINTES D'ALBINISME | 28 |
| ALGORITHME 7 : LESIONS PRECANCEREUSES CHEZ LES ALBINOS | 29 |
| ICONOGRAPHIE DE LESIONS CHEZ ALBINOS..... | 30 |
| CHAPITRE 5 : AUTRES DERMATOSES..... | 31 |
| AUTRES DERMATOSES | 32 |
| LEPRE | 33 |

| | |
|---|-----------|
| ALGORITHME 8 : LEPRE | 36 |
| ICONOGRAPHIE DE LESIONS DE LEPRE | 37 |
| CHAPITRE 6 :MEDICAMENTS ESSENTIELS DERMATOLOGIQUES..... | 38 |
| CHAPITRE 6 : LEXIQUES ET LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES..... | 43 |
| ICONOGRAPHIE (LESIONS ELEMENTAIRES) | 45 |
| CHAPITRE7: FICHES DE DEMANDE D’EXPERTISE ET AUTRES DOCUMENTS | 46 |
| BIBLIOGRAPHIE | 48 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-------------|---|
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| g | Gramme |
| IEC | Information Education Conseils |
| IM | Intramusculaire |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| J | Jour |
| J7 | Septième jour |
| mg | Milligramme |
| MSPS | Ministère de la Santé et de la Protection Sociale |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| po | per-os |
| pu | Prise Unique |
| PB | Pauci-Bacillaire |
| MB | Multi-Bacillaire |
| MDP | Maladie de la Peau |
| PCT | Poly-Chimiothérapie |

LISTE DES ALGORITHMES

| | |
|---|----|
| Algorithme 1 : Pyodermites | 6 |
| Algorithme 2 : Erysipèle de jambe | 10 |
| Algorithme 3 : Teignes | 16 |
| Algorithme 4 : Dermatophyties de la peau et des plis | 19 |
| Algorithme 5 : Gale ou scabiose | 24 |
| Algorithme 6 : Prurigo | 28 |
| Algorithme 7 : Lésions précancéreuses chez les albinos | 33 |
| Algorithme 8 : Lèpre | 40 |

LISTES DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I : Classification de la lèpre selon OMS | 34 |
| Tableau II : Schéma thérapeutiques pour les malades MB (durée du traitement : 12 prises supervisées) | 34 |
| Tableau III : Schéma thérapeutiques pour les malades PB (durée du traitement : 6 prises supervisées) | 35 |
| Tableau IV : Liste des médicaments essentiels(Posologie, effets indésirables et prix)..... | 39 |
| Tableau V : Lésions élémentaires primaires | 44 |
| Tableau VI : Lésions élémentaires secondaires..... | 44 |
| Tableau VII : Fiche d'inventaire du matériel de télédermatologie | 47 |
| Tableau VIII : Fiche de demande d'expertise dermatologique.. Erreur ! Signet non défini. | |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|--|
| Figure 1 : Impétigo bulleux avec des croûtes noirâtres..... | 7 |
| Figure 2 : Impétigo avec des croûtes mélicériques..... | 7 |
| Figure 3 : Folliculite superficielle avec pustule centrée par un poil.... | 7 |
| Figure 4 : Furoncles du menton | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 5 : Erysipèle de jambe non compliqué..... | 10 |
| Figure 6 : Erysipèle de jambe non compliqué..... | 10 |
| Figure 7 : Erysipèle de jambe compliqué..... | 10 |
| Figure 8 : Erysipèle de jambe avec une hyperpigmentation sur peau noire | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 9: Teigne trichophytique | 14 |
| Figure 10 : Teigne microsporique..... | 14 |
| Figure 11 :: Teigne suppurée (surinfection)..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 12 :: Teigne suppurée après traitement de la surinfection | 14 |
| Figure 13: Epidermomycose | 18 |
| Figure 14: Epidermomycose | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 15: Intertrigo des plis inguinaux..... | 18 |
| Figure 16: Intertrigo mycosique inter-orteil..... | 18 |
| Figure 17: Macaron d'épidermomycose | 18 |
| Figure 18 : Mycose des fesses..... | 18 |
| Figure 19: Lésions interdigitales de gale | 22 |
| Figure 20: Nodules scabieux..... | 22 |
| Figure 21: Gale humaine | 22 |
| Figure 22 : Lésions des fesses..... | 22 |
| Figure 23 : Prurigo avec des séropapules | 26 |
| Figure 24: Prurigo avec des séropapules .. | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 25 : Prurigo avec lichénification | 26 |

| | |
|---|----|
| Figure 26 : Prurigo avec excoriations | 26 |
| Figure 27 : Kératoses actiniques chez albinos | 30 |
| Figure 28 : Kératoses actiniques chez albinos | 30 |
| Figure 29 : Carcinomes albinos | 30 |
| Figure 30: Tache hypopigmentée de lèpre | 37 |
| Figure 31: Macules cuivrées de lèpre | 37 |
| Figure 32: Infiltration du visage et des pavillons des oreilles (Faciès léonin)..... | 37 |
| Figure 33 : Lésions élémentaires | 45 |

INTRODUCTION

1. Contexte

Les maladies de peau (MDP) représentent l'une des plus fréquentes causes de morbidité dans les pays en voie de développement, et touchent plus de 60% de la population [1]. Au Togo en 2014, les affections cutanées ont occupé la 7^{ème} place parmi les dix principales causes de consultation externe avec un taux de morbidité de 1,2% au niveau national [2]. Les affections cutanées les plus rencontrées sont les dermatoses infectieuses dans 27% cas (13% de mycoses, 7% de pyodermites et 7% de gale humaine), suivis des eczémas (25%) et de l'acné (7%) [2]. La majorité des patients souffrant de maladies de peau (MDP) consultent le plus souvent dans les formations sanitaires périphériques loin des structures spécialisées. Le succès de l'approche syndromique utilisée dans la prise en charge des IST/VIH est un argument important pour développer des ordinogrammes pour faciliter la prise en charge des dermatoses courantes dans lesdites formations. Le but de ce guide est donc d'outiller les agents de santé (médecins généralistes et paramédicaux), généralement peu ou pas compétents en dermatologie, afin qu'ils soient capables d'apporter une réponse satisfaisante à la demande de soins dermatologiques. Le succès du projet Malien [4] dans ce sens, constitue un argument supplémentaire.

Les recommandations issues de ce guide sont le résultat d'une évaluation d'experts nationaux et internationaux. Elles sont basées sur la réalité de la pratique médicale et de l'expérience des dermatologues regroupés au sein de la Société Togolaise de Dermatologie et des Infections Sexuellement Transmissibles (SOTODERM).

L'utilisation en pratique de ce guide se fera dans un premier temps sous forme de tutorat avec la supervision d'un spécialiste dans le cadre du projet de télédermatologie. Cependant, il faut noter que la maîtrise de ce guide ne pourrait pas se substituer à la formation médicale continue en dermatologie qui est un processus continu pour les non spécialistes.

Le présent document s'est focalisé sur les dermatoses, les plus courantes dans notre contexte :

- Les dermatoses bactériennes les plus courantes (pyodermites et érysipèle de jambe) ;
- Les mycoses cutanées superficielles (teignes et dermatophyties) ;
- Les dermatoses parasitaires (gale et prurigo) ;
- Et la prise en charge des lésions précancéreuses chez les personnes atteintes d'albinisme.

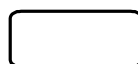
Pour chaque chapitre, il y a des éléments descriptifs et un ordinogramme ou algorithme.

Chaque chapitre commence par une définition suivie des éléments diagnostiques et de la prise en charge thérapeutique (traitement curatif et préventif).

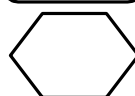
2 Les algorithmes

Les algorithmes ou ordinogrammes permettent de prendre des décisions nécessaires à l'administration d'un traitement adéquat aux malades. Ils se composent de figures géométriques qui représentent :

⇒ La plainte du patient



⇒ La prise de décisions



⇒ Les actions à mener



Chaque algorithme comporte plusieurs étapes dont :

- *Une étape de décisions* : le prestataire doit infirmer ou confirmer les plaintes du malade ;
- *Une étape d'actions* : le prestataire doit effectuer systématiquement un certain nombre d'actions (exemple : prescrire les médicaments ; faire le counseling ; promouvoir l'hygiène individuelle et collective ; expliquer l'importance du traitement des sujets contact par exemple) ;
- *Une étape de référence* : Ceci pour interpeller le personnel soignant sur la nécessité de référer les malades à un échelon supérieur en cas d'échec ou de non amélioration après un traitement bien conduit et correctement suivi (posologie, durée du traitement). L'étape de référence doit être respectée par tous les utilisateurs des algorithmes, car il ne faut pas s'acharner à traiter, et tarder à référer par exemple une urgence médico-chirurgicale (fasciite nécrosante).

**CHAPITRE 1 : DERMATOSES
BACTERIENNES**

**PYODERMITES – ERYSIPELE DE
JAMBE**

1- PYODERMITES

Les pyodermites sont des infections cutanées superficielles d'origine bactérienne, contagieuses, favorisées par un manque d'hygiène, la pauvreté, la promiscuité. Elles peuvent être primitives (impétigo) ou secondaires à une dermatose sous-jacente qui s'est surinfectée, notamment du fait d'un prurit (gale, eczéma, teigne, piqûres d'insectes...). Le diagnostic de pyodermite impose donc la recherche d'une cause éventuelle.

Diagnostic :

On affirme le diagnostic de pyodermite sur l'un ou l'autre des critères suivants : présence de croûtes jaunâtres (couleur de miel), de bulles superficielles (ressemblant à une ampoule ou à une brûlure superficielle), de pus, d'une plaie d'allure sale, de signes d'inflammation locale ou régionale (chaleur, rougeur, douleur, tuméfaction, adénopathie). Ces signes peuvent être isolés, ou associés à ceux de la dermatose sous-jacente lorsqu'il s'agit d'une pyodermite secondaire. On distingue :

- **Les pyodermites sévères** (critères de sévérité : signes d'inflammation locale ou régionale notamment adénopathie et/ou fièvre, présence de plus de 5 lésions, présence d'au moins une lésion de grande taille supérieure à 2cm de diamètre).
- **Les pyodermites bénignes** : s'il n'existe aucun des signes de sévérité

Traitement :

Il est fonction de sa gravité.

Traitement des pyodermites bénignes : repose en première intention sur les antiseptiques dont les plus recommandés sont :

- Polyvidone iodée en solution dermique à 10%
- Chlorhexidine solution
- Dakin solution

En cas d'échec de ce traitement, jugé lors d'une évaluation pratiquée à une semaine, il faut traiter comme une pyodermite sévère.

Traitement des pyodermites sévères : repose d'emblée sur une antibiothérapie orale d'une durée de 8 jours. Les antibiotiques recommandés en première intention sont : Erythromycine à 30 mg/kg/j chez l'enfant, et 2g/j chez l'adulte. Amoxicilline à 30 à 50 mg/kg/j chez l'enfant, et 2g/j chez l'adulte. Le traitement local est identique à celui des pyodermites bénignes.

Il faut toujours évaluer l'existence éventuelle d'une dermatose sous-jacente. Ceci se fera en s'aidant des 3 algorithmes spécifiques (gale,

teigne, autres dermatoses). Le traitement de cette dermatose se fera soit d'emblée, si la surinfection est jugée bénigne, soit après traitement de la pyodermite si celle-ci est jugée sévère.

Autres traitements possibles

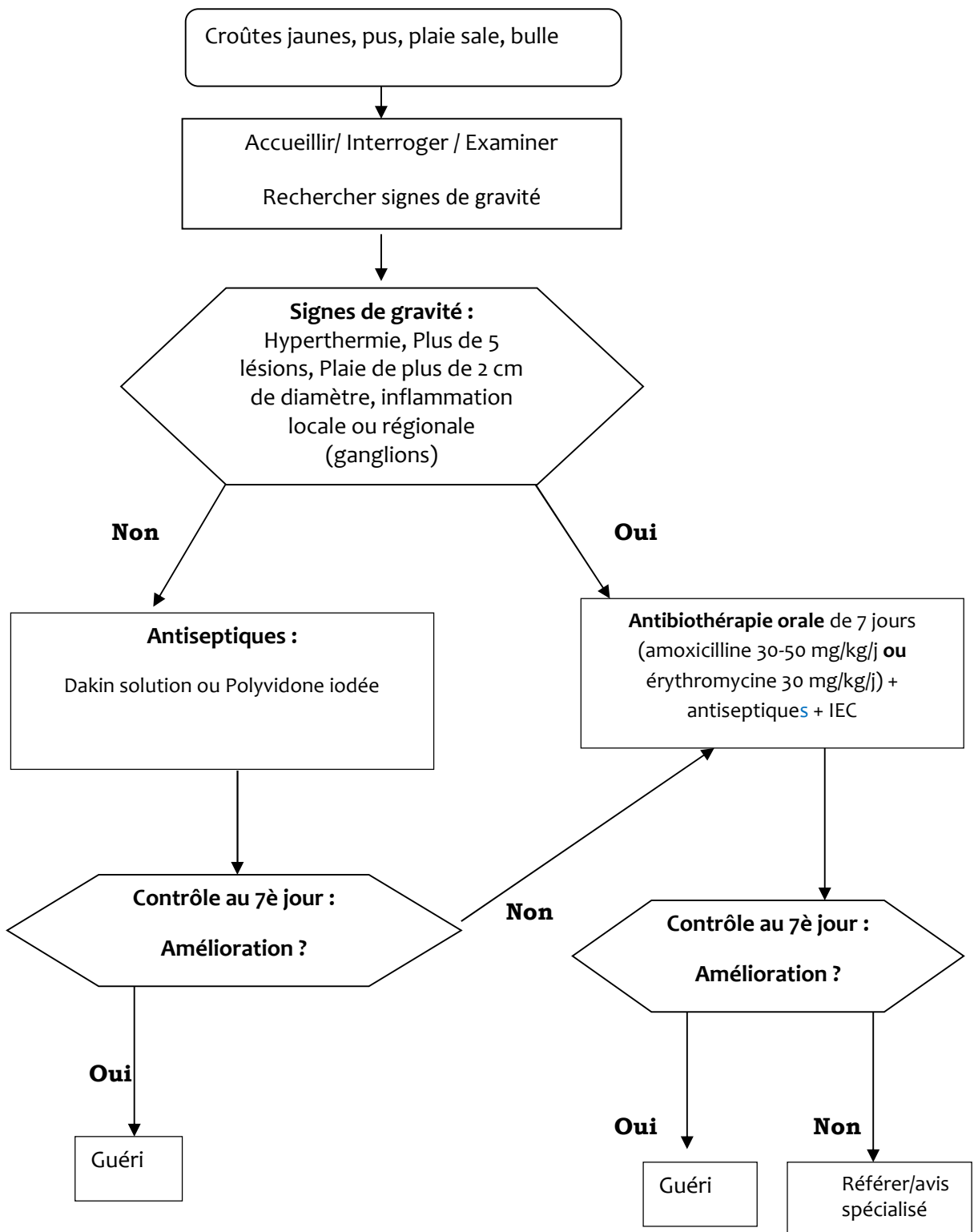
- = Autres antibiotiques acceptables pour le traitement des pyodermites sévères : pénicillines du groupe M (oxacilline ou cloxacilline)
- *Cas particulier* : le furoncle nécessite d'emblée un traitement par voie orale. Une incision est indiquée seulement en cas d'abcès constitué.

Information- Education-Communication(IEC)

Les pyodermites sont favorisées par une mauvaise hygiène. Il faudra promouvoir :

- L'usage du savon pour la toilette corporelle, pour le nettoyage du linge ;
- Le soin systématique des plaies, surtout si celles-ci sont importantes ou souillées, soit par un nettoyage avec de l'eau et du savon, soit au mieux par l'application d'un antiseptique (polyvidone iodée, dakin solution).

Algorithme 1 : Pyodermites



Iconographie de pyodermites

Figure 1 : Impétigo bulleux avec des croûtes noirâtres

Figure 2 : Impétigo avec des croûtes mélicériques

Figure 3 : Folliculite superficielle avec pustule centrée par un poil

2- ERYSIPELE DE JAMBE

L'érysipèle de jambe est une infection du tissu cutané (derme et hypoderme) de la jambe, sans nécrose. Cette infection est causée le plus souvent par un microbe appelé streptocoque bêta hémolytique du groupe A. Ses facteurs favorisants sont une porte d'entrée (plaie mal traitée, pied d'athlète non soigné ou intertrigo inter-orteil), un lymphoedème, une obésité et la dépigmentation cosmétique volontaire.

Diagnostic

Le diagnostic est fait devant des signes généraux (fièvre, frissons), signes locaux (grosse jambe rouge, à peau luisante, douloureuse avec des bulles ou « ampoules »), régionaux (ganglions douloureux du côté de la jambe malade). Il faut toujours rechercher une plaie récente mal ou pas traitée, ou un intertrigo inter-orteils.

