



Report

Prévalence de l'eczéma, de la xérose et des anomalies phanériennes chez les patients infectés par le HIV à Cotonou, Bénin

Félix Atadokpede¹, MD, H Adegbidi², MD, JJ Schonou¹, MD, C Koudoukpo³, MD, DM Houenassi¹, MD, HG Yedomon², MD, and F Do Ango-Padonou², MD

¹Hôpital d'Instruction des Armées.

Camp Guézo, Cotonou, Benin, ²Service de Dermato-vénérologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou, Bénin, and ³Service de Dermatologie-vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Parakou, Parakou,

³ Bénin

Correspondence

Félix Atadokpede, MD

Hôpital d'Instruction des Armées

Camp Guézo

05 BP 1218 Cotonou

Bénin

⁴ E-mail: fatadokpede2009@yahoo.fr

Conflicts of interest: Les auteurs ne

⁵ déclarent aucun conflit d'intérêt.

doi: 10.1111/j.1365-4632.2012.05569.x

Abstract

Introduction L'objectif de cette enquête était d'étudier la prévalence de la xérose, de l'eczéma et des anomalies des phanères chez les PVVIH à Cotonou.

Patients et méthode Une étude rétrospective a été réalisée sur les dossiers de PVVIH, à Cotonou. Toutes les PVVIH présentant une xérose, un eczéma ou une anomalie des phanères ont été incluses.

Résultats 47 patients présentaient une xérose cutanée ou un l'eczéma. Leur âge moyen était de 38 ans, le sex-ratio de 0.51 et le taux moyen de lymphocytes CD4 de 89 cellules/mm³. Chez 23 patients, la xérose cutanée touchait tout le corps ($n = 20$), ou les membres inférieurs seulement ($n = 2$), ou les membres et le tronc ($n = 1$), sans différence entre les sexes. 24 patients avaient de l'eczéma dont 8 avaient à la fois de l'eczéma et de la xérose cutanée. 42 patients avaient des anomalies des cheveux ou des ongles avec un sex-ratio de 0.80 et un taux moyen de lymphocytes CD4 de 110 cellules/mm³. 19 patients présentaient des anomalies des cheveux et du cuir chevelu : cheveux décrépis ($n = 16$), lésions squameuses ($n = 2$), folliculites abcédées ($n = 1$) avec une prédominance masculine. 23 patients avaient des anomalies des ongles : dermatophytoses ($n = 15$), candidose ($n = 7$), ongle incarné ($n = 1$). Ces affections touchaient plus souvent les femmes (74%) que les hommes (26%).

Conclusions La prévalence de l'eczéma et de la xérose est faible chez nos patients. Les onychomycoses sont les affections des ongles les plus fréquentes.

Introduction

L'infection par le VIH s'accompagne au cours de son évolution de manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes. La prévalence de ces manifestations dans certaines populations/groupes de patients peut dépasser 80%.^{1,2} Ces manifestations cliniques sont corrélées au niveau de déficit immunitaire.³ Certaines de ces manifestations ont une valeur pronostique et d'autres sont révélatrices de l'infection par le VIH. Mais plusieurs autres manifestations, sans avoir une valeur diagnostique ou pronostique, peuvent altérer la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. Il en est ainsi de la xérose, de l'eczéma et des anomalies des phanères.

La prévalence de la xérose cutanée est variable selon les études. Elle peut atteindre 73.3% des patients selon Wiwanitkit.¹ Celle de l'eczéma est de 29%⁴ et peut atteindre 50% chez les enfants infectés par le VIH⁵ alors

que la prévalence des onychomycoses varie de 2.7%⁶ à 24%.⁷

L'objectif de cette enquête était d'étudier la prévalence de la xérose, de l'eczéma et des anomalies des phanères chez les PVVIH à Cotonou.

