

DERMATITE ATOPIQUE A COTONOU, BENIN: ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

ATOPIC DERMATITIS IN COTONOU, BENIN: CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS

Atadokpédé F¹, Adégbidi H¹, Koudoukpo C², Agbessi N, Dégboé Souhin B, Akpadjan F, Dieng MT³, Yedomon H¹, do-Ango-Padonou F¹

1. Service de Dermatologie-Vénérologie du Centre National Hospitalo-universitaire HKM. BP : 386.Cotonou. Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

2. Faculté de Médecine de Parakou. BP : 123 Parakou. Bénin

3. Clinique Dermatologique CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Résumé

Introduction: L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques et thérapeutiques de la dermatite atopique dans deux services de Dermatologie-Vénérologie à Cotonou.

Patients et méthode : Une enquête prospective descriptive a été menée durant 13 mois dans une population hospitalière à Cotonou. Tous les nouveaux patients qui satisfaisaient les critères diagnostiques de la DA de United Kingdom Working Party avaient été inclus.

Les informations étaient collectées sur une fiche préétablie. Les données avaient été saisies et analysées avec le logiciel EPIINFO.

Les patients ou leurs représentants légaux avaient donné leur consentement libre et éclairé avant l'inclusion dans l'enquête et le traitement confidentiel des données leur avait été garanti.

Résultats : La prévalence de la dermatite atopique était de 5,5%. 57,4% des patients ont débuté leur maladie avant l'âge de 12 ans. Trente quatre virgule trois pourcent (34,3%) des patients étaient asthmatiques, 62,7% avaient des antécédents de DA, 46,0% de la conjonctivite allergique et 25,4% de la sinusite allergique, 40,1% de la rhinite allergique. Le prurit était présent chez 100% des patients. L'œdème et la papule chez 91,1%, la xérose chez 90% et l'érythème chez 50%. L'eczéma vulgaire était la forme clinique la plus fréquente (67,7%). Les signes mineurs de l'atopie étaient : signe de Dennie Morgan (58,8%), pigmentation périorbitaire (47,0%), eczématides achromiants (13,7%), une kératose folliculaire simple (8,8%). A la première consultation, le score clinique moyen des patients était de 2,32. Il était passé à 1,0 après 2 semaines de traitement. Un traitement simple à base d'antihistaminique, d'émollients et de dermocorticoïdes a permis de contrôler les poussées de dermatite atopique.

Conclusion : La prévalence de la dermatite atopique restait faible en milieu hospitalier à Cotonou. La forme clinique la plus fréquente était l'eczéma vulgaire.

Mots-clés : Dermatite atopique ; cliniques ; Cotonou.

Summary

Introduction The objective of this work was to study the clinical and therapeutic aspects of atopic dermatitis in two departments of Dermatology-Venereology in Cotonou.

Patients and method: A descriptive prospective study was conducted during 13 months in a hospital based population in Cotonou. All new patients with a diagnosis of eczema were seen to apply the diagnostic criteria of United Kingdom Working Party. Information was collected on a predetermined sheet. Data were entered and analyzed with EpiInfo. The patients gave their informed consent before inclusion in the survey and the confidentiality of their data had been secured.

Results: The prevalence of atopic dermatitis was 5.5%. Fifty seven point four percent (57.4%) of patients began their illness before the age of 12. Thirty four point three (34.3%) of patients had asthma, 62.7% had a history of AD, 46.0% allergic conjunctivitis and 25.4% allergic sinusitis, 40.1% allergic rhinitis. Pruritus was present in 100% of patients, the swelling and papule in 91.1%, xerosis in 90% and erythema in 50%. Vulgar eczema was the most frequent clinical form (67.7%). Minor signs of atopy were: sign of Dennie Morgan (58.8%), periorbital pigmentation (47.0%), eczematides achromiants (13.7%), follicular keratosis (8.8%). At the first consultation, the mean clinical score of patients was 2.32. He had decreased to 1.0 after 2 weeks of treatment. A simple treatment with antihistamines 1, emollients and topical corticosteroids was effective in controlling outbreaks of atopic dermatitis.