Traitement

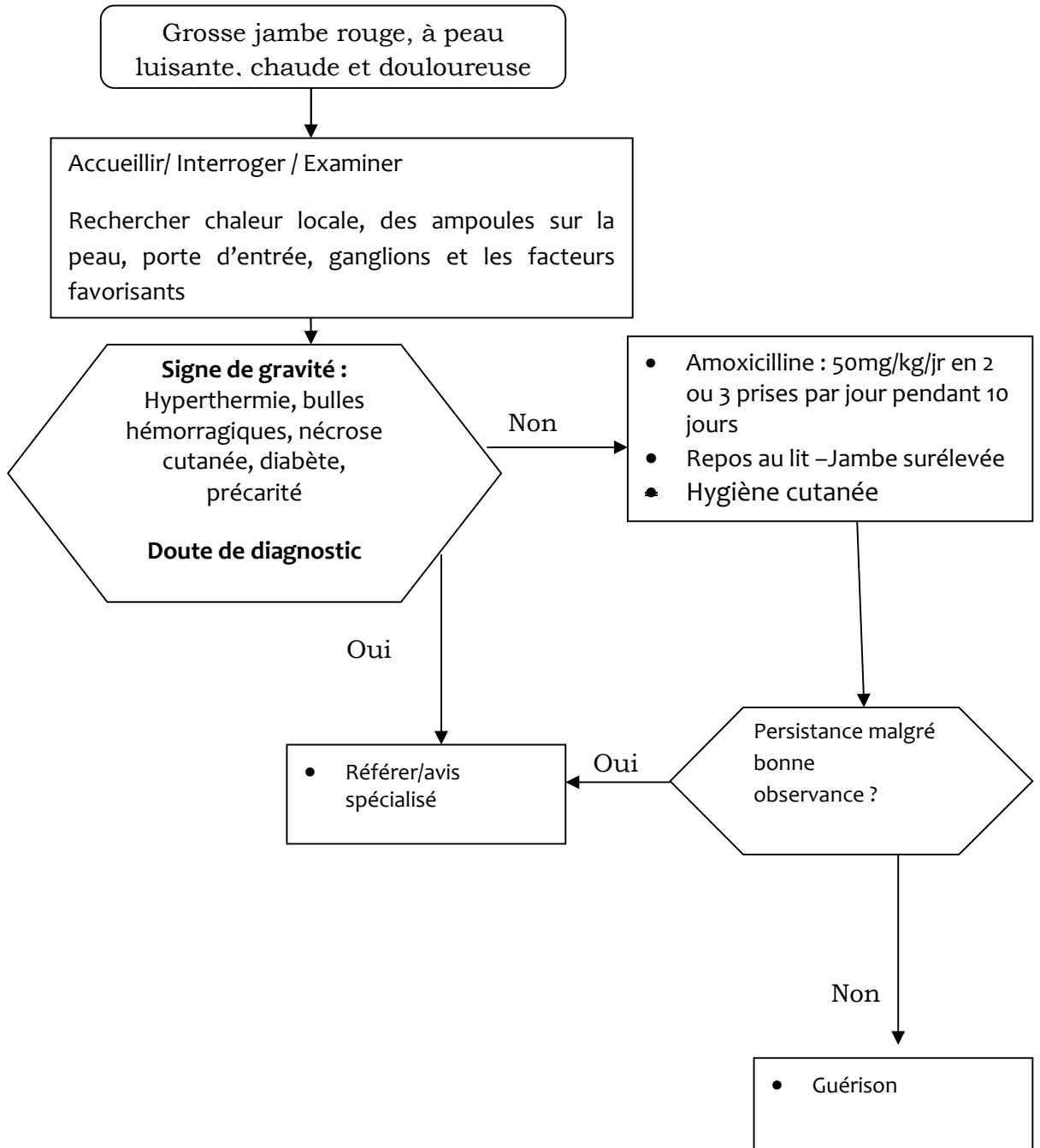
Il est fonction de la gravité (Eléments de gravité : ampoules hémorragiques, nécrose cutanée, diabète, obésité, précarité).

- Ñ **En cas de signes de gravité**, il faut référer à un échelon supérieur
- Ñ **En l'absence de signes de gravité, traiter avec** : Amoxicilline + acide clavulanique 50mg/Kg/j : pendant 10 jours,
- Ñ **Dans tous les cas**: repos au lit avec la jambe surélevée ; utiliser des antidouleurs (Paracétamol 1g/6h) ; Faire des Soins locaux avec des antiseptiques (Chlorhexidine, Polyvidone iodée). Retrouver la porte d'entrée (pied d'athlète, plaies de jambe) pour la soigner.
- Ñ **Autres traitements possibles** : si allergie à la pénicilline/Bétalactamines, utiliser azithromycine 500mg/j pendant 3jrs (200mg/j chez l'enfant), érythromycine (50mg/kg/j pendant 10 jours).

Ñ **Information- Education-Communication(IEC)**

- Ne pas utiliser les AINS (Ibuprofène, Aspirine, Indométacine) ;
- Ne pas utiliser le dexaméthasone ;
- Avoir une hygiène cutanée soignée.
- Sensibiliser sur les facteurs de risque
- Si plusieurs récurrences, référer.

Algorithme 2 : Erysipèle de jambe



Iconographie d'Erysipèle de jambe

Figure 4 : Erysipèle de jambe non compliqué

Figure 5 : Erysipèle de jambe non compliqué

Figure 6 : Erysipèle de jambe compliqué

**CHAPITRE 2 : DERMATOSES
MYCOSIQUES**

TEIGNES-DERMATOPHYTIES

1-TEIGNES

La teigne est une maladie due à un champignon qui s'attaque aux cheveux et provoque des plaques arrondies de cheveux coupés très courts (alopécie). Ces plaques sont recouvertes de pellicules très fines. Cette maladie de peau atteint essentiellement les enfants d'âge scolaire. Habituellement, les teignes observées chez l'enfant guérissent spontanément à la puberté. Il existe des cas rares de teigne chez les adultes.

Diagnostic

Il s'agit, le plus souvent, d'un enfant de moins de 15 ans qui présente une ou plusieurs zones ou plaques du cuir chevelu où les cheveux sont coupés courts, rares voire absents associés à des squames (pellicules). Trois présentations sont possibles :

- Petites plaques (1 à 2 cm) multiples avec des pellicules et parfois du pus qui se sèchent pour former des croûtes engluant les cheveux cassés très courts ou parfois encore sains
- Grandes plaques (plusieurs cm) unique ou peu nombreuses avec des pellicules et des cheveux cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau
- Plaque unique gonflée parsemée de pustules et de croûtes jaunes avec des cheveux tombés, cassés ou agglutinés.

Il existe d'autres aspects plus rares (petites dépressions autour du cheveu, teigne de la barbe...). Il faut rechercher une notion de contagion pouvant aider au diagnostic.

Traitement :

Il dure 6 à 8 semaines, est systémique (éventuellement associé à un traitement local)

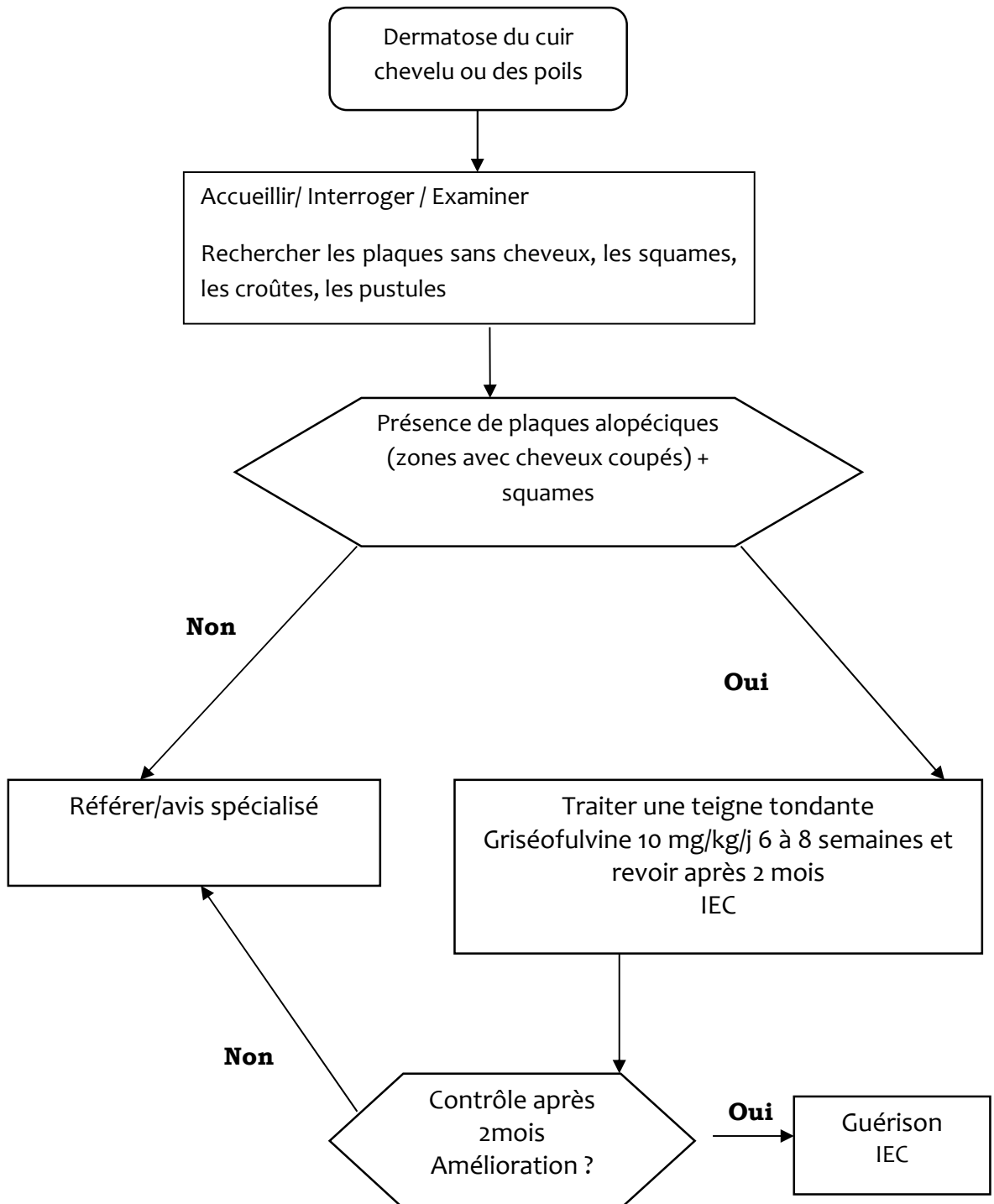
Traitement local : Imidazolés (exemple éconazole en crème) en application sur les lésions matin et soir.

Traitement systémique : En première intention : griséofulvine à la dose de 10 à 20mg/kg/j. En seconde intention : fluconazole (une gélule de 150mg par semaine pendant 6 semaines).

Information- Education-Communication(IEC)

Dépister les personnes infectées dans la famille et les traiter.

Algorithme 3 : Teignes



Iconographie de teignes

Figure 7: Teigne trichophytique

Figure 8 : Teigne microsporique

Figure 9 : Teigne suppurée après traitement de la surinfection

2-MYCOSES CUTANÉES

Les mycoses cutanées ou dermatophytoses sont des affections causées par des champignons filamenteux microscopiques qui se nourrissent de la kératine (substance retrouvée au niveau de l'épiderme, des ongles, poils et cheveux). La contamination de l'homme peut se faire : d'homme à homme (espèces **anthropophiles**), des animaux à l'homme (espèces **zoophiles**), des sols ou débris végétaux à l'homme (espèces **géophiles**).

Diagnostic :

On distingue deux grands groupes : les épidermophyties (lésions de la peau) et les intertrigos (lésions des plis).

- **Epidermophyties** circinées ou “macaron” : érythème (rougeur) localisé, prurigineux, qui va s'étaler de façon centrifuge (augmenter progressivement de taille) en anneau avec un pourtour bien limité, net, recouvert de petites vésicules tandis que la lésion semble guérir au centre. Ces macarons peuvent se regrouper et former des placards polycycliques.
-
- **Intertrigos des plis**
 - *Intertrigos des grands plis* : (plis inguinaux, cruraux, sous mammaires, inter-fessiers, axillaires) se manifestant par un placard érythémato-squameux plus ou moins prurigineux, à contours géographiques, avec une bordure inflammatoire. Le fond du pli est fissuré ou macéré. L'atteinte est unilatérale ou bilatérale. Il faut rechercher des facteurs favorisants comme : obésité, diabète, dépigmentation et macération.
 - *Intertrigos des petits plis* : Les plus fréquents sont les « pieds d'athlète » qui siègent dans les espaces inter-orteils. Ce sont des lésions banales, fréquentes, favorisées par la chaleur, la macération et la sudation excessive. Cliniquement, il s'agit d'un épaissement blanchâtre, macéré, parfois une simple fissure au fond du pli

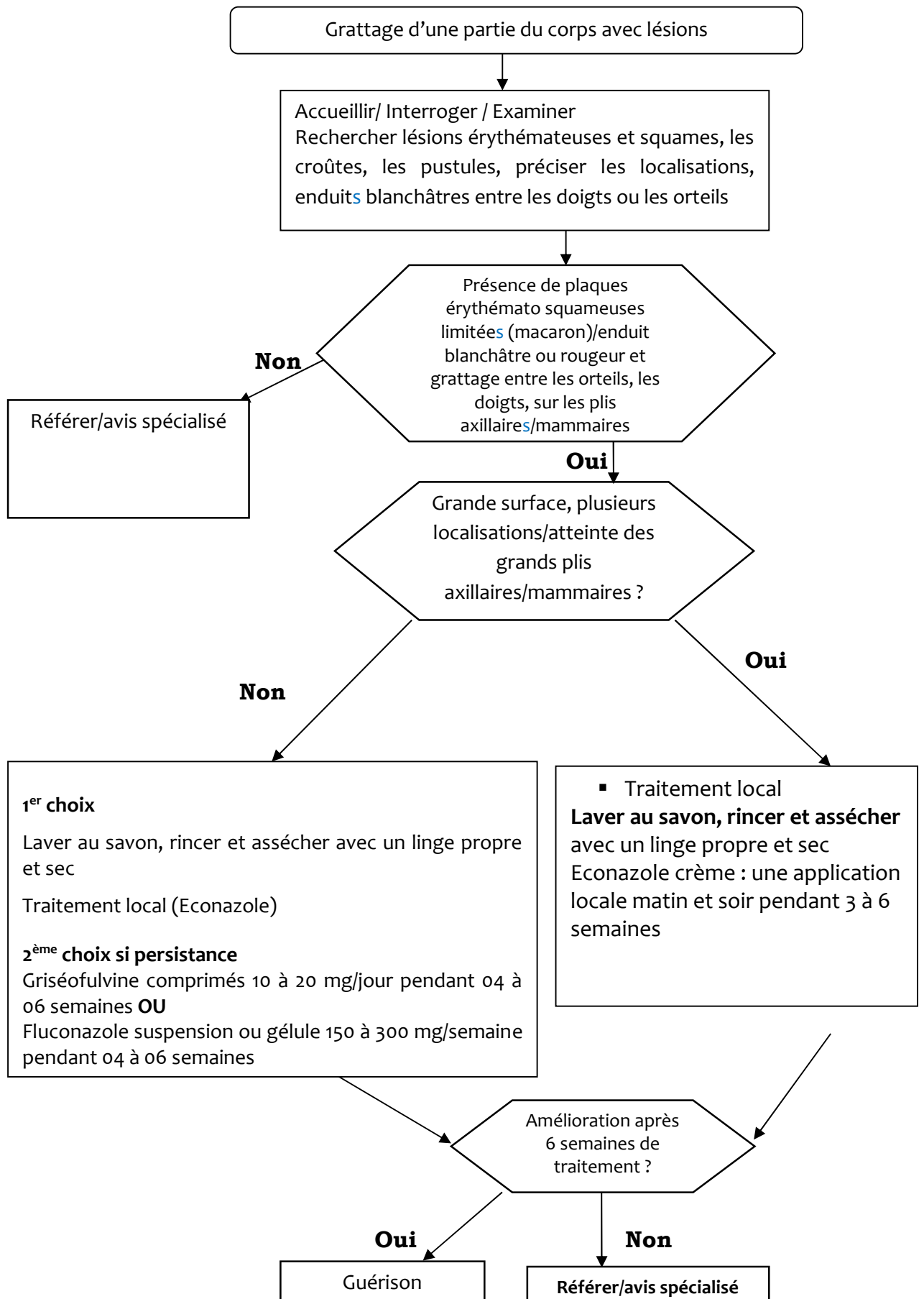
Traitement :

- **Lésions localisées** : Antifongiques locaux : disponibles en crème ou pommade : Econazole crème.
- **Lésions étendues** : Griséofulvine comprimé (125, 250, 500mg) 10 à 20 mg/kg/jr. Contre indiqué si: grossesse, allaitement, enfant de moins de 02 ans. Fluconazole suspension buvable (10mg/ml) ou gélule 50mg, 150 à 300 mg/semaine.

Information- Education-Communication(IEC)

: désinfecter ou bouillir le linge, éponge, serviette à la fin du traitement, port de vêtements en coton, éviter l'humidité et la macération des plis, bonne hygiène individuelle et collective

Algorithme 4 : Dermatophyties de la peau et des plis



Iconographie de mycoses cutanées

Figure 10: Epidermomycose

Figure 11: Intertrigo des plis inguinaux

Figure 12: Intertrigo mycosique inter-orteil

Figure 13: Macaron d'épidermomycose

Figure 14 : Mycose des fesses

**CHAPITRE 3 :DERMATOSES
PARASITAIRES**

GALE/SCABIOSE - PRURIGO

1- GALE

La gale est une parasitose cutanée due à un acarien, *sarcoptes scabiei hominis* qui vit dans la couche superficielle de l'épiderme. Elle est très contagieuse par contact direct interhumain ou indirect par le partage de linge et de literie. Elle est endémique dans la plupart des pays tropicaux aussi bien en milieu rural qu'urbain.

Diagnostic :

Le signe essentiel est le prurit ; qui est intense permanent généralisé, à recrudescence nocturne, prédominant souvent à certaines régions du corps : espaces interdigitaux, organes génitaux externes, fesses et région pectorale. Ce prurit est aussi noté chez les sujets proches du patient (contage familial). Le prurit peut s'accompagner de lésions cutanées non spécifiques (papules, papulo-nodules, pustules, vésicules, squames...) et de lésions de grattage dont les localisations sont évocatrices : espaces interdigitaux et faces latérales des doigts, faces antérieures des poignets, régions axillaires, organes génitaux externes, fesses, ombilic, faces d'extensions des coudes et genoux, mamelons et aréoles mammaires chez la femme.

NB : chez le nourrisson, l'atteinte prédomine au niveau des paumes et des plantes sous forme de pustules. Le prurit et les lésions de grattage entraînent souvent des complications infectieuses (pyodermites). Parfois on note des lésions nodulaires et érosives surinfectées au niveau des organes génitaux externes.