Patients et méthode

Une étude transversale rétrospective sur les dossiers médicaux de patients infectés par le VIH a été menée de 2002 à 2007 à l'Hôpital d'Instruction des Armées à Cotonou. L'Hôpital d'Instruction des Armées(HIA) est l'un des 5 centres de traitement ambulatoire(CTA) des personnes infectées par le VIH à Cotonou. Tous les dossiers des patients infectés par le VIH ont été revus. Sur la période 342 dossiers ont été enregistrés. De ces 342 dossiers ont été extraits les patients ayant eu un diagnostic d'eczéma, de xérose ou d'anomalies des phanères. Le dépistage du

VIH était fait à partir de deux tests rapides dont l'un est très sensible et l'autre très spécifique et discriminant. Le dosage des lymphocytes CD₄ était réalisé avec une méthode utilisant le cytomètre de flux ou un appareil dénommé FASCOUNT. Tous les patients arrivant au CTA de l'HIA étaient examinés par un dermatologue expérimenté. Le diagnostic dermatologique était basé essentiellement sur l'examen clinique. La dermatite atopique était évoquée devant l'aspect clinique des lésions et les antécédents familiaux d'atopie. La xérose cutanée était appréciée par l'aspect clinique de la peau et la sensation subjective de tiraillement de la peau ou le besoin d'application d'un émoullient sur la peau après la toilette. L'examen mycologique n'a pas été réalisé pour les onychomycoses et l'aspect clinique des ongles a suffi pour évoquer le diagnostic. Pour les anomalies des cheveux, nous nous sommes intéressés aux modifications morphologiques des cheveux et à l'aspect du cuir chevelu.

Les données ont été recueillies sur une fiche préétablie et ont été analysées avec le logiciel EPIINFO version 2002.

Le traitement confidentiel de ces données a été assuré au patient, leur recueil ayant été totalement anonyme.

Résultats

Sur les 342 patients, 47 présentaient un eczéma ou une xérose et 42 des anomalies des phanères.

Trente et une femmes et seize hommes avaient de l'eczéma ou de la xérose, soit un sex-ratio H/F de 0.51. Leur âge moyen était de 38 ans. La voie hétérosexuelle était la voie reconnue d'acquisition du VIH. 72.3% des patients étaient au stade OMS₃, 12.8% au stade OMS₄, 8.5% au stade OMS₂ et 6.4% au stade OMS₁. le VIH₁ était le virus isolé chez tous les patients. Le taux moyen de lymphocytes CD₄ chez ces patients était de 89 cellules/mm³.

Vingt-trois patients avaient de la xérose cutanée (6.7%). Elle touchait tout le corps ($n = 20$), ou seulement les membres inférieurs ($n = 2$), ou les membres et le tronc ($n = 1$), sans différence entre les sexes.

Vingt-quatre patients avaient de l'eczéma (7%) dont 8 avaient à la fois de l'eczéma et de la xérose cutanée. La répartition des patients selon le siège de l'eczéma figure dans le Tableau 1.

Les femmes étaient deux fois plus touchées ($n = 16$) que les hommes ($n = 8$). Les eczémas étaient aigus ou chroniques. Parmi les patients qui avaient de l'eczéma, des antécédents personnels d'asthme allergique ou de rhinite allergique étaient notés respectivement dans 4 cas et 3 cas. 3 patients avaient des antécédents familiaux d'asthme allergique.

Quarante-deux cas d'anomalies des cheveux ou des ongles avaient été dénombrés chez 38 patients. Le sex-

Tableau 1 Répartition selon le siège de l'eczéma chez les 24 patients infectés par le VIH

Siège	nombre de cas
Membres inférieurs	8
Membres supérieurs	4
Visage et cuir chevelu	4
Tout le corps	3
Tronc	1
Tronc et membres	1

ratio H/F dans ce groupe était de 0.80. Tous les patients ont affirmé avoir acquis le VIH par voie hétérosexuelle. La répartition des patients selon le stade OMS était: stade OMS₄: 24%; stade OMS₃:65%, stade OMS₂:11%. Le taux moyen de lymphocytes CD₄ dans ce deuxième groupe de patients était de 110 cellules/mm³.