Conclusion: The incidence of atopic dermatitis was low in hospital setting in Cotonou. The most frequent clinical form was vulgar eczema.

Key world: Atopic dermatitis; clinica aspects; Cotonou.

INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique prurigineuse récidivante. Elle survient sur un terrain génétiquement prédisposé appelé atopie. L'atopie privilégie les réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines E (IgE) vis-à-vis des antigènes communs de l'alimentation, de l'environnement extérieur ou domestique.

La dermatite atopique est fréquente sur les cinq continents. Sa prévalence varie en fonction de l'âge, plus élevée chez les enfants que chez les adultes. Les deux sexes sont également touchés et il n'y a pas de différence entre les races [1].

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques et thérapeutiques de la dermatite atopique dans deux services de Dermatologie-Vénérologie à Cotonou, Bénin.

PATIENTS ET METHODE

Une étude descriptive et prospective a été réalisée au Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) et à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) à Cotonou du 1^{er} mars 2008 au 31 mars 2009.

Tous les nouveaux cas qui satisfaisaient les critères de diagnostic de la DA de la United Kingdom party [2] avaient été inclus dans l'étude. La gravité clinique avait été appréciée en se basant le score TIS (Three Items Severity Score) [3]. Le score TIS est la somme de trois items qui sont l'érythème, l'œdème/papule et les excoriations. A chaque item est attribuée une valeur allant de 0 à 3. Le score est mesuré sur la

lésion la plus représentative. Cela veut dire que les différents items peuvent être évalués sur des sièges différents. Le score TIS va de 0 à 9.

Une infirmière s'occupait de l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage. Les patients étaient revus quinze jours et un mois après la première consultation par le même dermatologue pour apprécier l'efficacité du traitement et rechercher des complications ou des effets secondaires liés au traitement. Pour apprécier les connaissances, attitudes et pratiques face à la maladie, un questionnaire était administré à l'enfant ou aux parents, en français ou traduit en langue locale. Une réponse bonne à un item était notée 1 et une réponse mauvaise zéro.

Les connaissances, les attitudes et les pratiques des parents ou de l'enfant étaient jugées bonnes sur la maladie lorsqu'ils répondaient juste à plus de 50% des items proposés. Dans le cas contraire, elles étaient jugées mauvaises.

Les informations étaient collectées sur une fiche préétablie. Les données avaient été saisies et analysées avec le logiciel EPIINFO. Les tests statistiques utilisés étaient les tests de chi² pour les proportions. Les différences statistiques étaient considérées comme significatives lorsque $p < 0,05$. Les patients avaient donné leur consentement libre et éclairé avant l'inclusion dans l'enquête et le traitement confidentiel des données leur avait été garanti.

RESULTATS

Sur la période d'étude, 1832 nouveaux patients avaient été vus. Le diagnostic de dermatite

atopique a été retenu chez 102 patients qui remplissaient les critères de United Kingdom Working Party (UKWP). L'incidence de la dermatite atopique était de 5,5%.

L'âge moyen des patients était de 20,6 ans (1 an à 71 ans). Il y avait 49 patients de moins de 15 ans (48%).

Le sex-ratio H/F était de 0,67 (42 hommes et 60 femmes)

Age de début de la DA

Les manifestations de DA avaient débuté avant l'âge de 2 ans chez 25,7% des malades, avant 12 ans chez 57,4 %, avant 18 ans chez 66,3 % et après 45 ans chez 8,8%. Il n'y avait pas de différence entre les sexes ($p=0,8$)

Antécédents personnels de maladies allergiques:

Il existait un ou plusieurs antécédents personnels de maladie allergique. Il s'agissait de l'asthme dans 34,3%, d'une DA dans 62,7%, d'une conjonctivite allergique dans 46,0% d'une sinusite allergique dans 25,4%, et d'une rhinite allergique dans 40,1% des cas. Il n'y avait pas de différence entre les sexes en ce qui concerne les antécédents personnels de maladie allergique ($p=0,9$).