Traitement :

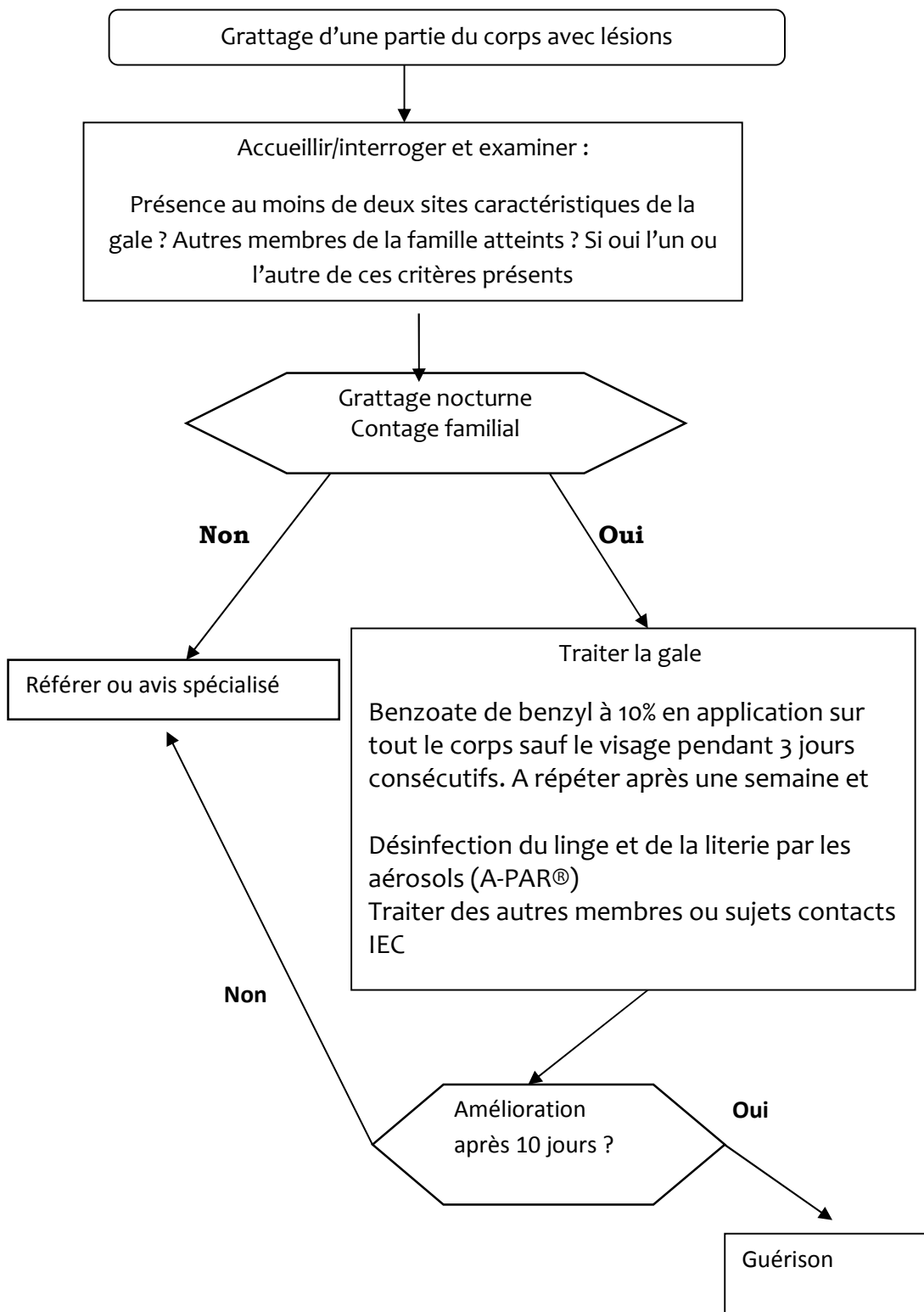
Il consiste à

- Détruire le parasite sur la peau par badigeonnage de tout le corps sauf le visage avec une solution de benzoate de benzyl à 10% (ASCABIOL) le soir au coucher (à garder 12 heures) pendant 3 à 4 soirs consécutifs. Répéter la même série une semaine après.
- Désinfecter le linge et la literie : elle est obligatoire et se fait à partir de produits aérosol ou spray (A-PAR®)
- Traiter simultanément toute la famille et les sujets contacts.
- Prescrire une antibiothérapie en cas de surinfection importante.

Information- Education-Communication(IEC)

Conseiller hygiène rigoureuse, traiter tous les sujets contacts.

Algorithme 5 : Gale/scabiose



Iconographie de Gale

Figure 15: Lésions interdigitales de gale

Figure 16: Nodules scabieux

Figure 17: Gale humaine

Figure 18 : Lésions des fesses

2. PRURIGO

Le prurigo est une maladie de la peau (dermatose) d'origine allergique liée aux piqûres d'insectes (mouche, moustiques, tiques, puces). L'âge de survenue est de 2 - 7 ans. Mais la survenue d'un prurigo chez un adulte, surtout généralisé doit amener à réaliser un test de dépistage VIH.

Diagnostic

La lésion élémentaire du prurigo est une séropapule c'est à dire un bouton rouge ou foncé centré par une petite vésicule. Parfois, il peut s'agir de croûtes, de gros boutons contenant un liquide clair (bulle). Ces lésions peuvent se surinfecter et donner des papulo-pustules (bouton contenant du pus) et des plaies. En plus de ces lésions, il existe un prurit (démangeaison) qui est parfois insomniant. Siège des lésions : les parties découvertes (membres supérieurs et inférieurs).

Traitement

Antihistaminique contre le prurit :

- Dexchlorpheniramine sirop/comprimé: Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 2 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 2 par jour, Enfant de 10- 15 ans 2 cuillerée-mesure (10 ml) 2 fois par jour ; adulte : 1 cp matin et soir
- Méquitazine sirop/comprimé (5mg et 10mg) : Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 2 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 2 par jour, Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comprimé de 10mg le soir
- Loratadine comprimé (10 mg et 5 mg) et sirop : Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 1 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 1 par jour, Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comprimé de 10mg le soir

Antibiotique : Amoxicilline gélule 500 mg et sirop 250 mg à raison de 50 mg/kg (en cas de surinfection des lésions de grattage)

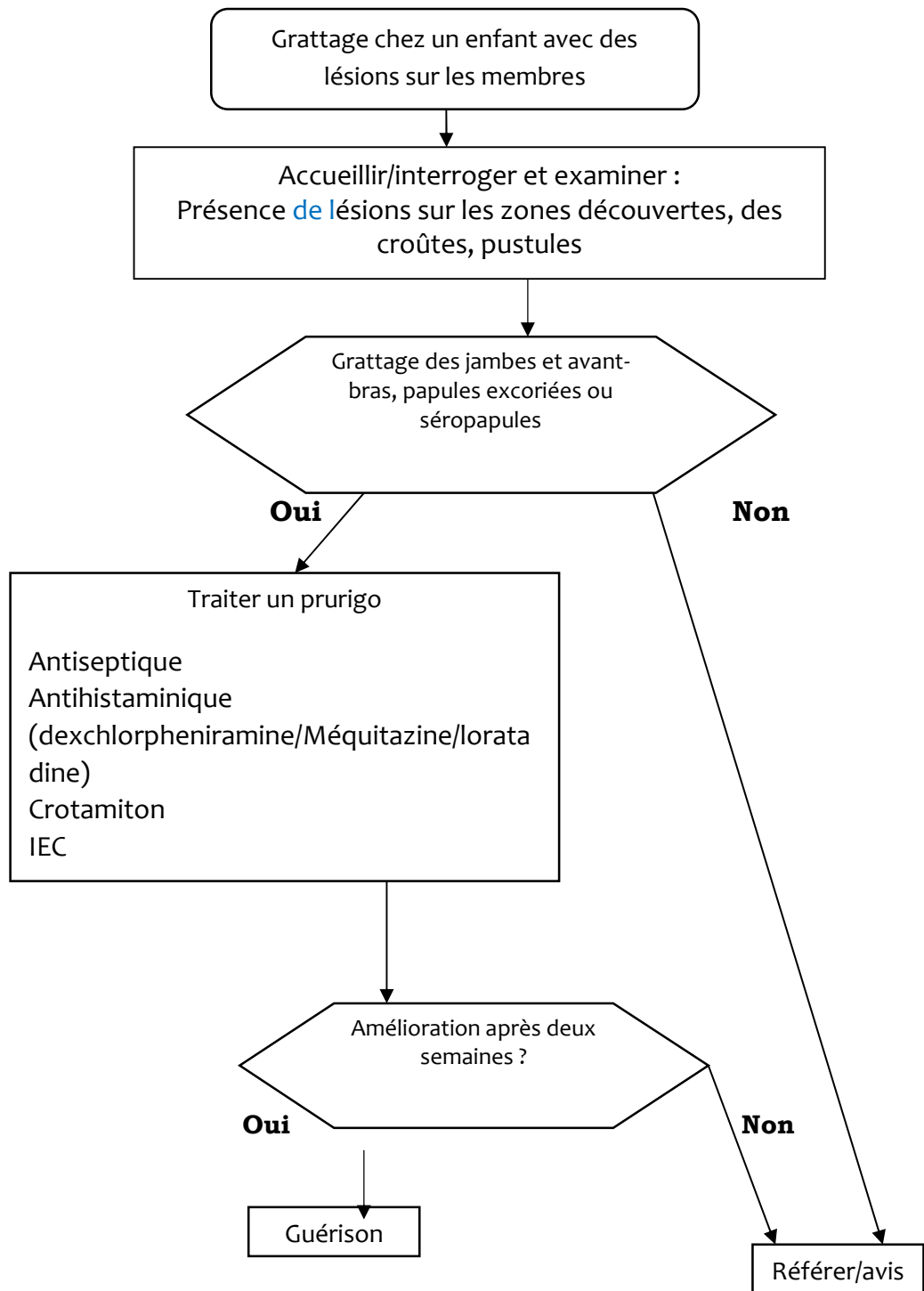
Crotamiton crème : une application locale matin et soir pendant deux semaines

Information- Education-Communication(IEC)

- Prendre des mesures visant à éviter le contact avec le facteur déclenchant: vêtements long, moustiquaire, répulsifs contre les insectes;
- Inspecter et traiter les chiens et chats contre les puces, traiter efficacement le mobilier infesté par les punaises de lit, puces de plancher.

- Prévenir la surinfection des lésions de grattage en coupant les ongles.
- Informer les parents et les malades du caractère récurrent du prurigo et aussi les rassurer quant à la possibilité de résolution des symptômes avec l'âge.

Algorithme 6 : Prurigo



Iconographie de prurigo

Figure 19 : Prurigo avec des séropapules

Figure 20 : Prurigo avec lichénification

Figure 21 : Prurigo avec excoriations



CHAPITRE 4 :

**Lésions précancéreuses chez
les albinos**

PERSONNES ATTEINTES D'ALBINISME

L'albinisme représente un ensemble d'anomalies génétiques caractérisées par une diminution ou une absence de mélanine associée à un nombre et à une structure normale des mélanocytes. L'albinisme partiel ou complet dégénère fréquemment en Carcinome Epidermoïde (CE) en Afrique sous l'effet favorisant du soleil. La principale lésion précancéreuse est la kératose actinique (KA).

Diagnostic

Sa manifestation la plus caractéristique est l'hypopigmentation de la peau, des cheveux, des poils et des yeux. L'apparition de lésions de KA chez les albinos est étroitement liée à l'exposition solaire. Cliniquement, les KA se caractérisent par l'apparition des taches jaunes ou rosées planes ou peu saillantes, à surface lisse ou rugueuse à la palpation. Ces lésions vont secondairement se recouvrir d'un enduit kératosique adhérent dont l'ablation peut entraîner un saignement. La base est initialement souple et peut s'infiltrer secondairement. Cette infiltration est l'un des premiers signes de dégénérescence maligne.

Traitement

Référer systématiquement dans une structure spécialisée ou demander l'avis spécialisé dans le cadre de la télédermatologie

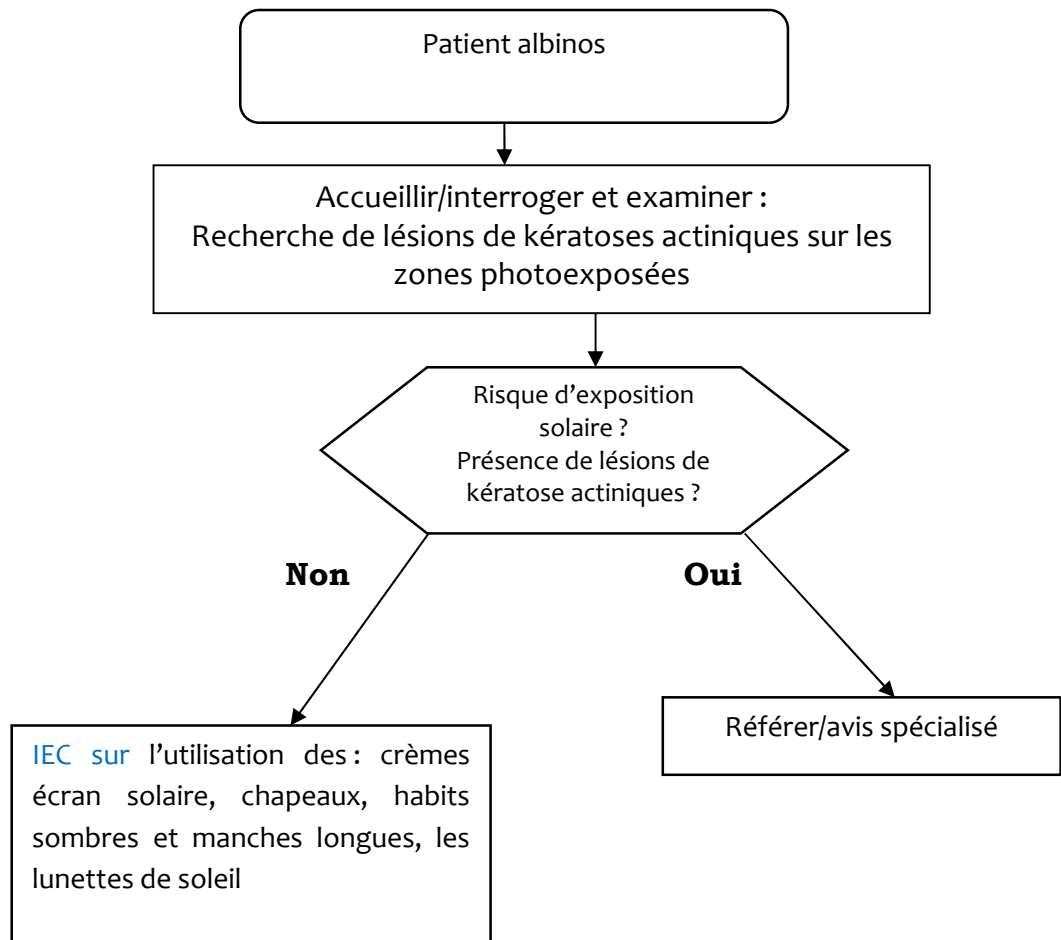
Information- Education-Communication (IEC)

- Education sanitaire sur la toxicité des rayons solaires chez les albinos depuis l'enfance

Utilisation des crèmes écrans solaires, port des chapeaux, habits sombres et manches longues, les lunettes de soleil

-Examen cutané systématique pour rechercher des signes en rapport avec un coup de soleil notamment la présence des kératoses actiniques sur les zones photoexposées

Algorithme 7 : Lésions précancéreuses chez les albinos



Iconographie de lésions chez albinos

Figure 22 : Kératoses actiniques chez albinos

Figure 23 : Kératoses actiniques chez albinos

Figure 24 : Carcinomes albinos



CHAPITRE 5 :
AUTRES DERMATOSES

AUTRES DERMATOSES

Si autres dermatoses, demander l'avis spécialisé dans le cadre du projet télédermatologie : photo + texte ou discussion (Fiche de demande d'expertise).

Parmi elles, la lèpre constitue un véritable problème de santé publique.

LEPRE

La lèpre est une maladie infectieuse chronique causée par un bacille acido-alcool-résistant en forme de bâtonnet (*Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen). La maladie attaque principalement la peau et le système nerveux périphérique. La muqueuse des voies respiratoires supérieures, les yeux ainsi que d'autres structures peuvent être atteints.

Diagnostic de la lèpre

Le diagnostic de la lèpre se fait à partir des constatations cliniques. Si le malade présente un ou plusieurs des signes cardinaux suivants, le diagnostic est fait :

- Taches hypopigmentées avec une perte de sensibilité
- Hypertrophie d'un ou plusieurs troncs nerveux périphériques.

Dépistage : Un dépistage efficace se base sur les activités suivantes :

la suspicion de la maladie chez tous les sujets qui consultent spontanément une structure sanitaire et qui présentent les signes et les symptômes évocateurs de la maladie, en particulier une ou plusieurs taches décolorées sur la peau avec ou sans perte de sensibilité ;

l'examen méticuleux de tous les sujets contacts des malades multibacillaires (MB) ;

Définition d'un cas de lèpre

Un cas de lèpre est une personne qui présente les signes cliniques de la lèpre. Les critères cliniques, permettant de classifier les cas de lèpre en multibacillaires (MB) ou en paucibacillaires (PB), reposent sur le nombre de lésions cutanées et des nerfs atteints.

Tableau I : Classification de la lèpre selon OMS

| | Lèpre paucibacillaire | Lèpre multibacillaire |
|---|--|---|
| Lésions cutanées Taches (non saillantes), papules (saillantes) et nodules | De 1 à 5 lésions hypopigmentées ; distributions asymétrique ; déficit sensoriel marqué | Plus de 5 lésions Déficit sensoriel Distribution plus symétrique |
| Atteinte nerveuse caractérisée par un déficit sensoriel ou un affaiblissement des nerfs atteints | Un seul tronc nerveux | Nombreux troncs nerveux |

Traitement

Tous les cas diagnostiqués doivent être mis sous polychimiothérapie (PCT) selon le schéma approprié. Les schémas PCT associent la rifampicine, la clofazimine et la dapsonne pour les cas MB et la rifampicine et la dapsonne pour les cas PB. A l'exception des enfants âgés de moins de 6 ans, les médicaments sont distribués sous forme de plaquettes calendrier. Chaque plaquette contient les médicaments pour un mois (4 semaines) de traitement. Les médicaments doivent être ingérés en une seule dose à jeun. La PCT standard est sûre, efficace et disponible gratuitement dans tous les centres de traitement.

Tableau II : Schéma thérapeutiques pour les malades MB (durée du traitement : 12 prises supervisées)

| Médicament | Dose selon l'âge | | | Modalités d'administration |
|-------------------|-------------------------|----------|-------------|--|
| | 0-5 ans | 6-14 ans | 15 ans et + | |
| Rifampicine | 300 mg | 450 mg | 600 mg | 1 dose toutes les 4 semaines sous supervision (1/28) |
| Clofazamine | 100 mg | 150 mg | 300 mg | 1 dose toutes les 4 semaines sous supervision (1/28) |
| Clofazimine | 50 mg | 50 mg | 50 mg | Prise journalière en automédication (7/7) |

| | | | | |
|---------|-------|-------|--------|---|
| Dapsone | 50 mg | 50 mg | 100 mg | Prise journalière en automédication (7/7) |
|---------|-------|-------|--------|---|

Tableau III : Schéma thérapeutiques pour les malades PB (durée du traitement : 6 prises supervisées)

| Médicament | Dose selon l'âge | | | Modalités d'administration |
|-------------|------------------|----------|-------------|--|
| | 0-5 ans | 6-14 ans | 15 ans et + | |
| Rifampicine | 300 mg | 450 mg | 600 mg | 1 dose toutes les 4 semaines sous supervision (1/28) |
| Dapsone | 25 mg | 50 mg | 100 mg | Prise journalière en automédication (7/7) |

Dans tous les cas, il faut référer dans une structure de prise en charge de la lèpre (infirmier lèpre) ou demander l'avis spécialisé dans le cadre de la télédermatologie.

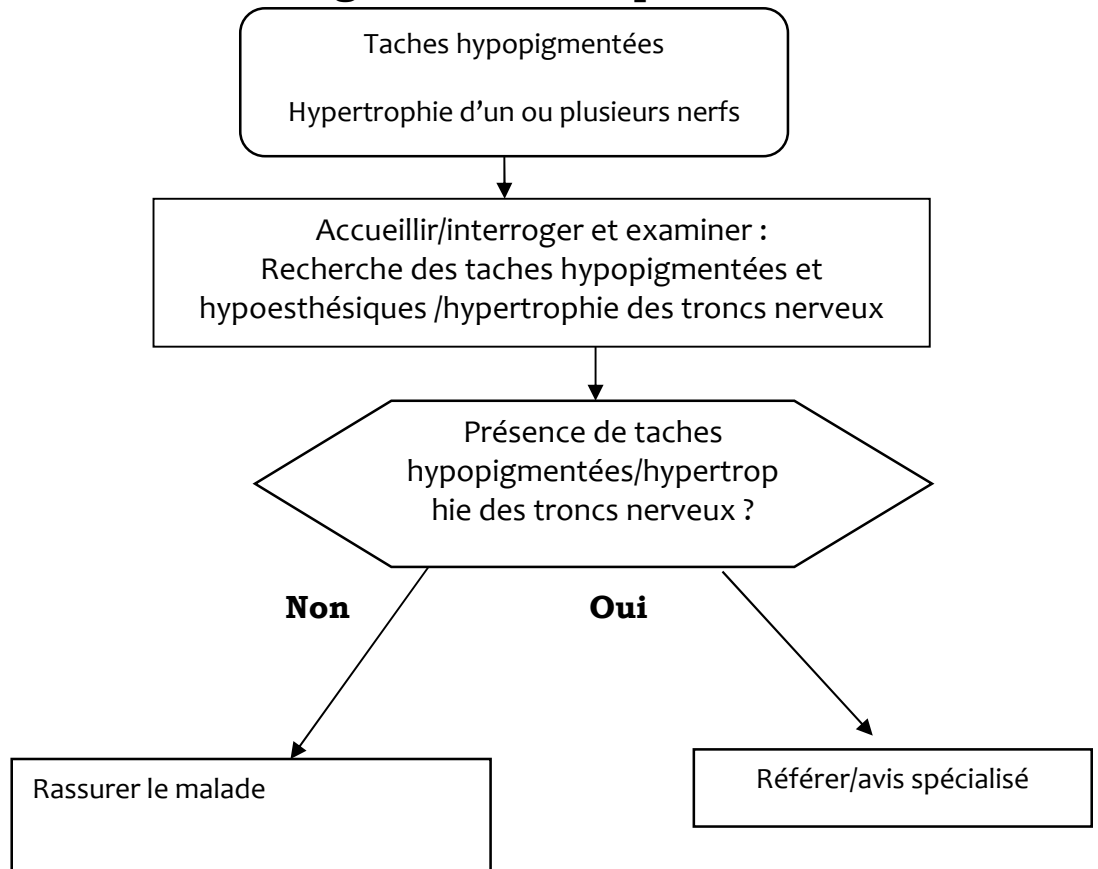
Information- Education-Communication (IEC)

Il faut :

Éduquer pour la communauté sur l'importance de consulter dès les premiers et de suivre le traitement en cas de confirmation.

Sensibiliser la population sur la reconnaissance des taches anormales.

Algorithme 8 : Lèpre



Iconographie de lésions de lèpre

Figure 25: Tache hypopigmentée de lèpre

Figure 26: Macules cuivrées de lèpre

Figure 27: Infiltration du visage et des pavillons des oreilles (Faciès léonin)

CHAPITRE 6 :

**MEDICAMENTS ESSENTIELS
DERMATOLOGIQUES**

Tableau IV : Liste des médicaments essentiels (Posologie, effets indésirables et prix)

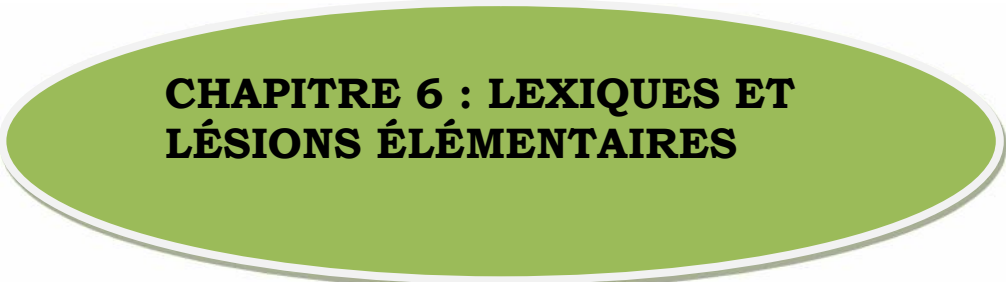
| DCI | POSOLOGIE | EFFETS INDESIRABLES | PRIX (CFA) |
|---|---|--|--|
| ANTISEPTIQUES | | | |
| POLYVIDONE IODEE en solution dermatologique 10% | -utilisation pure : en badigeonnage sur la peau -utilisation diluée : diluer à 1/10 avec de l'eau ou du sérum physiologique pour le lavage des plaies NB : Conte indiqué avant 1 an | -réactions d'hypersensibilité : urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique -dermites caustiques -eczéma de contact | 1310 |
| CHLOREXIDINE SOLUTION 0,2% ou bain de bouche | 2 applications par jour ou en bain de bouche NB : Ne pas appliquer dans les yeux, le conduit auditif | Eczéma de contact | 1310 pour le bain de bouche |
| DAKIN solution 250 ml et 500 ml | 2 applications par jour | Eczéma de contact | 1800 : flacon de 500ml 1355 : flacon de 250ml |
| ANTIBIOTIQUES | | | |
| ERYTHROMYCINE gélule 500mg ou granulés pour sirop 250mg, solution injectable 1g IV | -Adulte : 2 à 3 g/j pendant 10 jours Cas particulier de l'acné : 1g/j pendant au moins 3 mois -Enfant : 30 à 50 mg/kg/j pendant 10 jours | -Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales -Rares troubles auditifs et cardiaques | 1320 ; boîte de 10 gélules |
| AMOXICILLINE gélule 500 mg, sirop 125 | -enfant < 40 kg : 50 à 100 mg/kg/j en 2 à 3 prises | Allergie, ecchymose, fièvre, frissons, | 690 la plaquette de |

| | | | |
|--|--|--|---|
| mg/5ml | -Adulte, patients âgés pesant 40 kg et plus : 750 mg à 1 g 3 fois par jour sans dépasser 6g /j -durée : 7 à 14 jours | maux de gorge | 10 gélules |
| OXACILLINE gélule 500mg, sachet 250mg | 35 à 50 mg/kg/j -Adulte : 2 à 4 gélules/j -Enfant de moins de 12 ans : 1 à 2 gélules/j -Enfant de moins de 8 ans : préférer la forme pédiatrique en sachet 250mg | Parfois troubles digestifs ou cutanés : urticaire, œdème de Quincke, rarement choc anaphylactique | 2300 la plaquette de 12 |
| ANTALGIQUES | | | |
| PARACETAMOL cp 500,1000mg ; suppositoires 100, 200, 1000mg ; suspension buvable, forme injectable | -Adulte : dose maximale 4g/j en 4 prises -Enfant et nourrisson : 60mg/kg/j en 4 prises | -Erythème pigmenté fixe, réactions d'hypersensibilité (rare) -Anémie hémolytique chez les patients présentant un déficit en G6PD -Thrombopénie, leucopénie, neutropénie | 50 la plaquette de 10 |
| ANTI-HISTAMINIQUES | | | |
| DEXCHLORPHENIRAMINE Cp 2mg ; inj 5mg/1ml ; sirop flacon de 125ml | -Adulte et enfant de plus de 12 ans : 1cp 3 ou 4 fois par jour -Enfant de 6 à 12 ans : ½ cp 2 ou 3 fois par jour | -Sédation ou somnolence -Sécheresse des muqueuses, constipation -Mydriase, troubles de l'accommodation -Vertige, hypotension orthostatique -Réaction de sensibilisation, leucopénie | 1215 la boîte de 30 cp |
| MEQUITAZINE Cp 5mg et 10mg ; Sirop | Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 2 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée- mesure (5 ml) 2 par jour, | Sédation ou somnolence | 4050 la boîte de 12 cp de 10mg 2535 la boîte |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comp de 10mg le soir | | de 12 cp de 5 mg 1585 le flacon de sirop |
| LORATADINE comprimé (10mg et 5mg) et sirop | Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 1 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 1 fois par jour, Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comp de 10mg le soir | Palpitations | 1605 la boîte de 10 cp de 10mg 1150 : le flacon de sirop |
| ANTIFONGIQUES | | | |
| GRISEOFULVINE cp 250mg, 500mg | -Adulte : 500mg à 1g par jour soit 1 à 2 cp par jour en 2 prises au cours des repas -Enfant : 10 à 20mg/kg/j -Durée du traitement <ul style="list-style-type: none"> • 4 à 6 semaines pour la peau • 6 à 8 semaines dans les teignes • 4 à 12 mois pour les onychomycoses | -Céphalées, vertige, insomnie ou somnolence, confusion -Anorexie, nausées, diarrhée -Réactions allergiques cutanées -Troubles hépatiques et hématologiques | 800 la plaquette de 10 cp de 500mg |
| GRISEOFULVINE pommade 5% | 3 à 4 applications en massages légers | Risque de réactions cutanées et de photosensibilisation | 870 |
| FLUCONAZOLE gélule 150mg | 150 mg en une ou deux prises hebdomadaires | -Diarrhée, nausées, vomissements -Eruption cutanée, céphalées, -Hémorragies, troubles hépatiques | 470 la boîte unitaire |
| ECONAZOLE 10mg/g lait | 2 applications par jour pendant 2 semaines en moyenne | Dermite d'irritation | 3020 |
| ANTISCABIEUX | | | |
| BENZOATE DE BENZYLE solution 10% | 1 application cutanée (sauf au visage) pendant 3 soirs consécutifs ; répéter 8 jours | Irritation, eczéma, réactions d'hypersensibilité | 2390 (spécialité) |

| | | | |
|-----------------------------|--|---|----------------|
| | après | | ACARIL BIAL) |
| CROTAMITON crème 10% | 1 application 2 à 3 fois par jour pendant 2 semaines en moyenne | -Risque d'allergie -Risque de méthémoglobinémie en cas de passage transdermique | 2400 |
| A-PAR solution | Pour désinfecter linge et literie : pulvériser le produit sur le linge et la literie, enfermé dans un sac ou une malle pendant 24 heures | Irritation | 4400 |
| ANTILEPREUX | | | |
| Rifampicine | Selon l'âge (PNLL) | Syndrome pseudogrippal, cytopénie (anémie, thrombopénie), coloration rouge des urines, troubles hépatiques (hépatite cholestatique) | Gratuit |
| Clofazimine | Selon l'âge (PNLL) | Pigmentation brune et sécheresse de la peau ; troubles digestifs | Gratuit |
| Dapsone | Selon l'âge (PNLL) | Cytopénie (anémie, leucopénie); hépatite cytolytique, syndrome d'hypersensibilité ; Contre-indication : déficit en G6PD. | Gratuit |

PNLL : Programme national de lutte contre la lèpre



**CHAPITRE 6 : LEXIQUES ET
LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES**

Les lésions élémentaires peuvent être primitives (traduisant le processus lésionnel initial) ou secondaires (représentant l'évolution de ce processus). Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de l'association de plusieurs d'entre elles. En fonction de leur caractère palpable et/ou visible, des altérations de la surface, de la consistance de la peau on distingue :

Tableau V : Lésions élémentaires primaires

| |
|---|
| Macules ou taches seulement visibles ; (macules rouges et pigmentées) ou décolorées (hypochromies et achromies). |
| Collections liquidiennes |
| - sérosité claire (vésicule ≤ 3mm, et de bulle ≥ 5mm). |
| - contenu jaunâtre, pus : Pustule |
| Epaississement du tégument |
| Papules ≤ 10mm |
| Nodules ≥ 10 mm |
| Végétations excroissances d'allure filiforme, digitée ou lobulée ramifiée en chou-fleur. |

Tableau VI : Lésions élémentaires secondaires

| |
|--|
| Les fissures et rhagades sont des érosions linéaires épidermiques et dermiques superficielles. |
| Erosions : lésions épidermiques très superficielles, guérissant sans cicatrices. |
| Ulcérations : plus profondes. plus longue à guérir que la précédente une cicatrice visible. destruction du derme profond. |
| Ulcère : perte de substance cutanée sans tendance à la guérison spontanée |
| Lésions squameuses pellicules cornées se détachant plus ou moins facilement. |
| croûtes coagulation d'exsudat séreux, hémorragique ou purulent |
| Lichénification accentuation du quadrillage de la peau épaissie |
| Atrophie : amincissement de l'épiderme qui devient fin, lisse, transparent laissant voir le derme en rose violacé |

Iconographie (Lésions élémentaires)

Lésions élémentaires

**CHAPITRE7: FICHES DE
DEMANDE D'EXPERTISE ET
AUTRES DOCUMENTS**

Tableau VII : Fiche d'inventaire du matériel de télédermatologie

| Date | Matériel | Quantité reçue | Etat de fonctionnement | Responsable de centre | Signature | Superviseur |
|-------------|------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------|--------------------|
| | Appareil photo | | | | | |
| | Clé internet | | | | | |
| | Carte mémoire | | | | | |
| | Guide national | | | | | |
| | Ordinateur | | | | | |
| | Forfait internet | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

BIBLIOGRAPHIE

- 1- World Health Organization. Epidemiology and Management of Common Skin Diseases in Children in Developing Countries. WHO/FCH/CAH/05.12, 2005, 62 pages.
- 2- Ministère de la santé et de la protection sociale. Morbidité et mortalité dans les formations sanitaires. Principaux Indicateurs de Santé au Togo, 2014 ; 16 pages.
- 3- Pitché P, Tchamdja S, Amanga Y, Tchangai-Walla K. Pathologies dermatologiques en consultations hospitalières à Lomé (Togo). *Nouv Dermatol* 1997;16:369-73.
- 4- Centre National d'Appui aux Maladies (CNAM). Manuel de prise en charge des maladies de peau courantes au Mali.20... 25 p.

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



Société Togolaise de Dermatologie
et des Infections Sexuellement Transmissibles

Guide national de prise en charge des dermatoses courantes

Manuel de référence à l'usage des agents de santé

Août 2018

Avec le soutien de :



FONDATION PIERRE FABRE

EQUIPE DE REDACTION

Equipe de Coordination :

- Pr PITCHE Palokinam
- MCA SAKA Bayaki,

Equipe de validation :

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Pr TCHANGAÏ-WALLA Kisseme. | Présidente SOTODERM |
| 2 Dr BARRUET Raymond | Vice-président |
| 3 Dr AMOUZOU Bernard | Secrétaire général adjoint |
| 4 Prof. Ag. KOMBATE Koussake | Trésorière de la SOTODERM |
| 5 MCA MOUHARI-TOURE Abas | Membre |
| 6 Dr IHOU Ekoudé David | Membre |
| 7 Dr MABOUDOU Angèle | Membre |
| 8 Dr AKAKPO Abla Sefako | Membre |
| 9 Dr TECLESSOU Noude Julienne | Membre |
| 1 Dr MOÏSE-ELEGBEDE Yvette | Membre |
| 1 Dr GNOSSIKE Piham | Membre |
| 1 Dr MAHAMADOU Garba | Membre |
| 1 Dr GNASSINGBE Waguéna | Membre |

Préface

Promouvoir des soins dermatologiques de qualité pour la majorité de la population est l'un des objectifs de la Société Togolaise de Dermatologie et des Infections Sexuellement Transmissibles (SOTODERM) depuis sa création. Cet objectif rentre dans la vision globale du ministère de la santé qui œuvre pour parvenir à la couverture sanitaire universelle au Togo.

La mise en œuvre effective de cet objectif passe par le renforcement des capacités du personnel de soins. Au Togo comme dans la majorité des pays en Afrique subsaharienne, il y a un déficit important en médecins spécialistes pour la prise en charge des maladies de peau. Ainsi au Togo, il y a 16 dermatologues pour 7 millions d'habitants dont 14 exercent à Lomé.

Le projet de télédermatologie initié par la SOTODERM vise à combler ce gap en termes de couverture géographique de personnel qualifié en privilégiant les zones de l'intérieur non couvertes par les dermatologues. Dans ce projet, il y a le volet formation du personnel de santé à partir d'un guide sur les maladies courantes. Cette formation normalisée est importante et va servir de fondation sur laquelle va se construire la télédermatologie. En effet, la télédermatologie constitue une forme de tutorat à distance à partir des outils technologiques de communication pour aider le personnel de terrain à prendre des décisions diagnostique et thérapeutique.

Nous espérons qu'à la fin du projet, nous aurons contribué à augmenter à la fois la quantité et la qualité de la prise en charge des maladies dermatologiques courantes à travers toutes les régions du pays impactant ainsi sur la santé de nos populations.

C'est l'occasion pour moi de présenter nos sincères gratitude à la Fondation Pierre Fabre qui finance le projet et le ministère de la santé pour son soutien dans la mise en œuvre dudit projet.

Pr K. TCHANGAI-WALLA

Présidente de la SOTODERM

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| EQUIPE DE REDACTION | II |
| PREFACE | III |
| SOMMAIRE..... | IV |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | VI |
| LISTE DES ALGORITHMES | VII |
| LISTES DES TABLEAUX | VII |
| LISTE DES FIGURES | VIII |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. CONTEXTE..... | 1 |
| 2 LES ALGORITHMES | 2 |
| CHAPITRE 1 : DERMATOSES BACTERIENNES | 3 |
| 1- PYODERMITES | 4 |
| ALGORITHME 1 : PYODERMITES..... | 6 |
| ICONOGRAPHIE DE PYODERMITES | 7 |
| 2- ERYSIPELE DE JAMBE..... | 8 |
| ALGORITHME 2 : ERYSIPELE DE JAMBE | 9 |
| ICONOGRAPHIE D'ERYSIPELE DE JAMBE..... | 10 |
| CHAPITRE 2 : DERMATOSES MYCOSIQUES..... | 11 |
| 1-TEIGNES | 12 |
| ALGORITHME 3 : TEIGNES | 13 |
| ICONOGRAPHIE DE TEIGNES..... | 14 |
| 2-MYCOSES CUTANÉES | 15 |
| ALGORITHME 4 : DERMATOPHYTIES DE LA PEAU ET DES PLIS..... | 17 |
| ICONOGRAPHIE DE MYCOSES CUTANÉES..... | 18 |
| CHAPITRE 3 :DERMATOSES PARASITAIRES..... | 19 |
| 1- GALE | 20 |
| ALGORITHME 5 : GALE OU SCABIOSE | 21 |
| ICONOGRAPHIE DE GALE | 22 |
| 2. PRURIGO..... | 23 |
| ALGORITHME 6 : PRURIGO | 25 |
| ICONOGRAPHIE DE PRURIGO..... | 26 |
| CHAPITRE 4 : LESIONS PRECANCEREUSES CHEZ LES ALBINOS | 27 |
| PERSONNES ATTEINTES D'ALBINISME | 28 |
| ALGORITHME 7 : LESIONS PRECANCEREUSES CHEZ LES ALBINOS | 29 |
| ICONOGRAPHIE DE LESIONS CHEZ ALBINOS..... | 30 |
| CHAPITRE 5 : AUTRES DERMATOSES..... | 31 |
| AUTRES DERMATOSES | 32 |
| LEPRE | 33 |

| | |
|---|-----------|
| ALGORITHME 8 : LEPRE | 36 |
| ICONOGRAPHIE DE LESIONS DE LEPRE | 37 |
| CHAPITRE 6 :MEDICAMENTS ESSENTIELS DERMATOLOGIQUES..... | 38 |
| CHAPITRE 6 : LEXIQUES ET LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES..... | 43 |
| ICONOGRAPHIE (LESIONS ELEMENTAIRES) | 45 |
| CHAPITRE7: FICHES DE DEMANDE D'EXPERTISE ET AUTRES DOCUMENTS | 46 |
| BIBLIOGRAPHIE | 48 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-------------|---|
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| g | Gramme |
| IEC | Information Education Conseils |
| IM | Intramusculaire |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| J | Jour |
| J7 | Septième jour |
| mg | Milligramme |
| MSPS | Ministère de la Santé et de la Protection Sociale |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| po | per-os |
| pu | Prise Unique |
| PB | Pauci-Bacillaire |
| MB | Multi-Bacillaire |
| MDP | Maladie de la Peau |
| PCT | Poly-Chimiothérapie |

LISTE DES ALGORITHMES

| | |
|---|----|
| Algorithme 1 : Pyodermites | 6 |
| Algorithme 2 : Erysipèle de jambe | 10 |
| Algorithme 3 : Teignes | 16 |
| Algorithme 4 : Dermatophyties de la peau et des plis | 19 |
| Algorithme 5 : Gale ou scabiose | 24 |
| Algorithme 6 : Prurigo | 28 |
| Algorithme 7 : Lésions précancéreuses chez les albinos | 33 |
| Algorithme 8 : Lèpre | 40 |

LISTES DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I : Classification de la lèpre selon OMS | 34 |
| Tableau II : Schéma thérapeutiques pour les malades MB (durée du traitement : 12 prises supervisées) | 34 |
| Tableau III : Schéma thérapeutiques pour les malades PB (durée du traitement : 6 prises supervisées) | 35 |
| Tableau IV : Liste des médicaments essentiels(Posologie, effets indésirables et prix)..... | 39 |
| Tableau V : Lésions élémentaires primaires | 44 |
| Tableau VI : Lésions élémentaires secondaires..... | 44 |
| Tableau VII : Fiche d'inventaire du matériel de télédermatologie | 47 |
| Tableau VIII : Fiche de demande d'expertise dermatologique.. Erreur ! Signet non défini. | |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|--|
| Figure 1 : Impétigo bulleux avec des croûtes noirâtres..... | 7 |
| Figure 2 : Impétigo avec des croûtes mélicériques..... | 7 |
| Figure 3 : Folliculite superficielle avec pustule centrée par un poil.... | 7 |
| Figure 4 : Furoncles du menton | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 5 : Erysipèle de jambe non compliqué..... | 10 |
| Figure 6 : Erysipèle de jambe non compliqué..... | 10 |
| Figure 7 : Erysipèle de jambe compliqué..... | 10 |
| Figure 8 : Erysipèle de jambe avec une hyperpigmentation sur peau noire | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 9: Teigne trichophytique | 14 |
| Figure 10 : Teigne microsporique..... | 14 |
| Figure 11 :: Teigne suppurée (surinfection)..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 12 :: Teigne suppurée après traitement de la surinfection | 14 |
| Figure 13: Epidermomycose | 18 |
| Figure 14: Epidermomycose | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 15: Intertrigo des plis inguinaux..... | 18 |
| Figure 16: Intertrigo mycosique inter-orteil..... | 18 |
| Figure 17: Macaron d'épidermomycose | 18 |
| Figure 18 : Mycose des fesses..... | 18 |
| Figure 19: Lésions interdigitales de gale | 22 |
| Figure 20: Nodules scabieux..... | 22 |
| Figure 21: Gale humaine | 22 |
| Figure 22 : Lésions des fesses..... | 22 |
| Figure 23 : Prurigo avec des séropapules | 26 |
| Figure 24: Prurigo avec des séropapules .. | Erreur ! Signet non défini. |
| Figure 25 : Prurigo avec lichénification | 26 |

| | |
|---|----|
| Figure 26 : Prurigo avec excoriations | 26 |
| Figure 27 : Kératoses actiniques chez albinos | 30 |
| Figure 28 : Kératoses actiniques chez albinos | 30 |
| Figure 29 : Carcinomes albinos | 30 |
| Figure 30: Tache hypopigmentée de lèpre | 37 |
| Figure 31: Macules cuivrées de lèpre | 37 |
| Figure 32: Infiltration du visage et des pavillons des oreilles (Faciès léonin)..... | 37 |
| Figure 33 : Lésions élémentaires | 45 |

INTRODUCTION

1. Contexte

Les maladies de peau (MDP) représentent l'une des plus fréquentes causes de morbidité dans les pays en voie de développement, et touchent plus de 60% de la population [1]. Au Togo en 2014, les affections cutanées ont occupé la 7^{ème} place parmi les dix principales causes de consultation externe avec un taux de morbidité de 1,2% au niveau national [2]. Les affections cutanées les plus rencontrées sont les dermatoses infectieuses dans 27% cas (13% de mycoses, 7% de pyodermites et 7% de gale humaine), suivis des eczémas (25%) et de l'acné (7%) [2]. La majorité des patients souffrant de maladies de peau (MDP) consultent le plus souvent dans les formations sanitaires périphériques loin des structures spécialisées. Le succès de l'approche syndromique utilisée dans la prise en charge des IST/VIH est un argument important pour développer des ordinogrammes pour faciliter la prise en charge des dermatoses courantes dans lesdites formations. Le but de ce guide est donc d'outiller les agents de santé (médecins généralistes et paramédicaux), généralement peu ou pas compétents en dermatologie, afin qu'ils soient capables d'apporter une réponse satisfaisante à la demande de soins dermatologiques. Le succès du projet Malien [4] dans ce sens, constitue un argument supplémentaire.

Les recommandations issues de ce guide sont le résultat d'une évaluation d'experts nationaux et internationaux. Elles sont basées sur la réalité de la pratique médicale et de l'expérience des dermatologues regroupés au sein de la Société Togolaise de Dermatologie et des Infections Sexuellement Transmissibles (SOTODERM).

L'utilisation en pratique de ce guide se fera dans un premier temps sous forme de tutorat avec la supervision d'un spécialiste dans le cadre du projet de télédermatologie. Cependant, il faut noter que la maîtrise de ce guide ne pourrait pas se substituer à la formation médicale continue en dermatologie qui est un processus continu pour les non spécialistes.

Le présent document s'est focalisé sur les dermatoses, les plus courantes dans notre contexte :

- Les dermatoses bactériennes les plus courantes (pyodermites et érysipèle de jambe) ;
- Les mycosiques cutanées superficielles (teignes et dermatophyties) ;
- Les dermatoses parasitaires (gale et prurigo) ;
- Et la prise en charge des lésions précancéreuses chez les personnes atteintes d'albinisme.

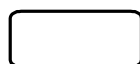
Pour chaque chapitre, il y a des éléments descriptifs et un ordinogramme ou algorithme.

Chaque chapitre commence par une définition suivie des éléments diagnostiques et de la prise en charge thérapeutique (traitement curatif et préventif).

2 Les algorithmes

Les algorithmes ou ordinogrammes permettent de prendre des décisions nécessaires à l'administration d'un traitement adéquat aux malades. Ils se composent de figures géométriques qui représentent :

⇒ La plainte du patient



⇒ La prise de décisions



⇒ Les actions à mener



Chaque algorithme comporte plusieurs étapes dont :

- *Une étape de décisions* : le prestataire doit infirmer ou confirmer les plaintes du malade ;
- *Une étape d'actions* : le prestataire doit effectuer systématiquement un certain nombre d'actions (exemple : prescrire les médicaments ; faire le counseling ; promouvoir l'hygiène individuelle et collective ; expliquer l'importance du traitement des sujets contact par exemple) ;
- *Une étape de référence* : Ceci pour interpeller le personnel soignant sur la nécessité de référer les malades à un échelon supérieur en cas d'échec ou de non amélioration après un traitement bien conduit et correctement suivi (posologie, durée du traitement). L'étape de référence doit être respectée par tous les utilisateurs des algorithmes, car il ne faut pas s'acharner à traiter, et tarder à référer par exemple une urgence médico-chirurgicale (fasciite nécrosante).

**CHAPITRE 1 : DERMATOSES
BACTERIENNES**

**PYODERMITES – ERYSIPELE DE
JAMBE**

1- PYODERMITES

Les pyodermites sont des infections cutanées superficielles d'origine bactérienne, contagieuses, favorisées par un manque d'hygiène, la pauvreté, la promiscuité. Elles peuvent être primitives (impétigo) ou secondaires à une dermatose sous-jacente qui s'est surinfectée, notamment du fait d'un prurit (gale, eczéma, teigne, piqûres d'insectes...). Le diagnostic de pyodermite impose donc la recherche d'une cause éventuelle.

Diagnostic :

On affirme le diagnostic de pyodermite sur l'un ou l'autre des critères suivants : présence de croûtes jaunâtres (couleur de miel), de bulles superficielles (ressemblant à une ampoule ou à une brûlure superficielle), de pus, d'une plaie d'allure sale, de signes d'inflammation locale ou régionale (chaleur, rougeur, douleur, tuméfaction, adénopathie). Ces signes peuvent être isolés, ou associés à ceux de la dermatose sous-jacente lorsqu'il s'agit d'une pyodermite secondaire. On distingue :

- **Les pyodermites sévères** (critères de sévérité : signes d'inflammation locale ou régionale notamment adénopathie et/ou fièvre, présence de plus de 5 lésions, présence d'au moins une lésion de grande taille supérieure à 2cm de diamètre).
- **Les pyodermites bénignes** : s'il n'existe aucun des signes de sévérité

Traitement :

Il est fonction de sa gravité.

Traitement des pyodermites bénignes : repose en première intention sur les antiseptiques dont les plus recommandés sont :

- Polyvidone iodée en solution dermique à 10%
- Chlorhexidine solution
- Dakin solution

En cas d'échec de ce traitement, jugé lors d'une évaluation pratiquée à une semaine, il faut traiter comme une pyodermite sévère.

Traitement des pyodermites sévères : repose d'emblée sur une antibiothérapie orale d'une durée de 8 jours. Les antibiotiques recommandés en première intention sont : Erythromycine à 30 mg/kg/j chez l'enfant, et 2g/j chez l'adulte. Amoxicilline à 30 à 50 mg/kg/j chez l'enfant, et 2g/j chez l'adulte. Le traitement local est identique à celui des pyodermites bénignes.

Il faut toujours évaluer l'existence éventuelle d'une dermatose sous-jacente. Ceci se fera en s'aidant des 3 algorithmes spécifiques (gale,

teigne, autres dermatoses). Le traitement de cette dermatose se fera soit d'emblée, si la surinfection est jugée bénigne, soit après traitement de la pyodermite si celle-ci est jugée sévère.

Autres traitements possibles

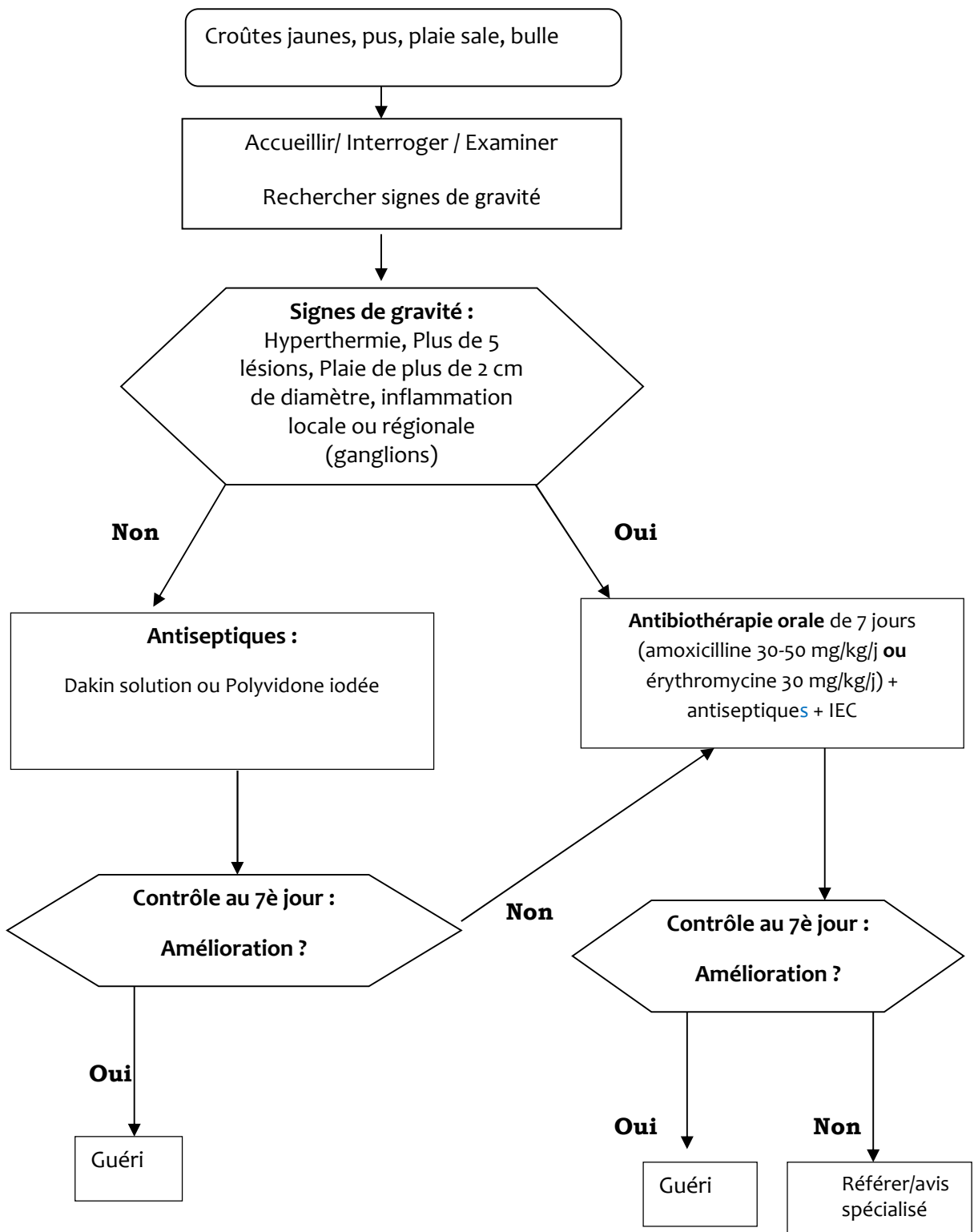
- = Autres antibiotiques acceptables pour le traitement des pyodermites sévères : pénicillines du groupe M (oxacilline ou cloxacilline)
- *Cas particulier* : le furoncle nécessite d'emblée un traitement par voie orale. Une incision est indiquée seulement en cas d'abcès constitué.

Information- Education-Communication(IEC)

Les pyodermites sont favorisées par une mauvaise hygiène. Il faudra promouvoir :

- L'usage du savon pour la toilette corporelle, pour le nettoyage du linge ;
- Le soin systématique des plaies, surtout si celles-ci sont importantes ou souillées, soit par un nettoyage avec de l'eau et du savon, soit au mieux par l'application d'un antiseptique (polyvidone iodée, dakin solution).

Algorithme 1 : Pyodermites



Iconographie de pyodermites

Figure 1 : Impétigo bulleux avec des croûtes noirâtres

Figure 2 : Impétigo avec des croûtes mélicériques

Figure 3 : Folliculite superficielle avec pustule centrée par un poil

2- ERYSIPELE DE JAMBE

L'érysipèle de jambe est une infection du tissu cutané (derme et hypoderme) de la jambe, sans nécrose. Cette infection est causée le plus souvent par un microbe appelé streptocoque bêta hémolytique du groupe A. Ses facteurs favorisants sont une porte d'entrée (plaie mal traitée, pied d'athlète non soigné ou intertrigo inter-orteil), un lymphoedème, une obésité et la dépigmentation cosmétique volontaire.

Diagnostic

Le diagnostic est fait devant des signes généraux (fièvre, frissons), signes locaux (grosse jambe rouge, à peau luisante, douloureuse avec des bulles ou « ampoules »), régionaux (ganglions douloureux du côté de la jambe malade). Il faut toujours rechercher une plaie récente mal ou pas traitée, ou un intertrigo inter-orteils.

Traitement

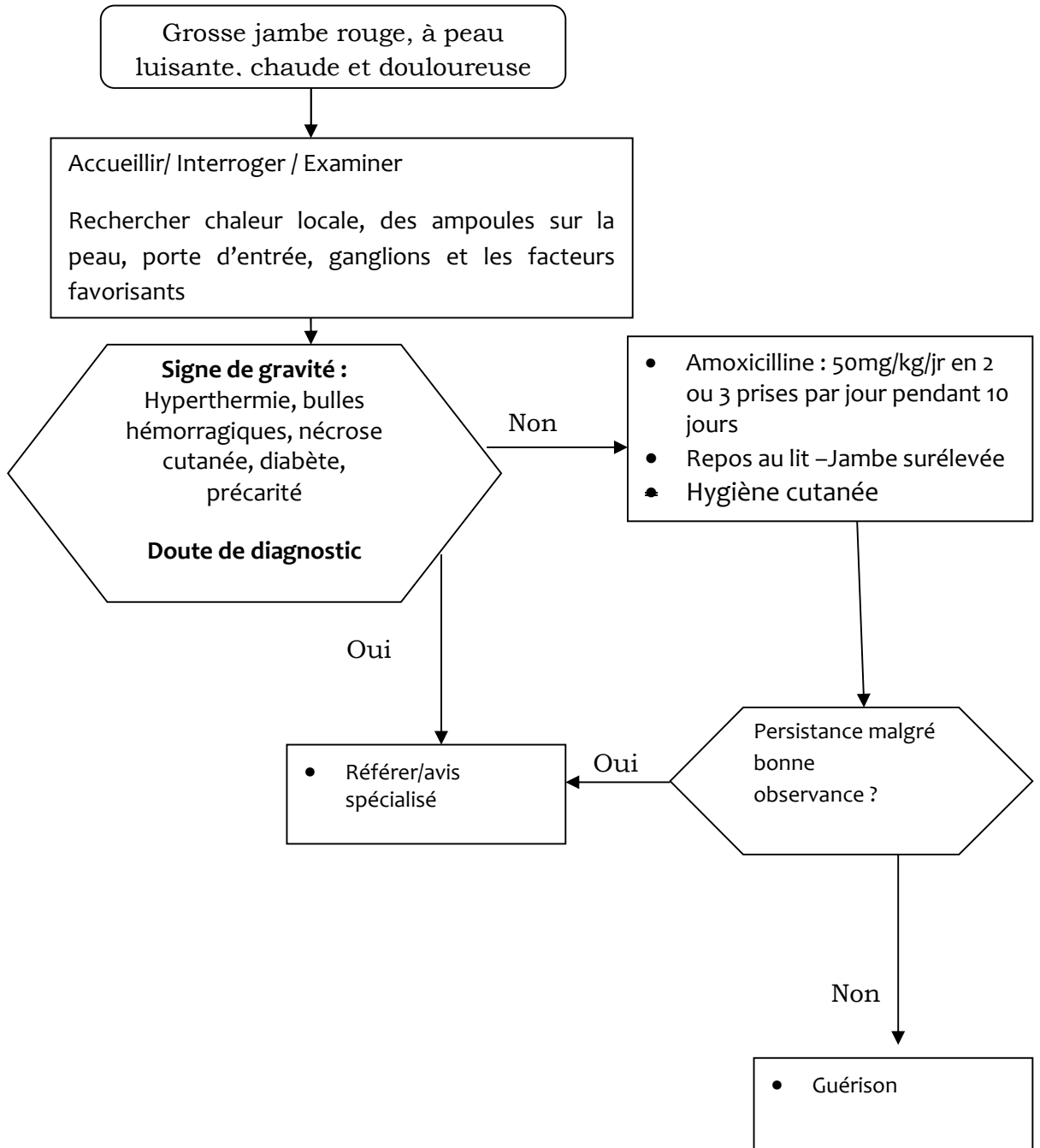
Il est fonction de la gravité (Eléments de gravité : ampoules hémorragiques, nécrose cutanée, diabète, obésité, précarité).

- Ñ **En cas de signes de gravité**, il faut référer à un échelon supérieur
- Ñ **En l'absence de signes de gravité, traiter avec** : Amoxicilline + acide clavulanique 50mg/Kg/j : pendant 10 jours,
- Ñ **Dans tous les cas**: repos au lit avec la jambe surélevée ; utiliser des antidouleurs (Paracétamol 1g/6h) ; Faire des Soins locaux avec des antiseptiques (Chlorhexidine, Polyvidone iodée). Retrouver la porte d'entrée (pied d'athlète, plaies de jambe) pour la soigner.
- Ñ **Autres traitements possibles** : si allergie à la pénicilline/Bétalactamines, utiliser azithromycine 500mg/j pendant 3jrs (200mg/j chez l'enfant), érythromycine (50mg/kg/j pendant 10 jours).

Ñ **Information- Education-Communication(IEC)**

- Ne pas utiliser les AINS (Ibuprofène, Aspirine, Indométacine) ;
- Ne pas utiliser le dexaméthasone ;
- Avoir une hygiène cutanée soignée.
- Sensibiliser sur les facteurs de risque
- Si plusieurs récurrences, référer.

Algorithme 2 : Erysipèle de jambe



Iconographie d'Erysipèle de jambe

Figure 4 : Erysipèle de jambe non compliqué

Figure 5 : Erysipèle de jambe non compliqué

Figure 6 : Erysipèle de jambe compliqué

**CHAPITRE 2 : DERMATOSES
MYCOSIQUES**

TEIGNES-DERMATOPHYTIES

1-TEIGNES

La teigne est une maladie due à un champignon qui s'attaque aux cheveux et provoque des plaques arrondies de cheveux coupés très courts (alopécie). Ces plaques sont recouvertes de pellicules très fines. Cette maladie de peau atteint essentiellement les enfants d'âge scolaire. Habituellement, les teignes observées chez l'enfant guérissent spontanément à la puberté. Il existe des cas rares de teigne chez les adultes.

Diagnostic

Il s'agit, le plus souvent, d'un enfant de moins de 15 ans qui présente une ou plusieurs zones ou plaques du cuir chevelu où les cheveux sont coupés courts, rares voire absents associés à des squames (pellicules). Trois présentations sont possibles :

- Petites plaques (1 à 2 cm) multiples avec des pellicules et parfois du pus qui se sèchent pour former des croûtes engluant les cheveux cassés très courts ou parfois encore sains
- Grandes plaques (plusieurs cm) unique ou peu nombreuses avec des pellicules et des cheveux cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau
- Plaque unique gonflée parsemée de pustules et de croûtes jaunes avec des cheveux tombés, cassés ou agglutinés.

Il existe d'autres aspects plus rares (petites dépressions autour du cheveu, teigne de la barbe...). Il faut rechercher une notion de contagion pouvant aider au diagnostic.

Traitement :

Il dure 6 à 8 semaines, est systémique (éventuellement associé à un traitement local)

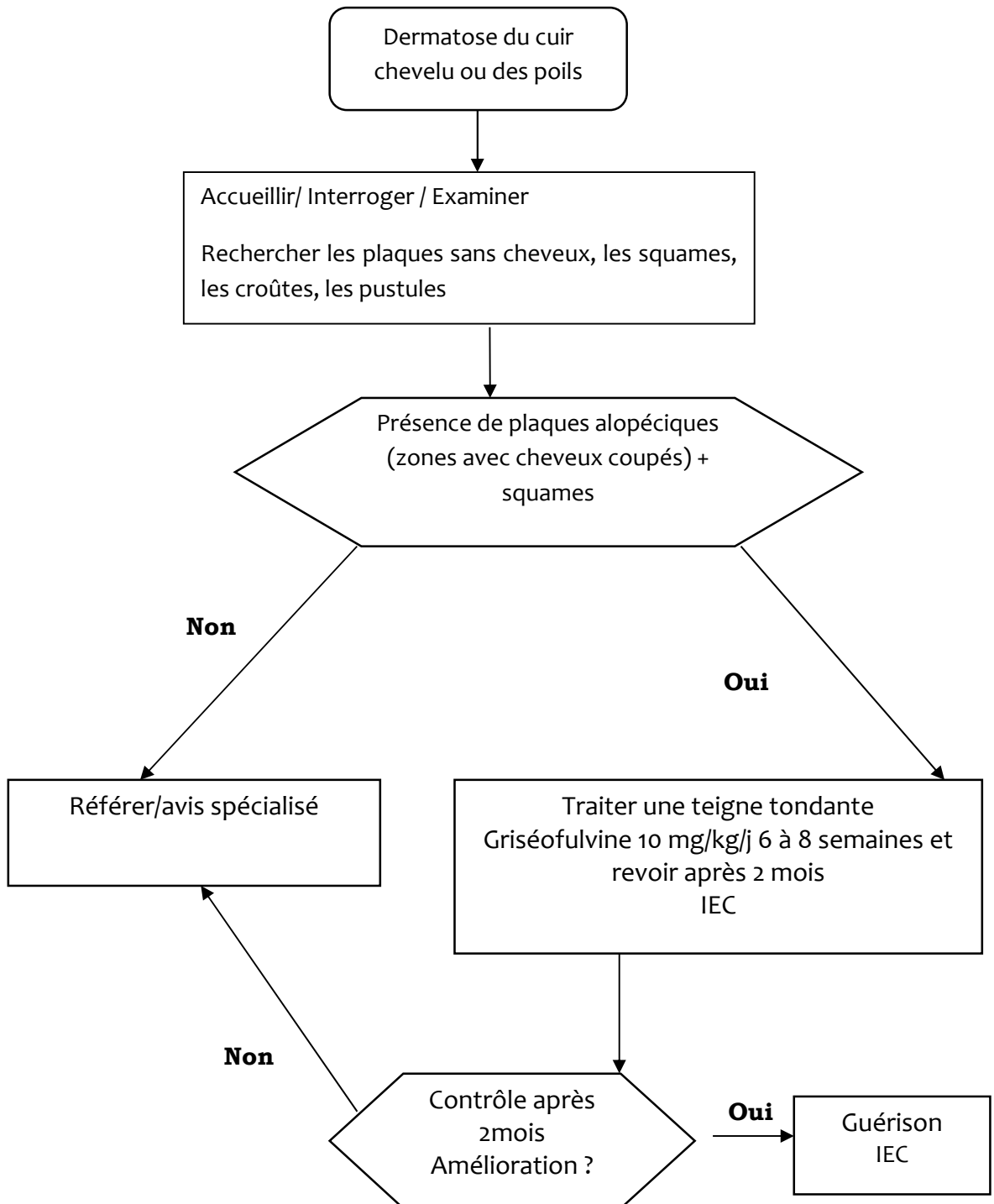
Traitement local : Imidazolés (exemple éconazole en crème) en application sur les lésions matin et soir.

Traitement systémique : En première intention : griséofulvine à la dose de 10 à 20mg/kg/j. En seconde intention : fluconazole (une gélule de 150mg par semaine pendant 6 semaines).

Information- Education-Communication(IEC)

Dépister les personnes infectées dans la famille et les traiter.

Algorithme 3 : Teignes



Iconographie de teignes

Figure 7: Teigne trichophytique

Figure 8 : Teigne microsporique

Figure 9 : Teigne suppurée après traitement de la surinfection

2-MYCOSES CUTANÉES

Les mycoses cutanées ou dermatophytoses sont des affections causées par des champignons filamenteux microscopiques qui se nourrissent de la kératine (substance retrouvée au niveau de l'épiderme, des ongles, poils et cheveux). La contamination de l'homme peut se faire : d'homme à homme (espèces **anthropophiles**), des animaux à l'homme (espèces **zoophiles**), des sols ou débris végétaux à l'homme (espèces **géophiles**).

Diagnostic :

On distingue deux grands groupes : les épidermophyties (lésions de la peau) et les intertrigos (lésions des plis).

- **Epidermophyties** circinées ou “macaron” : érythème (rougeur) localisé, prurigineux, qui va s'étaler de façon centrifuge (augmenter progressivement de taille) en anneau avec un pourtour bien limité, net, recouvert de petites vésicules tandis que la lésion semble guérir au centre. Ces macarons peuvent se regrouper et former des placards polycycliques.
-
- **Intertrigos des plis**
 - *Intertrigos des grands plis* : (plis inguinaux, cruraux, sous mammaires, inter-fessiers, axillaires) se manifestant par un placard érythémato-squameux plus ou moins prurigineux, à contours géographiques, avec une bordure inflammatoire. Le fond du pli est fissuré ou macéré. L'atteinte est unilatérale ou bilatérale. Il faut rechercher des facteurs favorisants comme : obésité, diabète, dépigmentation et macération.
 - *Intertrigos des petits plis* : Les plus fréquents sont les « pieds d'athlète » qui siègent dans les espaces inter-orteils. Ce sont des lésions banales, fréquentes, favorisées par la chaleur, la macération et la sudation excessive. Cliniquement, il s'agit d'un épaissement blanchâtre, macéré, parfois une simple fissure au fond du pli

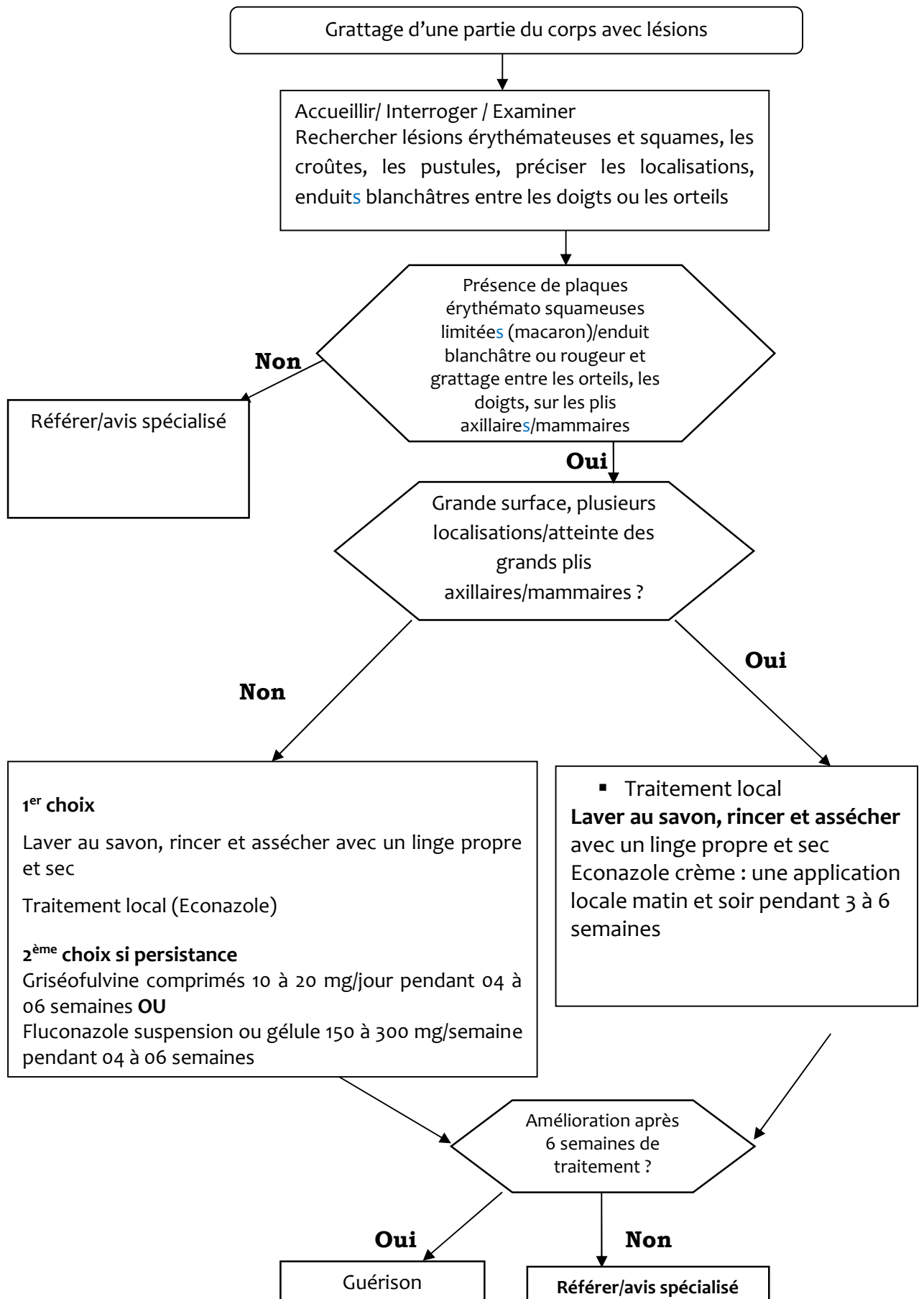
Traitement :

- **Lésions localisées** : Antifongiques locaux : disponibles en crème ou pommade : Econazole crème.
- **Lésions étendues** : Griséofulvine comprimé (125, 250, 500mg) 10 à 20 mg/kg/jr. Contre indiqué si: grossesse, allaitement, enfant de moins de 02 ans. Fluconazole suspension buvable (10mg/ml) ou gélule 50mg, 150 à 300 mg/semaine.