Dix-neuf cas d'anomalies des cheveux et du cuir chevelu avaient été dénombrés. Il s'agissait de cheveux décrépis ($n = 16$), de lésions squameuses ($n = 2$) et de folliculites abcédées ($n = 1$). La prédominance masculine était nette (68.4% contre 31.6%).

Vingt-trois cas d'anomalies des ongles avaient été constatés: dermatophytoses ($n = 15$), candidose ($n = 7$), ongle incarné ($n = 1$). Ces affections touchaient plus souvent les femmes (74%) que les hommes (26%).

Discussion

Cette enquête nous a permis d'apprécier la prévalence de la xérose cutanée, de l'eczéma et des anomalies des phanères chez les patients infectés par le VIH à l'Hôpital d'Instruction des Armées à Cotonou. Mais cette enquête a des limites du fait du caractère rétrospectif, de la taille limitée de l'échantillon et des critères diagnostiques utilisés pour retenir les affections dermatologiques. De plus tous les patients pédiatriques infectés par le VIH n'ont pas été inclus dans l'étude car il y avait à l'intérieur de l'hôpital un service de Pédiatrie qui suivait les enfants. Néanmoins cette étude reste intéressante parce qu'elle a

Tableau 2 Répartition des 38 patients infectés par le VIH selon les anomalies des phanères

Anomalies des phanères	nombre de cas
Cheveux décrépis	16
Dermatophytoses des ongles	15
Candidose des ongles	7
Desquamation du cuir chevelu	2
Folliculite abcédée du cuir chevelu	1
Ongle incarné	1

permis d'obtenir la prévalence de certaines dermatoses dans l'infection par le VIH au Bénin.

Les affections dermatologiques sont très fréquentes chez les patients infectés par le VIH. Les affections les plus étudiées sont celles qui ont une valeur diagnostique de l'infection par le VIH ou encore celles qui ont une valeur pronostique. Les affections ayant un impact sur la qualité de vie des patients et un retentissement social ne sont pas très étudiées. Or l'eczéma, la xérose cutanée et les anomalies des phanères altèrent de façon négative la qualité de vie des patients infectés par le VIH et la vie sociale. La xérose cutanée va aggraver le prurit associé à l'infection par le VIH tandis que les anomalies des phanères peuvent être la cause de stigmatisation.

Dans la littérature, la prévalence de la xérose cutanée chez les patients infectés par le VIH varie de 2.5%⁶ à 73.3%.¹ La prévalence trouvée dans notre étude (6.7%) était intermédiaire entre les différentes prévalences rapportées par d'autres auteurs. Mais cette prévalence faible est surprenante compte tenu des stades cliniques de la majorité de nos patients. En effet pour Monsel au Sénégal,³ la xérose est corrélée au stade du SIDA.

La prévalence de l'eczéma chez les patients séropositifs pour le VIH varie de 29%⁴ à 83%⁵ selon le stade de la maladie. Dans notre étude, seuls 7% des patients avaient un eczéma. Cette faible prévalence est probablement sous estimée.

Les onychomycoses sont les anomalies des ongles les plus fréquentes chez les PVVIH. Elles peuvent se voir à n'importe quel stade de l'infection par le VIH. Elles se caractérisent par leur résistance au traitement antifongique.^{2,8} Leur prévalence varie de 1.62% à 24%. Surjushe⁷ a dénombré 60 cas d'onychomycoses chez 250 PVVIH, soit une prévalence de 24%. Kaviarasan⁸ a noté 3 cas d'onychomycoses dans une population de 185 patients séropositifs pour le VIH, soit une prévalence de 1.62%. Gupta *et al.*⁹ ont trouvé une prévalence globale de 23.2% dans une population de 500 patients canadiens et brésiliens séropositifs pour le VIH. Les onychomycoses sont présentes dans 9.3% des cas pour Sivayathorn² La différence entre ces différents taux de prévalence des onychomycoses peut provenir du type d'étude et des conditions climatiques.