Antécédents familiaux de maladie allergique

Des maladies allergiques étaient présentes chez les parents de premier degré des patients : dermatite atopique (32,3%), rhinite allergique (40,1%), asthme allergique (49,0%), conjonctivite (19,6%).

Signes fonctionnels

Le prurit était présent chez 100% des patients, mais le prurit à la chaleur n'a été noté que chez 50% des patients. 12 patients sur 102 ont avoué que la DA occasionnait une gêne esthétique et 11 patients ont noté une intolérance à la laine à type de picotement ou de sensation de chaleur.

Signes physiques

Lésions élémentaires et formes cliniques d'eczéma

Un œdème et des papules étaient notés chez 91,1% des patients, la xérose cutanée chez 90% des patients et l'érythème chez 50% des patients. La répartition des lésions élémentaires observées chez les patients figure dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des lésions élémentaires observées chez les 102 patients vus en 2008-2009 au CNHU-HKM et à l'HIA.

Lésions élémentaires	Nombre de cas
Oedème et papules	93
Xérose cutanée	92
Excoriations	79
Croûtes et érosions	69
Erythème	51
Fissure	13
Total	397

Ces lésions élémentaires réalisaient différentes formes cliniques d'eczéma dont la répartition figure dans le tableau II. La chéilite atopique (figure1) se voyait surtout chez les enfants.

Signes mineurs d'eczéma

Les signes mineurs constatés chez les patients étaient : signe de Dennie Morgan (58,8%), pigmentation périorbitaire (47,0%), des

Tableau II : Répartition des formes cliniques de dermatite atopique chez les 102 patients vus au CNHU-HKM et à l'HIA en 2008-2009

Formes cliniques	Nombre cas	Proportion (%)
Eczéma vulgaire	86	67,7
Prurigo de Besnier	13	10,2
Chéilite atopique	12	9,4
Eczéma nummulaire	06	4,7
Eczéma dysidrosique	05	3,9
Eczéma des mamelons	04	3,1
Dermatite plantaire juvénile	01	0,7
Total	127	100

eczématides achromiants (13,7), 8,8%, kératose folliculaire simple (8,8%).

Siège des lésions

Le siège des lésions variait selon l'âge. Avant l'âge de 2 ans (n=9), les sièges les plus fréquents étaient : membres supérieurs (n=8), tronc (n=7), membres inférieurs (n=6), visage (n=2). Après 2 ans (n=93), les sièges étaient : membres inférieurs (n=80), membres supérieurs (n=75), plis de flexion (n=59), tronc (n=45), cou (n=38), visage (n=37), cuir chevelu (n=19), organes génitaux externes (n=6), atteinte des faces d'extension des articulations (n=10).

Evolution du score clinique sous traitement

A la première consultation, le score clinique moyen des patients était de 2,32. 28 patients étaient revenus à la consultation à J15. Le score moyen à J0 de ces 28 patients était de 2,55. Après 2 semaines de traitement le score clinique était passé à 1,0.

Traitement suivi avant la consultation

Quatre vingt treize patients ont suivi un traitement avant la consultation dans le service et chez 34 patients (33,3%) il s'agissait d'une automédication



Figure 1: Plaquet érythémateux et fissulaire des lèvres chez un enfant.

tandis que 59 patients avaient suivi une prescription médicale. Les médicaments les plus prescrits par les médecins étaient : antihistaminiques (n=31), antibiotiques per os (n=26), dermocorticoïdes (n=26), antifongiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la dermatite atopique à Cotonou en 2008 en utilisant les critères de United Kingdom Working Party.

Notre étude a été caractérisée par le grand nombre de perdus de vue au cours du suivi. Seuls 17,6% des patients étaient revenus au rendez-vous du quinzième jour. Cette déperdition de patients pourrait être en rapport avec la bénignité de la maladie, l'amélioration clinique sous traitement ou au contraire une aggravation conduisant à rechercher des soins chez d'autres médecins ou chez des guérisseurs traditionnels. Des difficultés ont été rencontrées dans l'application des critères de UKWP dans notre population d'étude à Cotonou. L'incidence de la

DA dans la population en utilisant les critères diagnostiques de UKWP était de 5,5%. Cette incidence pourrait être plus élevée en appliquant d'autres critères.

La détermination du score de gravité clinique n'a pas été facile à cause de la difficulté à identifier l'érythème sur peau noire. Le problème de l'érythème sur peau noire a déjà été abordé par Ben-Gashir MA [4] qui a montré que la prévalence de la dermatite atopique sévère sur peau noire était sous-estimée à cause de la difficulté à apprécier l'érythème.

Malgré ses limites, notre étude a permis de caractériser la dermatite atopique à Cotonou.

L'âge moyen de nos patients était de 20,6 ans et le sex-ratio de 0,87 (42 hommes et 60 femmes) mais 57,4% de nos patients ont débuté leur maladie avant l'âge de 12 ans. Ce taux est proche de celui de Nnoruka EN au Nigéria [5] dont l'étude avait montré que 51,3% des patients débutaient leur maladie avant l'âge de 10 ans.

Dans notre enquête 62,7% des patients avaient des antécédents de DA contre 47,7% dans l'étude de Noruka EN au Nigéria [5]. Les proportions de maladie allergique chez les parents de premier degré dans notre série étaient : dermatite atopique (32,3%), rhinite allergique (40,1%), asthme allergique (49,0%), conjonctivite (19,6%) par comparaison à l'étude de Tay YK à Singapour [6] qui a retrouvé les proportions suivantes : DA (17%), asthme (15%), rhinite allergique (15%).

Chez les patients de moins de 2 ans dans notre enquête, la dermatite atopique siégeait avant tout aux membres et au tronc et moins fréquemment

au visage alors que classiquement l'atteinte des zones convexe du visage est fréquente à cet âge. Chez les patients de plus de 2 ans, les membres inférieurs et les membres supérieurs restaient les premiers sièges par ordre de fréquence suivis de l'atteinte des plis de flexion (figure2) observée chez 63,4% de nos patients alors que la face était touchée dans 39,8%. L'atteinte de la face était rencontrée chez 42,3% des patients au Nigeria [5].

Le prurigo de Besnier était retrouvé dans 12,7% des cas dans notre enquête alors que sa prévalence atteint 54,1% dans l'étude de Nnoruka EN[5].

Dans l'étude de Tay YK[6], 84,5% des patients avaient un eczéma subaigu oedémato-papulo-vésiculeux lors du premier contact contre 91% dans notre étude et 77,3% dans le travail de Traoré A au Burkina Faso[7] sur une population infantile. La xérose cutanée était présente chez 90% de nos patients contre 71% dans l'étude de Nnoruka EN [5]

Parmi nos patients 43,1% avaient une maladie sévère avec un score clinique moyen à 2,32 lors de la première visite. L'appréciation de la sévérité de la dermatite atopique utilise différent score dont les plus connus sont le SCORAD et le score TIS (Three Items Severity Score). Différents auteurs ont attiré l'attention sur les scores basés sur l'érythème pour apprécier la gravité de la dermatite atopique. Pour ces auteurs, la gravité de la dermatite atopique peut être sous-évaluée chez les patients de race noire [4]. Cette sous-évaluation peut conduire à un retard dans le

diagnostic des formes graves et à une prise en charge inappropriée. Cependant Williams HC [8] dans son étude comparative de plusieurs groupes ethniques à Londres n'a pas trouvé de différence dans la gravité de la DA entre les enfants de race noire originaire des Caraïbes nés à Londres et leurs homologues de race blanche. Mais la dermatite atopique était deux fois plus prévalente chez les premiers que chez les seconds (16,3% contre 8,7%)

Plusieurs de nos patients (91,2%) ont suivi un traitement avant la première consultation dans notre service. Ce traitement était soit prescrit par un personnel de santé ou pris en automédication (33,3%). Cette forte proportion des patients ayant suivi un traitement avant de consulter dans un service hospitalier montre combien de fois les patients recherchaient activement des soins face à la chronicité de la dermatite atopique. Cette recherche de soins par les patients atopiques de race noire a été également démontré dans l'étude de Janumpally SR aux Etats-Unis [9] dont les résultats ont révélé que les Noirs américains et les patients originaires des îles du Pacifique et de l'Asie atteints de dermatite atopique fréquentaient six fois plus le personnel de santé pour se soigner que leurs homologues de race blanche.