Information- Education-Communication(IEC)

: désinfecter ou bouillir le linge, éponge, serviette à la fin du traitement, port de vêtements en coton, éviter l'humidité et la macération des plis, bonne hygiène individuelle et collective

Algorithme 4 : Dermatophyties de la peau et des plis



Iconographie de mycoses cutanées

Figure 10: Epidermomycose

Figure 11: Intertrigo des plis inguinaux

Figure 12: Intertrigo mycosique inter-orteil

Figure 13: Macaron d'épidermomycose

Figure 14 : Mycose des fesses

**CHAPITRE 3 :DERMATOSES
PARASITAIRES**

GALE/SCABIOSE - PRURIGO

1- GALE

La gale est une parasitose cutanée due à un acarien, *sarcoptes scabiei hominis* qui vit dans la couche superficielle de l'épiderme. Elle est très contagieuse par contact direct interhumain ou indirect par le partage de linge et de literie. Elle est endémique dans la plupart des pays tropicaux aussi bien en milieu rural qu'urbain.

Diagnostic :

Le signe essentiel est le prurit ; qui est intense permanent généralisé, à recrudescence nocturne, prédominant souvent à certaines régions du corps : espaces interdigitaux, organes génitaux externes, fesses et région pectorale. Ce prurit est aussi noté chez les sujets proches du patient (contage familial). Le prurit peut s'accompagner de lésions cutanées non spécifiques (papules, papulo-nodules, pustules, vésicules, squames...) et de lésions de grattage dont les localisations sont évocatrices : espaces interdigitaux et faces latérales des doigts, faces antérieures des poignets, régions axillaires, organes génitaux externes, fesses, ombilic, faces d'extensions des coudes et genoux, mamelons et aréoles mammaires chez la femme.

NB : chez le nourrisson, l'atteinte prédomine au niveau des paumes et des plantes sous forme de pustules. Le prurit et les lésions de grattage entraînent souvent des complications infectieuses (pyodermites). Parfois on note des lésions nodulaires et érosives surinfectées au niveau des organes génitaux externes.

Traitement :

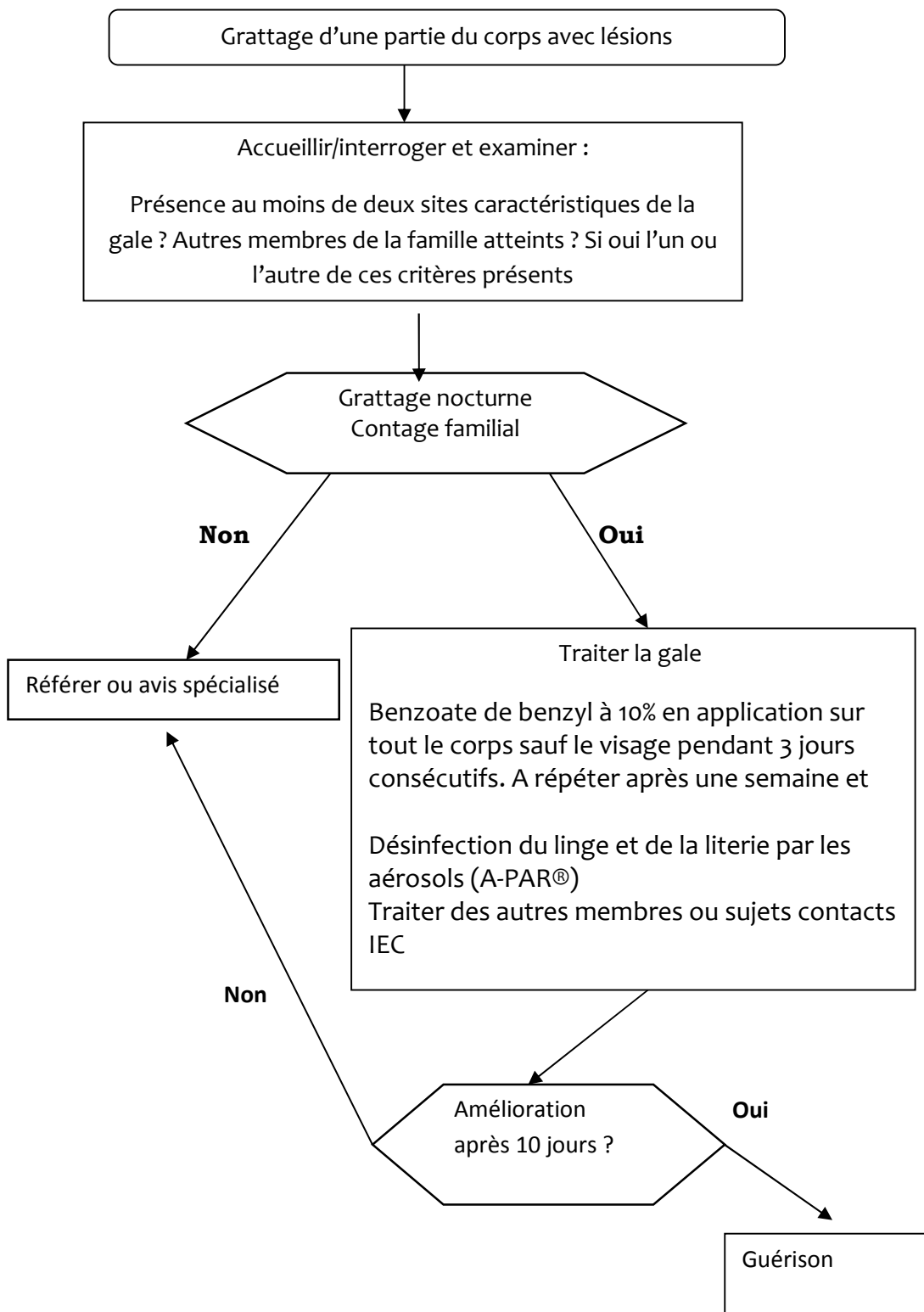
Il consiste à

- Détruire le parasite sur la peau par badigeonnage de tout le corps sauf le visage avec une solution de benzoate de benzyl à 10% (ASCABIOL) le soir au coucher (à garder 12 heures) pendant 3 à 4 soirs consécutifs. Répéter la même série une semaine après.
- Désinfecter le linge et la literie : elle est obligatoire et se fait à partir de produits aérosol ou spray (A-PAR®)
- Traiter simultanément toute la famille et les sujets contacts.
- Prescrire une antibiothérapie en cas de surinfection importante.

Information- Education-Communication(IEC)

Conseiller hygiène rigoureuse, traiter tous les sujets contacts.

Algorithme 5 : Gale/scabiose



Iconographie de Gale

Figure 15: Lésions interdigitales de gale

Figure 16: Nodules scabieux

Figure 17: Gale humaine

Figure 18 : Lésions des fesses

2. PRURIGO

Le prurigo est une maladie de la peau (dermatose) d'origine allergique liée aux piqûres d'insectes (mouche, moustiques, tiques, puces). L'âge de survenue est de 2 - 7 ans. Mais la survenue d'un prurigo chez un adulte, surtout généralisé doit amener à réaliser un test de dépistage VIH.

Diagnostic

La lésion élémentaire du prurigo est une séropapule c'est à dire un bouton rouge ou foncé centré par une petite vésicule. Parfois, il peut s'agir de croûtes, de gros boutons contenant un liquide clair (bulle). Ces lésions peuvent se surinfecter et donner des papulo-pustules (bouton contenant du pus) et des plaies. En plus de ces lésions, il existe un prurit (démangeaison) qui est parfois insomniant. Siège des lésions : les parties découvertes (membres supérieurs et inférieurs).

Traitement

Antihistaminique contre le prurit :

- Dexchlorpheniramine sirop/comprimé: Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 2 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 2 par jour, Enfant de 10- 15 ans 2 cuillerée-mesure (10 ml) 2 fois par jour ; adulte : 1 cp matin et soir
- Méquitazine sirop/comprimé (5mg et 10mg) : Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 2 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 2 par jour, Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comprimé de 10mg le soir
- Loratadine comprimé (10 mg et 5 mg) et sirop : Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 1 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 1 par jour, Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comprimé de 10mg le soir

Antibiotique : Amoxicilline gélule 500 mg et sirop 250 mg à raison de 50 mg/kg (en cas de surinfection des lésions de grattage)

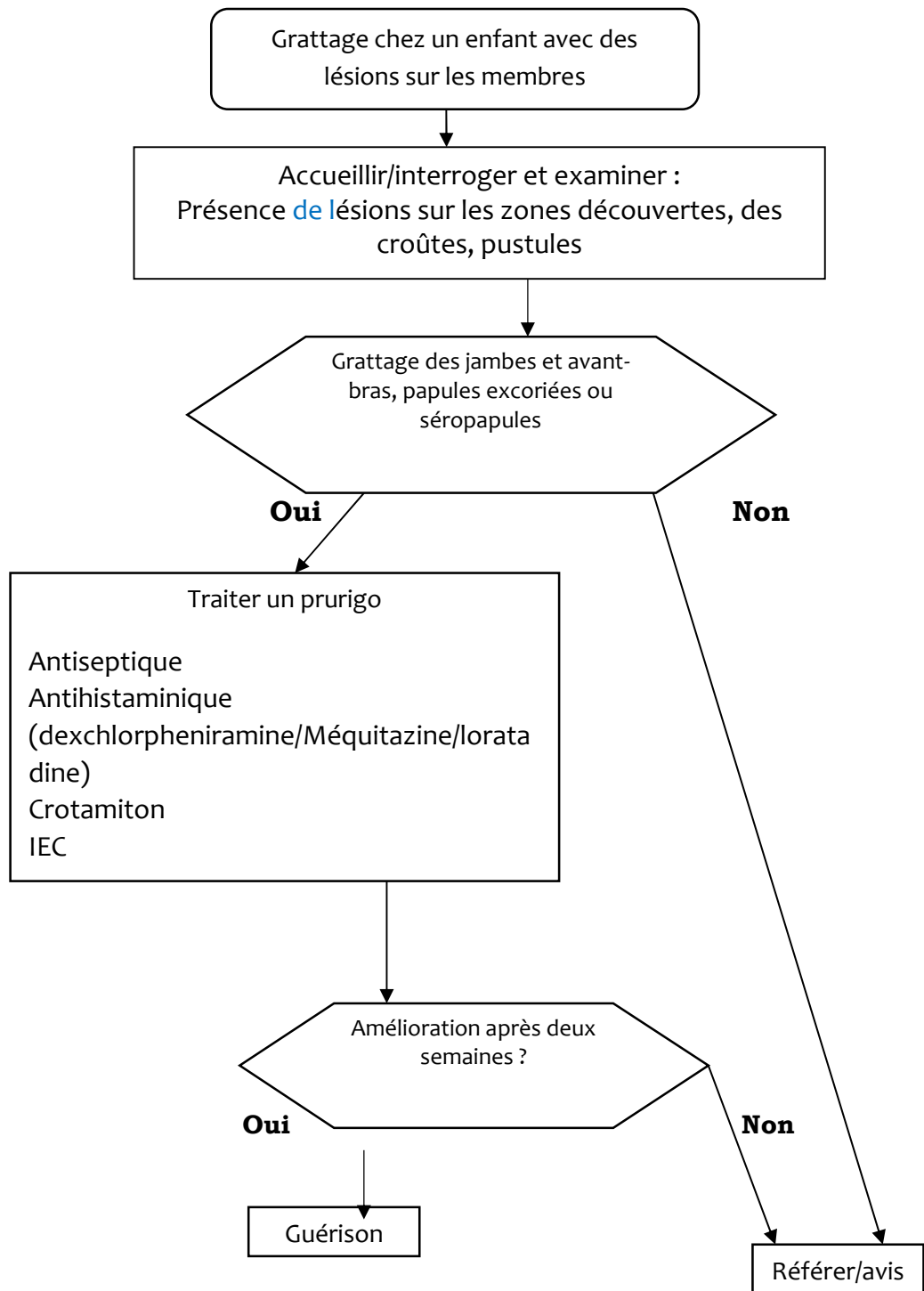
Crotamiton crème : une application locale matin et soir pendant deux semaines

Information- Education-Communication(IEC)

- Prendre des mesures visant à éviter le contact avec le facteur déclenchant: vêtements long, moustiquaire, répulsifs contre les insectes;
- Inspecter et traiter les chiens et chats contre les puces, traiter efficacement le mobilier infesté par les punaises de lit, puces de plancher.

- Prévenir la surinfection des lésions de grattage en coupant les ongles.
- Informer les parents et les malades du caractère récurrent du prurigo et aussi les rassurer quant à la possibilité de résolution des symptômes avec l'âge.

Algorithme 6 : Prurigo



Iconographie de prurigo

Figure 19 : Prurigo avec des séropapules

Figure 20 : Prurigo avec lichénification

Figure 21 : Prurigo avec excoriations



CHAPITRE 4 :

**Lésions précancéreuses chez
les albinos**

PERSONNES ATTEINTES D'ALBINISME

L'albinisme représente un ensemble d'anomalies génétiques caractérisées par une diminution ou une absence de mélanine associée à un nombre et à une structure normale des mélanocytes. L'albinisme partiel ou complet dégénère fréquemment en Carcinome Epidermoïde (CE) en Afrique sous l'effet favorisant du soleil. La principale lésion précancéreuse est la kératose actinique (KA).

Diagnostic

Sa manifestation la plus caractéristique est l'hypopigmentation de la peau, des cheveux, des poils et des yeux. L'apparition de lésions de KA chez les albinos est étroitement liée à l'exposition solaire. Cliniquement, les KA se caractérisent par l'apparition des taches jaunes ou rosées planes ou peu saillantes, à surface lisse ou rugueuse à la palpation. Ces lésions vont secondairement se recouvrir d'un enduit kératosique adhérent dont l'ablation peut entraîner un saignement. La base est initialement souple et peut s'infiltrer secondairement. Cette infiltration est l'un des premiers signes de dégénérescence maligne.

Traitement

Référer systématiquement dans une structure spécialisée ou demander l'avis spécialisé dans le cadre de la télédermatologie

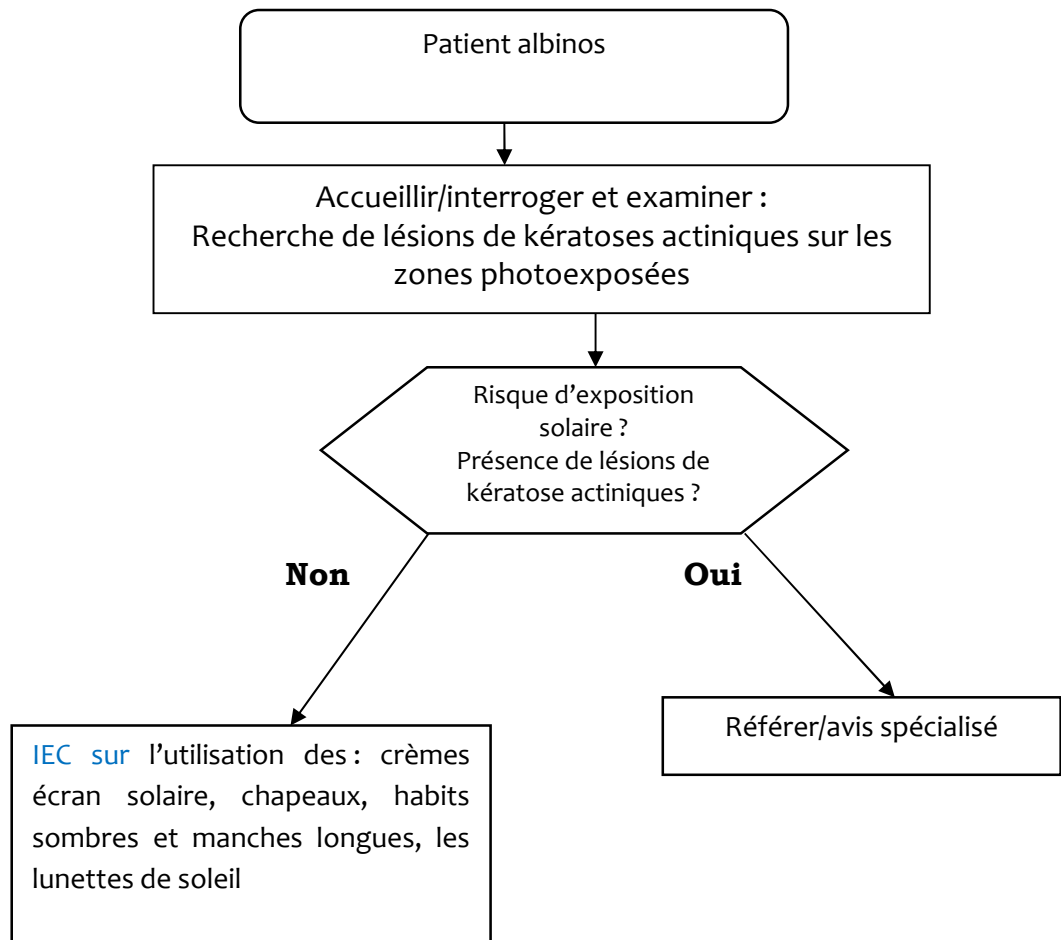
Information- Education-Communication (IEC)

- Education sanitaire sur la toxicité des rayons solaires chez les albinos depuis l'enfance

Utilisation des crèmes écrans solaires, port des chapeaux, habits sombres et manches longues, les lunettes de soleil

-Examen cutané systématique pour rechercher des signes en rapport avec un coup de soleil notamment la présence des kératoses actiniques sur les zones photoexposées

Algorithme 7 : Lésions précancéreuses chez les albinos



Iconographie de lésions chez albinos

Figure 22 : Kératoses actiniques chez albinos

Figure 23 : Kératoses actiniques chez albinos

Figure 24 : Carcinomes albinos



CHAPITRE 5 :
AUTRES DERMATOSES

AUTRES DERMATOSES

Si autres dermatoses, demander l'avis spécialisé dans le cadre du projet télédermatologie : photo + texte ou discussion (Fiche de demande d'expertise).

Parmi elles, la lèpre constitue un véritable problème de santé publique.

LEPRE

La lèpre est une maladie infectieuse chronique causée par un bacille acido-alcool-résistant en forme de bâtonnet (*Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen). La maladie attaque principalement la peau et le système nerveux périphérique. La muqueuse des voies respiratoires supérieures, les yeux ainsi que d'autres structures peuvent être atteints.

Diagnostic de la lèpre

Le diagnostic de la lèpre se fait à partir des constatations cliniques. Si le malade présente un ou plusieurs des signes cardinaux suivants, le diagnostic est fait :

- Taches hypopigmentées avec une perte de sensibilité
- Hypertrophie d'un ou plusieurs troncs nerveux périphériques.

Dépistage : Un dépistage efficace se base sur les activités suivantes :

la suspicion de la maladie chez tous les sujets qui consultent spontanément une structure sanitaire et qui présentent les signes et les symptômes évocateurs de la maladie, en particulier une ou plusieurs taches décolorées sur la peau avec ou sans perte de sensibilité ;

l'examen méticuleux de tous les sujets contacts des malades multibacillaires (MB) ;

Définition d'un cas de lèpre

Un cas de lèpre est une personne qui présente les signes cliniques de la lèpre. Les critères cliniques, permettant de classer les cas de lèpre en multibacillaires (MB) ou en paucibacillaires (PB), reposent sur le nombre de lésions cutanées et des nerfs atteints.

Tableau I : Classification de la lèpre selon OMS

| | Lèpre paucibacillaire | Lèpre multibacillaire |
|---|--|---|
| Lésions cutanées Taches (non saillantes), papules (saillantes) et nodules | De 1 à 5 lésions hypopigmentées ; distributions asymétrique ; déficit sensoriel marqué | Plus de 5 lésions Déficit sensoriel Distribution plus symétrique |
| Atteinte nerveuse caractérisée par un déficit sensoriel ou un affaiblissement des nerfs atteints | Un seul tronc nerveux | Nombreux troncs nerveux |

Traitement

Tous les cas diagnostiqués doivent être mis sous polychimiothérapie (PCT) selon le schéma approprié. Les schémas PCT associent la rifampicine, la clofazimine et la dapsonne pour les cas MB et la rifampicine et la dapsonne pour les cas PB. A l'exception des enfants âgés de moins de 6 ans, les médicaments sont distribués sous forme de plaquettes calendrier. Chaque plaquette contient les médicaments pour un mois (4 semaines) de traitement. Les médicaments doivent être ingérés en une seule dose à jeun. La PCT standard est sûre, efficace et disponible gratuitement dans tous les centres de traitement.

Tableau II : Schéma thérapeutiques pour les malades MB (durée du traitement : 12 prises supervisées)

| Médicament | Dose selon l'âge | | | Modalités d'administration |
|-------------------|-------------------------|----------|-------------|--|
| | 0-5 ans | 6-14 ans | 15 ans et + | |
| Rifampicine | 300 mg | 450 mg | 600 mg | 1 dose toutes les 4 semaines sous supervision (1/28) |
| Clofazamine | 100 mg | 150 mg | 300 mg | 1 dose toutes les 4 semaines sous supervision (1/28) |
| Clofazimine | 50 mg | 50 mg | 50 mg | Prise journalière en automédication (7/7) |

| | | | | |
|---------|-------|-------|--------|---|
| Dapsone | 50 mg | 50 mg | 100 mg | Prise journalière en automédication (7/7) |
|---------|-------|-------|--------|---|

Tableau III : Schéma thérapeutiques pour les malades PB (durée du traitement : 6 prises supervisées)

| Médicament | Dose selon l'âge | | | Modalités d'administration |
|-------------|------------------|----------|-------------|--|
| | 0-5 ans | 6-14 ans | 15 ans et + | |
| Rifampicine | 300 mg | 450 mg | 600 mg | 1 dose toutes les 4 semaines sous supervision (1/28) |
| Dapsone | 25 mg | 50 mg | 100 mg | Prise journalière en automédication (7/7) |

Dans tous les cas, il faut référer dans une structure de prise en charge de la lèpre (infirmier lèpre) ou demander l'avis spécialisé dans le cadre de la télédermatologie.

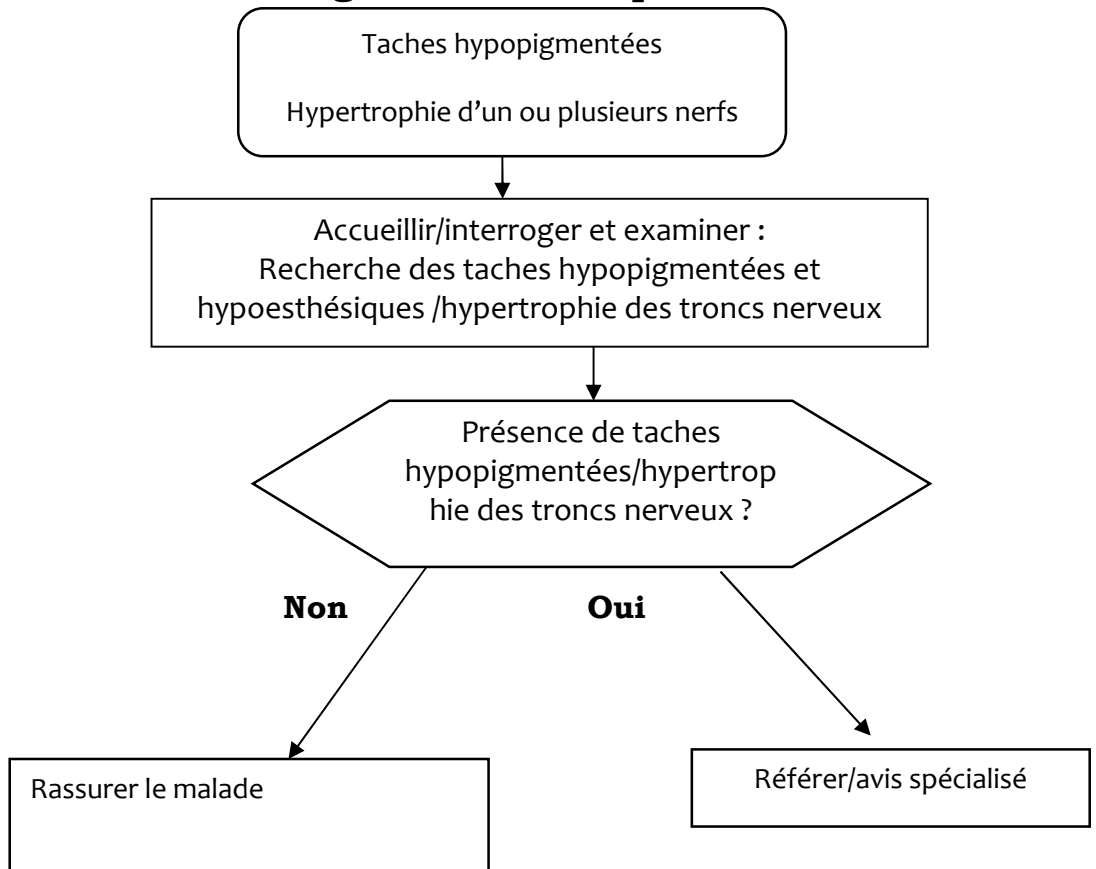
Information- Education-Communication (IEC)

Il faut :

Éduquer pour la communauté sur l'importance de consulter dès les premiers et de suivre le traitement en cas de confirmation.

Sensibiliser la population sur la reconnaissance des taches anormales.

Algorithme 8 : Lèpre



Iconographie de lésions de lèpre

Figure 25: Tache hypopigmentée de lèpre

Figure 26: Macules cuivrées de lèpre

Figure 27: Infiltration du visage et des pavillons des oreilles (Faciès léonin)

CHAPITRE 6 :

**MEDICAMENTS ESSENTIELS
DERMATOLOGIQUES**

Tableau IV : Liste des médicaments essentiels (Posologie, effets indésirables et prix)

| DCI | POSOLOGIE | EFFETS INDESIRABLES | PRIX (CFA) |
|---|---|--|--|
| ANTISEPTIQUES | | | |
| POLYVIDONE IODEE en solution dermatologique 10% | -utilisation pure : en badigeonnage sur la peau -utilisation diluée : diluer à 1/10 avec de l'eau ou du sérum physiologique pour le lavage des plaies NB : Conte indiqué avant 1 an | -réactions d'hypersensibilité : urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique -dermites caustiques -eczéma de contact | 1310 |
| CHLOREXIDINE SOLUTION 0,2% ou bain de bouche | 2 applications par jour ou en bain de bouche NB : Ne pas appliquer dans les yeux, le conduit auditif | Eczéma de contact | 1310 pour le bain de bouche |
| DAKIN solution 250 ml et 500 ml | 2 applications par jour | Eczéma de contact | 1800 : flacon de 500ml 1355 : flacon de 250ml |
| ANTIBIOTIQUES | | | |
| ERYTHROMYCINE gélule 500mg ou granulés pour sirop 250mg, solution injectable 1g IV | -Adulte : 2 à 3 g/j pendant 10 jours Cas particulier de l'acné : 1g/j pendant au moins 3 mois -Enfant : 30 à 50 mg/kg/j pendant 10 jours | -Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales -Rares troubles auditifs et cardiaques | 1320 ; boîte de 10 gélules |
| AMOXICILLINE gélule 500 mg, sirop 125 | -enfant < 40 kg : 50 à 100 mg/kg/j en 2 à 3 prises | Allergie, ecchymose, fièvre, frissons, | 690 la plaquette de |

| | | | |
|--|--|--|---|
| mg/5ml | -Adulte, patients âgés pesant 40 kg et plus : 750 mg à 1 g 3 fois par jour sans dépasser 6g /j -durée : 7 à 14 jours | maux de gorge | 10 gélules |
| OXACILLINE gélule 500mg, sachet 250mg | 35 à 50 mg/kg/j -Adulte : 2 à 4 gélules/j -Enfant de moins de 12 ans : 1 à 2 gélules/j -Enfant de moins de 8 ans : préférer la forme pédiatrique en sachet 250mg | Parfois troubles digestifs ou cutanés : urticaire, œdème de Quincke, rarement choc anaphylactique | 2300 la plaquette de 12 |
| ANTALGIQUES | | | |
| PARACETAMOL cp 500,1000mg ; suppositoires 100, 200, 1000mg ; suspension buvable, forme injectable | -Adulte : dose maximale 4g/j en 4 prises -Enfant et nourrisson : 60mg/kg/j en 4 prises | -Erythème pigmenté fixe, réactions d'hypersensibilité (rare) -Anémie hémolytique chez les patients présentant un déficit en G6PD -Thrombopénie, leucopénie, neutropénie | 50 la plaquette de 10 |
| ANTI-HISTAMINIQUES | | | |
| DEXCHLORPHENIRAMINE Cp 2mg ; inj 5mg/1ml ; sirop flacon de 125ml | -Adulte et enfant de plus de 12 ans : 1cp 3 ou 4 fois par jour -Enfant de 6 à 12 ans : ½ cp 2 ou 3 fois par jour | -Sédation ou somnolence -Sécheresse des muqueuses, constipation -Mydriase, troubles de l'accommodation -Vertige, hypotension orthostatique -Réaction de sensibilisation, leucopénie | 1215 la boîte de 30 cp |
| MEQUITAZINE Cp 5mg et 10mg ; Sirop | Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 2 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée- mesure (5 ml) 2 par jour, | Sédation ou somnolence | 4050 la boîte de 12 cp de 10mg 2535 la boîte |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comp de 10mg le soir | | de 12 cp de 5 mg 1585 le flacon de sirop |
| LORATADINE comprimé (10mg et 5mg) et sirop | Nourrisson : 1/2 cuillerée-mesure (2,5 ml) 1 fois par jour, Enfant de 30 mois à 10 ans 1 cuillerée-mesure (5 ml) 1 fois par jour, Enfant de 10- 15 ans : 1 comprimé de 5mg le soir ; adulte : 1 comp de 10mg le soir | Palpitations | 1605 la boîte de 10 cp de 10mg 1150 : le flacon de sirop |
| ANTIFONGIQUES | | | |
| GRISEOFULVINE cp 250mg, 500mg | -Adulte : 500mg à 1g par jour soit 1 à 2 cp par jour en 2 prises au cours des repas -Enfant : 10 à 20mg/kg/j -Durée du traitement <ul style="list-style-type: none"> • 4 à 6 semaines pour la peau • 6 à 8 semaines dans les teignes • 4 à 12 mois pour les onychomycoses | -Céphalées, vertige, insomnie ou somnolence, confusion -Anorexie, nausées, diarrhée -Réactions allergiques cutanées -Troubles hépatiques et hématologiques | 800 la plaquette de 10 cp de 500mg |
| GRISEOFULVINE pommade 5% | 3 à 4 applications en massages légers | Risque de réactions cutanées et de photosensibilisation | 870 |
| FLUCONAZOLE gélule 150mg | 150 mg en une ou deux prises hebdomadaires | -Diarrhée, nausées, vomissements -Eruption cutanée, céphalées, -Hémorragies, troubles hépatiques | 470 la boîte unitaire |
| ECONAZOLE 10mg/g lait | 2 applications par jour pendant 2 semaines en moyenne | Dermite d'irritation | 3020 |
| ANTISCABIEUX | | | |
| BENZOATE DE BENZYLE solution 10% | 1 application cutanée (sauf au visage) pendant 3 soirs consécutifs ; répéter 8 jours | Irritation, eczéma, réactions d'hypersensibilité | 2390 (spécialité) |

| | | | |
|-----------------------------|--|---|----------------|
| | après | | ACARIL BIAL) |
| CROTAMITON crème 10% | 1 application 2 à 3 fois par jour pendant 2 semaines en moyenne | -Risque d'allergie -Risque de méthémoglobinémie en cas de passage transdermique | 2400 |
| A-PAR solution | Pour désinfecter linge et literie : pulvériser le produit sur le linge et la literie, enfermé dans un sac ou une malle pendant 24 heures | Irritation | 4400 |
| ANTILEPREUX | | | |
| Rifampicine | Selon l'âge (PNLL) | Syndrome pseudogrippal, cytopénie (anémie, thrombopénie), coloration rouge des urines, troubles hépatiques (hépatite cholestatique) | Gratuit |
| Clofazimine | Selon l'âge (PNLL) | Pigmentation brune et sécheresse de la peau ; troubles digestifs | Gratuit |
| Dapsone | Selon l'âge (PNLL) | Cytopénie (anémie, leucopénie); hépatite cytolytique, syndrome d'hypersensibilité ; Contre-indication : déficit en G6PD. | Gratuit |

PNLL : Programme national de lutte contre la lèpre



**CHAPITRE 6 : LEXIQUES ET
LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES**

Les lésions élémentaires peuvent être primitives (traduisant le processus lésionnel initial) ou secondaires (représentant l'évolution de ce processus). Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de l'association de plusieurs d'entre elles. En fonction de leur caractère palpable et/ou visible, des altérations de la surface, de la consistance de la peau on distingue :

Tableau V : Lésions élémentaires primaires

| |
|---|
| Macules ou taches seulement visibles ; (macules rouges et pigmentées) ou décolorées (hypochromies et achromies). |
| Collections liquidiennes |
| - sérosité claire (vésicule ≤ 3mm, et de bulle ≥ 5mm). |
| - contenu jaunâtre, pus : Pustule |
| Epaississement du tégument |
| Papules ≤ 10mm |
| Nodules ≥ 10 mm |
| Végétations excroissances d'allure filiforme, digitée ou lobulée ramifiée en chou-fleur. |

Tableau VI : Lésions élémentaires secondaires

| |
|--|
| Les fissures et rhagades sont des érosions linéaires épidermiques et dermiques superficielles. |
| Erosions : lésions épidermiques très superficielles, guérissant sans cicatrices. |
| Ulcérations : plus profondes. plus longue à guérir que la précédente une cicatrice visible. destruction du derme profond. |
| Ulcère : perte de substance cutanée sans tendance à la guérison spontanée |
| Lésions squameuses pellicules cornées se détachant plus ou moins facilement. |
| croûtes coagulation d'exsudat séreux, hémorragique ou purulent |
| Lichénification accentuation du quadrillage de la peau épaissie |
| Atrophie : amincissement de l'épiderme qui devient fin, lisse, transparent laissant voir le derme en rose violacé |

Iconographie (Lésions élémentaires)

Lésions élémentaires

**CHAPITRE7: FICHES DE
DEMANDE D'EXPERTISE ET
AUTRES DOCUMENTS**

Tableau VII : Fiche d'inventaire du matériel de télédermatologie

| Date | Matériel | Quantité reçue | Etat de fonctionnement | Responsable de centre | Signature | Superviseur |
|-------------|------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------|--------------------|
| | Appareil photo | | | | | |
| | Clé internet | | | | | |
| | Carte mémoire | | | | | |
| | Guide national | | | | | |
| | Ordinateur | | | | | |
| | Forfait internet | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

BIBLIOGRAPHIE

- 1- World Health Organization. Epidemiology and Management of Common Skin Diseases in Children in Developing Countries. WHO/FCH/CAH/05.12, 2005, 62 pages.
- 2- Ministère de la santé et de la protection sociale. Morbidité et mortalité dans les formations sanitaires. Principaux Indicateurs de Santé au Togo, 2014 ; 16 pages.
- 3- Pitché P, Tchamdja S, Amanga Y, Tchangai-Walla K. Pathologies dermatologiques en consultations hospitalières à Lomé (Togo). *Nouv Dermatol* 1997;16:369-73.
- 4- Centre National d'Appui aux Maladies (CNAM). Manuel de prise en charge des maladies de peau courantes au Mali.20... 25 p.