Les anomalies de cheveux sont rapportées à des fréquences variables dans la littérature. Elles sont dominées par l'aspect fin décoloré, décrépi, soyeux des cheveux

qualifié de « trichopathie soyeuse », notée 16 fois sur 19 dans notre série. Cette anomalie des cheveux est très fréquente au stade avancé de la maladie. Les autres anomalies de cheveux sont plus rares, néanmoins Wiwanitkit¹ rapporte une alopécie dans 6.67% des cas.

Conclusion

Les anomalies des phanères, comparées aux autres manifestations associées au VIH/SIDA, sont peu fréquentes. Elles sont dominées par les onychomycoses. Ces affections peuvent avoir un impact sur la qualité de vie des patients infectés par le VIH.

Références

- 1 Wiwanitkit V. Prevalence of dermatological disorders in Thai HIV-infected patients correlated with different CD4 lymphocyte count statuses: a note on 120 cases. *Int J Dermatol* 2004; **43**: 265-268.
- 2 Sivayathorn A, Srihra B, Leesanguankul W. Prevalence of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus in Bangkok, Thailand. *Ann Acad Med Singapore* 1995; **24**: 528-533.
- 3 Monsel G, Ly F, Canestri A, *et al.* Prevalence of skin disorders in HIV patients in Senegal and relationship to degree of immunosuppression. *Ann Dermatol Venereol* 2008; **135**: 187-193.
- 4 Lin RY, Lazarus TS. Asthma and related disorders in outpatients attending an urban HIV clinic. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995; **74**: 510-515.
- 5 Fröschl M, Land HG, Landthaler M. Seborrheic dermatitis and atopic eczema in human immunodeficiency virus infection. *Semin Dermatol* 1990; **9**: 230-232.
- 6 Coopman SA, Johnson RA, Platt R, *et al.* Cutaneous disease and drug reactions in HIV infection. *N Engl J Med* 1993; **328**: 1670-1674.
- 7 Surjushe A, Kamath R, Oberai C, *et al.* A clinical and mycological study of onychomycosis in HIV infection. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; **73**: 397-401.
- 8 Kaviarasan PK, Jaisankar TJ, Thappa DM, *et al.* Clinical variations in dermatophytosis in HIV infected patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002; **68**: 213-216.
- 9 Gupta AK, Taborda P, Taborda V, *et al.* Epidemiology and prevalence of onychomycosis in HIV-positive individuals. *Int J Dermatol* 2000; **39**: 746-753.

Author Query Form

Journal: IJD

Article: 5569

Dear Author,

During the copy-editing of your paper, the following queries arose. Please respond to these by marking up your proofs with the necessary changes/additions. Please write your answers on the query sheet if there is insufficient space on the page proofs. Please write clearly and follow the conventions shown on the attached corrections sheet. If returning the proof by fax do not write too close to the paper's edge. Please remember that illegible mark-ups may delay publication.

Many thanks for your assistance.

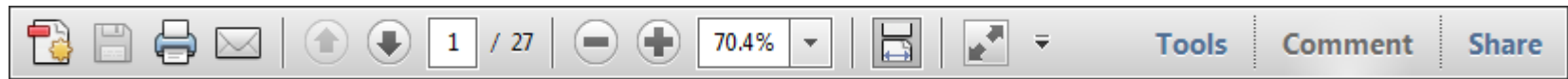
Query reference	Query	Remarks
1	AUTHOR: A running head short title was not supplied; please check if this one is suitable and, if not, please supply a short title of up to 40 characters that can be used instead.	
2	AUTHOR: Please provide full first name for all authors.	
3	AUTHOR: Please check that authors and their affiliations are correct.	
4	AUTHOR: Please check corresponding author details.	
5	AUTHOR: Please check 'Conflicts of interest'.	
6	AUTHOR: Tableau 2 has not been mentioned in the text. Please cite the Tableau in the relevant place in the text.	