La plupart de nos patients ont reçu des traitements simples à base d'antihistaminiques, d'émollients de dermocorticoïdes après la consultation. Ces traitements simples ont été prescrits également aux patients dans l'étude de Tay YK[6]. Ce dernier auteur a utilisé une corticothérapie par voie générale chez 16% de ses patients contre 2,9%.

chez nos patients .De fait certaines formes sévères de dermatite atopique peuvent nécessiter des traitements plus complexes comme la photothérapie, les immunomodulateurs par voie locale (tacrolimus, picrolimus) ou par voie générale (ciclosporine). La photothérapie est intéressante dans les poussées aiguës cortico-résistantes de la dermatite atopique [10]. Les cas de complications infectieuses bactériennes étaient traités avec une antibiothérapie locale ou par voie générale.

Lors de la première visite, certains patients avaient des complications à type d'infection bactérienne (12,7%) et de gale (0,01%). Nnoruka EN[5] dans son enquête a rapporté des proportions plus élevées d'infections bactériennes (41,7%), d'infections fongiques (37%), de gale (8,8%), et d'infections virales (2,9%).

CONCLUSION

Notre étude a montré une prévalence relativement faible de la dermatite atopique comparée à d'autres régions du monde. La principale forme clinique de la maladie était l'eczéma vulgaire. Des traitements simples ont permis d'améliorer nos patients. Mais ces aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la dermatite atopique à Cotonou doivent être confirmés par des études menées en population générale et sur des échantillons plus larges.

REFERENCES

1. **Schmied C, Saurat J-H.** Epidémiologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol.* 1989;116:729-734.
2. **Williams HC, Burney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJ.** The UK/working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 1994;131:383-396.
3. **Wolkerstorfer A, De Waard Van Der Spek FB, Glazenburg EJ, Mulder PGH, Oranje AP.** Scoring the severity of atopic dermatitis: Three Item Severity score as a rough system for daily practice and as a pre-screening tool for studies. *Acta Derm Venereol.* 1999;79:356-359.
4. **Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ.** Reliance on erythema scores may mask severe atopic dermatitis in black children compared with their white counterparts. *Br J Dermatol.* 2002;147(5):920-925.
5. **Nnoruka EN.** Current epidemiology of atopic dermatitis in south-eastern Nigeria. *Int J Dermatol.* 2004;43(10):739-744.
6. **Tay YK, Khoo BP, Goh CL.** The profile of atopic dermatitis in a tertiary dermatology outpatient clinic in Singapore. *Int J Dermatol.* 1999;38:689-692.
7. **Traoré A, Koueta F, Sanou I, Dao I, Kam KL, Sawadogo NO et al.** La dermatite atopique de l'enfant au Burkina Faso: aspects épidémiologiques et cliniques dans le service de dermatologie du CHU de Ouagadougou. *Nouv Dermatol.* 1998;17:578-580.
8. **Williams HC, Pembroke AC, Forsdyke H, Boodoo G, Hay RJ, Burney PG J.** London-born Caribbean children are at increased risk of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:212-217.
9. **Janumpally SR, Feldman SR, Gupta AK, Fleischer AB.** In the United States, Blacks and Asian/Pacific Islanders are more likely than Whites to seek medical care for atopic dermatitis. *Arch Dermatol.* 2002;138(5):634-637.
10. **Beaulieu Ph, Pradalier A.** Traitement de la dermatite atopique de l'enfant et de l'adolescent. *Rev fr Allergol.* 1996;36(1):9-17.

Correspondance Dr Felix Atadokpédé
Email : fatadokpede2009@yahoo.fr