USING e-ANNOTATION TOOLS FOR ELECTRONIC PROOF CORRECTION

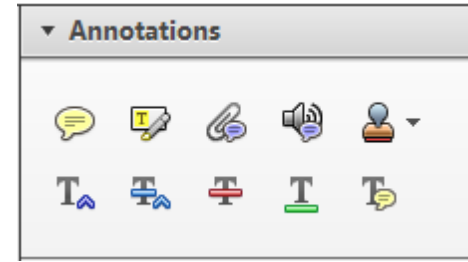
Required software to e-Annotate PDFs: Adobe Acrobat Professional or Adobe Reader (version 8.0 or above). (Note that this document uses screenshots from Adobe Reader X)

The latest version of Acrobat Reader can be downloaded for free at: <http://get.adobe.com/reader/>

Once you have Acrobat Reader open on your computer, click on the [Comment](#) tab at the right of the toolbar:



This will open up a panel down the right side of the document. The majority of tools you will use for annotating your proof will be in the [Annotations](#) section, pictured opposite. We've picked out some of these tools below:



1. Replace (Ins) Tool – for replacing text.

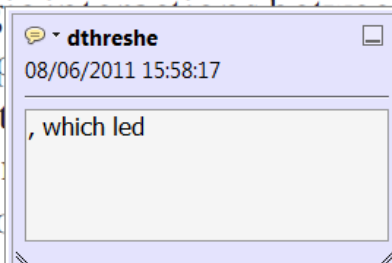


Strikes a line through text and opens up a text box where replacement text can be entered.

How to use it

- Highlight a word or sentence.
- Click on the [Replace \(Ins\)](#) icon in the Annotations section.
- Type the replacement text into the blue box that appears.

standard framework for the analysis of microeconomic activity. Nevertheless, it also led to the emergence of a number of strategic substitutes. The number of competitors in the industry is that the structure of the industry is a key determinant of the main components of the industry. At the industry level, are exogenous factors important works on entry by Shirasaka (1987) and henceforth) we open the 'black b



2. Strikethrough (Del) Tool – for deleting text.



Strikes a red line through text that is to be deleted.

How to use it

- Highlight a word or sentence.
- Click on the [Strikethrough \(Del\)](#) icon in the Annotations section.

there is no room for extra profits and the number of firms that can survive are zero and the number of firms (net) values are not determined by the number of firms. Blanchard and ~~Kiyotaki~~ (1987), in a model of perfect competition in general equilibrium, show that the effects of aggregate demand and supply shocks in the classical framework assuming monopoly power are an exogenous number of firms

3. Add note to text Tool – for highlighting a section to be changed to bold or italic.



Highlights text in yellow and opens up a text box where comments can be entered.

How to use it

- Highlight the relevant section of text.
- Click on the [Add note to text](#) icon in the Annotations section.
- Type instruction on what should be changed regarding the text into the yellow box that appears.

dynamic responses of mark-ups consistent with the VAR evidence

sation... y Ma... and... on n... to a... on... stent also with the demand-



4. Add sticky note Tool – for making notes at specific points in the text.

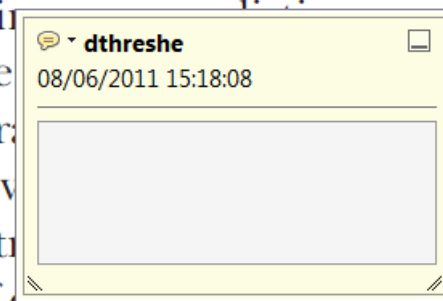


Marks a point in the proof where a comment needs to be highlighted.

How to use it

- Click on the [Add sticky note](#) icon in the Annotations section.
- Click at the point in the proof where the comment should be inserted.
- Type the comment into the yellow box that appears.

and supply shocks. Most of the... a... number... dard fr... cy. Nev... ole of st... ber of competitors and the imp... is that the structure of the secto



USING e-ANNOTATION TOOLS FOR ELECTRONIC PROOF CORRECTION

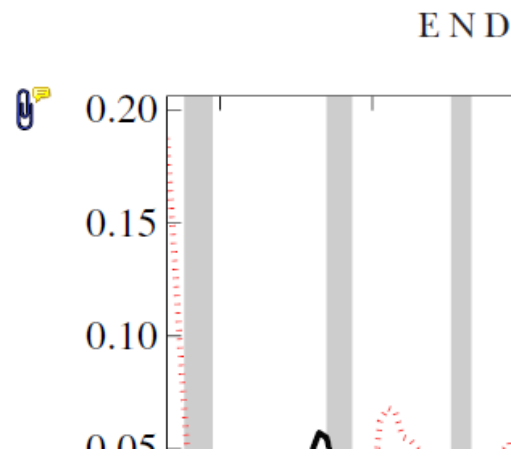
5. Attach File Tool – for inserting large amounts of text or replacement figures.



Inserts an icon linking to the attached file in the appropriate place in the text.

How to use it

- Click on the [Attach File](#) icon in the Annotations section.
- Click on the proof to where you'd like the attached file to be linked.
- Select the file to be attached from your computer or network.
- Select the colour and type of icon that will appear in the proof. Click OK.



6. Add stamp Tool – for approving a proof if no corrections are required.



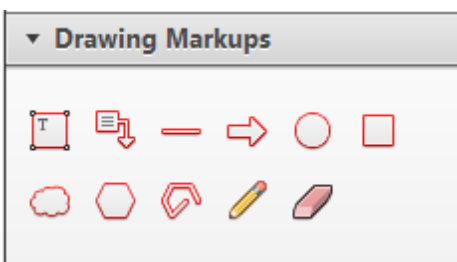
Inserts a selected stamp onto an appropriate place in the proof.

How to use it

- Click on the [Add stamp](#) icon in the Annotations section.
- Select the stamp you want to use. (The [Approved](#) stamp is usually available directly in the menu that appears).
- Click on the proof where you'd like the stamp to appear. (Where a proof is to be approved as it is, this would normally be on the first page).

of the business cycle, starting with the
 on perfect competition, constant ret
 production. In this environment goods
 extra profits and the market for market
 he market for market for market for market
 determined by the model. The New-Keyn
 otaki (1987), has introduced produc
 general equilibrium models with nomin
 and market for market for market for market

APPROVED

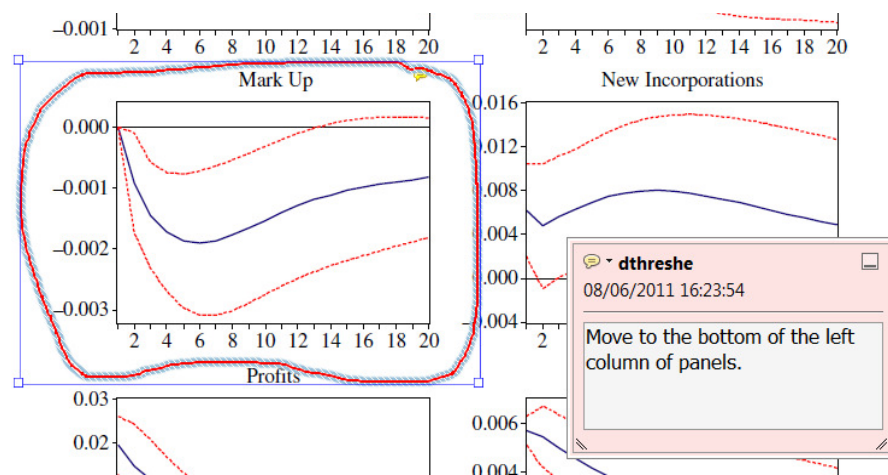


7. Drawing Markups Tools – for drawing shapes, lines and freeform annotations on proofs and commenting on these marks.

Allows shapes, lines and freeform annotations to be drawn on proofs and for comment to be made on these marks..

How to use it

- Click on one of the shapes in the [Drawing Markups](#) section.
- Click on the proof at the relevant point and draw the selected shape with the cursor.
- To add a comment to the drawn shape, move the cursor over the shape until an arrowhead appears.
- Double click on the shape and type any text in the red box that appears.



For further information on how to annotate proofs, click on the [Help](#) menu to reveal a list of further options:

