

Améliorer la disponibilité d'informations fiables sur les soins de santé relatifs aux maladies cutanées

Neil Pakenham-Walsh

Informations sur les soins de santé pour tous (HIFA).
neil@hifa.org

Conflits d'intérêts : Aucun

Mots-clés : Informations fiables sur les soins de santé ; maladies de la peau ; sensibilisation ; Organisation mondiale de la Santé.

Imaginez un monde où chaque individu aurait accès aux informations fiables dont il a besoin pour préserver sa santé et celle des autres, où chacun disposerait des connaissances nécessaires pour prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les maladies, y compris les maladies de la peau. Le monde dans lequel nous vivons n'est pas ainsi. De nos jours, la présentation et le diagnostic sont souvent retardés, ce qui a de graves conséquences pour les patients. Les peaux foncées peuvent présenter des défis supplémentaires. Par exemple, bien que les individus à la peau de couleur soient moins susceptibles de développer un mélanome que les individus à la peau blanche, ils sont plus susceptibles de présenter un mélanome avancé au moment du diagnostic et la maladie présente donc un risque de décès plus élevé. La disponibilité d'informations fiables est importante dans tous les domaines de la santé, y compris la santé de la peau.

Informations fiables sur les soins de santé

Les informations fiables sur les soins de santé sont celles dont les gens ont besoin pour préserver leur santé et celle des autres. Elles doivent être précises, actualisées et impartiales, reflétant, dans la mesure du possible, des données cumulatives fondées sur des recherches fiables ; elles doivent être rédigées dans la langue et le format appropriés et être d'un niveau technique adéquat ; elles doivent être pertinentes et applicables à la situation immédiate de l'individu (situation en constante évolution) et ce dernier doit être en mesure de la différencier du flot d'informations incorrectes largement disponibles autour de lui. Les « informations fiables » ne se limitent pas à la recherche d'informations dans un livre ou sur un site Web ; elles comprennent également les connaissances acquises lors d'une exposition ou d'une expérience passée. Le fait qu'un parent sache déjà que les écrans solaires peuvent aider à prévenir

les mélanomes constitue un exemple d'accès à des informations fiables provenant d'une exposition ou d'une expérience passée. Si un professionnel de la santé connaît les différentes formes que peut prendre un mélanome, il doit également en tenir compte.

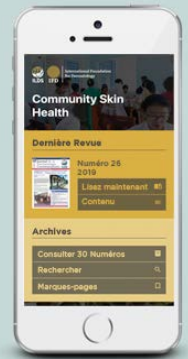
Accès à des informations fiables sur les soins de santé

L'accès à des informations fiables sur les soins de santé relève des droits humains. C'est un aspect crucial pour assurer des soins sûrs et efficaces à tous les niveaux du système de santé cela a été reconnu par les Nations unies comme un élément déterminant du droit à la santé. Il constitue une condition préalable à l'équité en matière de santé au niveau mondial. Healthcare Information For All (HIFA) et New York Law School ont démontré que les gouvernements présentent l'obligation légale, en vertu du droit international des droits humains, de veiller à ce que leur population dispose d'un accès adéquat à des informations fiables

Appli Community Skin Health

L'appli CSH est disponible pour iOS et Android.

Vous disposez désormais de chaque numéro à portée de main et vous pouvez rechercher les sujets d'actualité, attacher un signet à vos articles préférés et recevoir le dernier numéro directement sur votre téléphone.



sur les soins de santé, une responsabilité qui a été bafouée en toute impunité par des chefs d'État, comme on a pu le voir lors de la pandémie de COVID-19.

Des millions de personnes meurent chaque année en raison de la mauvaise qualité des soins dans le système de santé. Un nombre élevé d'individus meurt également ou souffre inutilement en raison de soins inadéquats et de mauvaises décisions en matière de soins de santé dans leur domicile, en particulier dans les pays à revenus faibles ou moyens (PRFM). On sait remarquablement peu de

Suite au verso...

EXPOSÉ DE CAS

Érythème pigmenté fixe dû à la consommation de poulet

Voir page 25.



Contenu

- 17 Améliorer la disponibilité d'informations fiables sur les soins de santé relatifs aux maladies cutanées**
Neil Pakenham-Walsh
- 19 Pleins feux sur les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée**
- 20 Réactions lépreuses**
Marlous L. Grijzen et Ben Naafs
- 25 Érythème pigmenté fixe due à la consommation de poulet**
Beatrice Etemesi
- 25 Érythème pigmenté fixe : galerie de photos**
Gail Todd
- 29 Prévalence des manifestations cutanées et facteurs associés chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique à l'hôpital de référence de Mnazi Mmoja, Zanzibar**
Ahmad I. Ferouz et al.

Améliorer la disponibilité d'informations fiables sur les soins de santé relatifs aux maladies cutanées..suite

choses sur les contributions relatives de l'accès aux médicaments essentiels et de l'accès à des informations fiables sur les soins de santé, par exemple.

Comment améliorer la disponibilité d'informations fiables sur les maladies de la peau ?

La disponibilité d'informations fiables relatives à n'importe quel domaine de la santé dépend de l'intégrité de l'écosystème mondial des données probantes (Fig. 1). Il s'agit du travail des chercheurs, des éditeurs, des évaluateurs systématiques, des concepteurs de lignes directrices, des créateurs de contenu pour différents publics, des individus qui aident le public à trouver les informations dont ils ont besoin (et à les distinguer des informations incorrectes) et, bien sûr, de ceux qui accèdent aux informations et les appliquent à tout moment, qu'il s'agisse de patients, de professionnels de la santé ou de décideurs politiques.

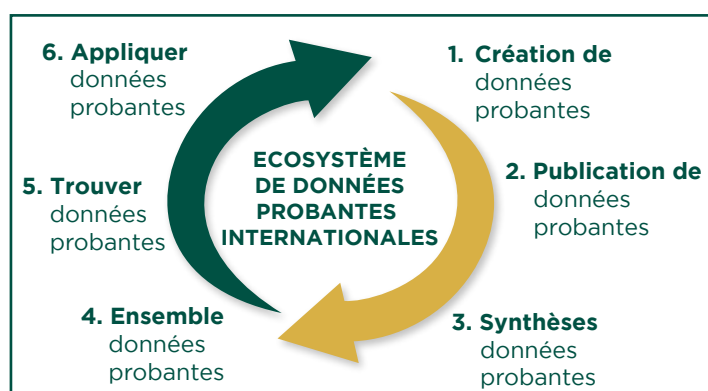


Fig. 1. Ecosystème international des données probantes.

Trois faiblesses intrinsèques du système ont été identifiées par Fiona Godlee, moi-même et d'autres personnes.¹ Notre analyse détermine que le système ne fonctionne pas, en particulier pour les personnes vivant dans un PRFM, et ce principalement en raison des faiblesses du système lui-même, d'une communication et d'une coordination médiocres entre les parties prenantes du système, d'une mauvaise compréhension des besoins en informations et de la manière de les satisfaire et d'un manque de sensibilisation et d'engagement au plus haut niveau en faveur d'un accès universel à des informations fiables sur les soins de santé. Nous avons appelé l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à défendre l'objectif d'un accès universel à des informations fiables sur les soins de santé. L'OMS nous a encouragés à prendre les devants. Un an plus tard, nous avons lancé HIFA, une campagne mondiale pour un monde où chaque individu a accès aux informations dont il a besoin pour préserver sa santé et celle des autres. HIFA est administrée par une petite organisation à but non lucratif appelée Global Healthcare Information Network (GHI-Net), basée près d'Oxford, au Royaume-Uni. *Community Skin Health* (initialement connu sous le nom *Community Dermatology Journal*) est affilié à HIFA depuis 2013.²

HIFA

HIFA est conçu pour renforcer la communication, la compréhension et la sensibilisation dans l'ensemble du système. Nous étions convaincus que nous pouvions avoir un impact, grâce à l'émergence récente des communications de groupe par courrier électronique, qui nous permettent de faciliter des discussions internationales approfondies entre des milliers de personnes sur un large éventail de sujets liés aux besoins d'informations et à la manière de y répondre. Notre approche est basée sur le concept de « communauté de pratique » de Wenger et, en l'espace de quelques semaines, elle nous a permis de mettre en relation 1 000 professionnels représentant toutes les parties de l'écosystème mondial des données probantes. Notre réseau

continue de se développer et nous comptons aujourd'hui 20 000 membres répartis dans 180 pays. Environ 500 membres se sont portés volontaires : membres du groupe de pilotage, représentants dans les pays, équipe chargée des médias sociaux et groupes de travail sur les projets. Nous avons actuellement 20 projets qui visent à promouvoir la communication et la compréhension entre tous les membres de HIFA. Nous avons animé d'innombrables discussions spontanées sur des sujets liés à l'amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des informations. Nous avons également soutenu de nombreuses discussions planifiées et approfondies, qui s'étalent généralement sur 4 à 6 semaines et aboutissent souvent à des publications dans des revues à comité de lecture. Les maladies de la peau n'ont pas encore été abordées de manière systématique et nous serions heureux d'avoir l'occasion de le faire.

Nous avons développé et testé une base de données visant à rassembler les expériences relatives aux besoins en informations et la manière de les satisfaire, tels qu'ils ont été exprimés sur les forums HIFA.

Sensibilisation

Suite à nos travaux, l'Association médicale mondiale (World Medical Association), qui représente 10 millions de médecins, a adopté une politique officielle en faveur de l'accès universel à des informations fiables sur les soins de santé et a approuvé nos sept recommandations sur la voie à suivre. Nous sommes bien trop petits pour avoir une incidence, à nous seuls dans un problème de santé mondiale aussi important, c'est pourquoi nous avons créé une communauté de 445 organisations de soutien à travers le monde. Plus important encore, nous entretenons des relations officielles avec l'OMS depuis 2022.

Je suis fier de la façon dont HIFA s'est développée organiquement au fil des ans, chaque accomplissement s'appuyant sur le précédent (voir : <https://www.hifa.org/about-hifa/achievements>). Notre plus grande réussite est la constance de nos accomplissements. Notre plus grand échec est, paradoxalement, notre incapacité à mettre pleinement en œuvre notre stratégie en raison de ressources limitées telles que l'expertise interne en matière de développement organisationnel et de collecte de fonds. Nous continuons à fonctionner avec seulement 1,4 employé (et des centaines de bénévoles) et nous essayons actuellement de recruter un deuxième professionnel de la santé internationale. Les offres de soutien et de collaboration sont les bienvenues.

Informations fiables sur les maladies de la peau

La fiabilité des informations sur les maladies de la peau dépend de l'intégrité de l'écosystème international des données probantes, mais il existe d'autres considérations pour les maladies de la peau. Le diagnostic dermatologique repose sur la reconnaissance visuelle ; l'intelligence artificielle (IA) est déjà utilisée pour aider à diagnostiquer un mélanome, par exemple, sur la base d'une photographie. En tapant une question sur une maladie de la peau dans un chatbot tel que ChatGPT, il est très probable que l'on obtienne une réponse cohérente et fiable, du moins en anglais. L'une des limites est que ChatGPT est entièrement basé sur du texte et ne gère pas les images. Au fur et à mesure que l'IA se développe et que les connections entre la population mondiale augmentent, l'IA deviendra de plus en plus utile.

Le rôle de l'OMS

La plus grande opportunité sur laquelle nous nous concentrons actuellement est que l'OMS s'engage explicitement à atteindre l'objectif de l'accès universel à des informations fiables sur les soins de santé. Cela changerait la donne. Le concept n'est pas nouveau pour l'OMS. L'accès universel est implicite dans sa Constitution, publiée il y a 75 ans : « L'extension à tous les peuples des bienfaits

de la médecine, de la psychologie et des connaissances connexes est essentielle à l'atteinte la plus complète de la santé. Il existe un document datant de mai 2023 et cosigné par la directrice générale adjointe de l'OMS, Zsuzsanna Jakab, intitulé : « L'information sanitaire universelle est essentielle à la couverture sanitaire universelle »

Un catalyseur est nécessaire pour que l'OMS défende explicitement cet objectif. HIFA a franchi la première étape en devenant une organisation non gouvernementale collaborant officiellement avec l'OMS en 2022. L'étape suivante est une consultation internationale des parties prenantes. La pièce maîtresse est une enquête mondiale, ciblant toutes les parties prenantes, en particulier les éditeurs, qui s'est déroulée du 21 août au 15 octobre 2023. L'enquête est à présent terminée et nous en analysons les résultats avec l'aide de Digital Medic à l'Université de Stanford. Notre objectif est de démontrer le soutien massif du public à l'accès universel et de recueillir les avis de

toutes les parties prenantes sur la manière d'accélérer les progrès et sur ce que l'OMS peut faire de plus.

Bien que l'enquête soit terminée, nous continuons à débattre de ces questions sur nos forums de discussion, dont l'accès est gratuit et qui sont disponibles en anglais, en français, en portugais et en espagnol : <https://www.hifa.org/join>

Références

1. Godlee F, Pakenham-Walsh N, Ncayiyana D *et al.* Can we achieve health information for all by 2015? *Lancet* 2004; **364**: 295-300.
2. Pakenham-Walsh N, Murdoch M, Lovell C. HIFA and *Community Dermatology Journal*. *Community Dermatol J* 2013; **9**: 1-6.
3. Muscat D, Hinton R, Nutbeam D *et al.* Universal health information is essential for universal health coverage. *Fam Med Community Health* 2023 ; **11**: e002090.

L'article ci-dessus reprend une partie du contenu d'un article récent de Scholarly Kitchen (21 août 2023) :

<https://scholarlykitchen.sspnet.org/2023/08/21/universal-access-to-reliable-healthcare-information-an-interview-with-neil-pakenham-walsh-of-hifa/>



Lettre à la rédaction

Chère rédactrice, cher rédacteur,

Je suis très reconnaissante pour les revues d'enseignement *Community Skin Health* que je reçois. Au début de l'année, notre district a connu une épidémie de rougeole et une mère a emmené son enfant à l'hôpital en raison d'une affection cutanée. Le médecin a diagnostiqué une « rougeole ». Cependant, après examen de l'enfant, le pharmacien était en désaccord avec ce diagnostic. La mère m'a consulté et j'ai établi un diagnostic de *tinea corporis* et *tinea capitis*. J'ai par conséquent conseillé à la mère de raser la tête de son enfant et lui ai prescrit des gélules de cloxacilline, de la crème de miconazole et des comprimés de griséofulvine. Six semaines plus tard, l'infection fongique avait disparu et la mère était ravie. J'ai partagé la revue *CSH* avec de nombreux autres membres du personnel. Cela montre que la revue aide à la prise en charge des affections cutanées.

Merci !

Andrew Chulu, Responsable des soins cliniques à la retraite, hôpital de Chinsali, district de Chinsali, Zambie.

Attention portée sur les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée

Les points forts du mini-sommet ILDS-OMS SkinNTD qui s'est tenu à Dar Es Salaam, en Tanzanie, le 20 septembre 2023, sont disponibles sur #NNN2023 Conference.

Cette importante réunion a rassemblé plus de 90 participants passionnés représentant les 12 groupes de travail dynamiques nés de la réunion mondiale de l'OMS sur les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (MTN) en mars 2023.

Le sommet a constitué une plate-forme précieuse pour les groupes de travail, qui ont pu se pencher sur les activités prioritaires, faire le point sur les progrès accomplis et s'attaquer aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'initiatives intégrées de lutte contre les MTN au niveau national.

Cet événement a été rendu possible grâce à la collaboration entre l'OMS et l'ILDS et a été facilité par le NNN Skin Cross Cutting Group.



Membres de l'OMS et du NNN Cross Cutting Group



Séance de collaboration des groupes de travail

Marlous L. Grijzen^{1,2} et Ben Naafs^{3,4}

¹Oxford University Clinical Research Unit Indonesia, Faculté de médecine Universitas Indonesia, Jakarta, Indonésie.

²Centre for Tropical Medicine and Global Health, Département de médecine Nuffield, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni.

³Stichting Global Dermatology Munnekeburen, Friesland, Pays-Bas.

⁴Regional Dermatology Training Centre (RDTC), Moshi, Tanzanie.

⁵Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Bauru, Brésil.

*Auteur correspondant : mgrijzen@oucru.org

Conflits d'intérêts : Aucun.

Mots Clés : Lèpre ; maladie de Hansen ; polychimiothérapie ; réaction de type 1 ; réaction de type 2 ; phénomène de Lucio ; étiopathologie ; traitement.

Introduction

Dans notre récent article, publié dans *Community Skin Health* nous avons abordé le diagnostic et la prise en charge de la lèpre¹. Nous abordons ici plus en détails les réactions lépreuses, qui constituent un défi clinique majeur dans le traitement. Les réactions lépreuses sont des épisodes d'inflammation exacerbée et peuvent provoquer des lésions nerveuses entraînant une invalidité permanente. Les réactions peuvent survenir avant, pendant, ou après le traitement antimycobactérien. Bien que les réactions fassent partie de l'évolution normale de la lèpre non traitée, le traitement peut prévenir ou précipiter les réactions. Il existe trois types de réactions :

- réaction lépreuse de type 1 (T1R) ou réaction de réversion (RR) ;
- réaction lépreuse de type 2 (T2R), également appelée érythème noueux lépreux (ENL) ; et
- Phénomène de Lucio, un type de réaction rare qui survient le plus souvent chez les patients originaires d'Amérique centrale.

Les T1R peuvent apparaître dans la lèpre borderline (lèpre borderline tuberculoïde [BT], borderline borderline [BB] et borderline lépromateuse [BL]) et tendent à se développer tôt dans l'évolution de l'infection. Elle se développe progressivement et ne présente des manifestations remarquables qu'après des semaines, voire des mois, mais il arrive parfois qu'une réaction grave se produise du jour au lendemain. Les T2R se produisent dans les cas de lèpre multibacillaire, (BL), et de lèpre lépromateuse (LL), et se développent généralement à un stade plus avancé de l'évolution de la maladie. Les T1R et les T2R peuvent se produire dans la lèpre BL, et ce même simultanément. Le phénomène de Lucio se produit particulièrement dans les cas de LL diffus.

Une T1R (ou réaction d'amélioration) peut être déclenchée lorsque l'immunité à médiation cellulaire (CMI) augmente soudainement, après le début d'un traitement contre le VIH, après une grossesse ou après l'arrêt de médicaments immunosuppresseurs. Une T2R peut être déclenchée par la vaccination, l'anémie, l'anxiété et les infections intercurrentes telles que la tuberculose, les ulcères ou les infections parasitaires intestinales. Le phénomène de Lucio peut être déclenché par un froid soudain faisant suite à une température environnementale élevée.

Le diagnostic des réactions lépreuses repose entièrement sur l'expertise du personnel soignant, car il n'existe actuellement aucun test de laboratoire permettant de prédire leur développement. Le manque de sensibilisation et de connaissances des agents de santé peut entraîner des retards de diagnostic et, par conséquent, des lésions nerveuses. Il est important de diagnostiquer les réactions à un stade précoce et de les traiter de manière appropriée afin d'éviter l'apparition de handicaps évitables.

Dans cet article, nous aborderons les mécanismes physiopathologiques, du diagnostic clinique et de la prise en charge des T1R, des T2R et du phénomène de Lucio.

Réaction lépreuse de type 1

Signes et symptômes :

Les T1R touchent généralement les nerfs et la peau, mais peuvent aussi occasionnellement affecter le foie et les articulations. Des lésions cutanées accompagnent souvent les lésions nerveuses, mais elles peuvent aussi les précéder ou y succéder. Sur le plan clinique, une réaction peut être suspectée en cas d'inflammation accrue de lésions cutanées préexistantes chez des patients atteints de lèpre borderline. Les macules hypopigmentées ou légèrement érythémateuses deviennent rouges et tuméfiées (Fig. 1)

et peuvent parfois s'ulcérer (on parle alors de « lèpre de Lazare ») (Fig. 2). De nouvelles lésions peuvent apparaître soudainement sur une peau qui n'était auparavant pas touchée d'un point de vue clinique (Fig. 3). Un œdème important peut parfois affecter les extrémités ou le visage (acro-œdème), en particulier chez les patients atteints de BL (Fig. 4). Il est possible que les patients se plaignent d'une sensation de brûlure ou de picotement au niveau des lésions cutanées, ainsi que de douleurs aux extrémités ou au visage et d'une perte de force et/ou de leurs perceptions sensorielles (Fig. 5).



Fig. 1. Tuméfaction érythémateuse dans la réaction de type 1.



Fig. 2. Réaction de type 1, lésion ulcérée.

Les troncs nerveux périphériques peuvent être tuméfiés et sensibles en certains endroits. Le signe de Tinel est un test qui permet de mettre en évidence une névrite ; une légère pression sur le nerf provoque une sensation de picotement (« fourmillements ») dans la distribution de ce nerf. Une perte de force peut se produire au niveau des paupières, du visage, des mains et des pieds. Il se peut que les patients laissent tout à coup tomber des objets de leurs mains ou trébuchent en marchant. La perte de vision constitue l'un des principaux handicaps et doit toujours être évitée. Des lésions nerveuses minimales peuvent passer inaperçues lorsque l'on demande à un patient de bien fermer les yeux. Afin de détecter une T1R dans le visage de manière précoce, il faut demander au patient de fermer



Fig. 3. Nouvelles lésions de type 1 sur une peau qui n'était pas touchée auparavant.

doucement les deux yeux. Un léger mouvement de la paupière et/ou une ouverture minimale lors de la fermeture peuvent constituer des signes précurseurs d'autres dommages causés par une T1R (Fig. 6).

Un autre signe précoce d'une T1R est la sensation d'humidité des mains et des pieds ou la présence de plaques sèches nouvellement formées. L'apparition ou l'élargissement de zones sèches est souvent le premier signe d'une réaction naissante. Cependant, les patients atteints d'une T1R, contrairement aux patients atteints d'une T2R, ne sont pas malades. Le diagnostic d'une T1R précoce peut facilement être raté car certains patients présentent remarquablement peu de signes et de symptômes. Les paramètres cliniques objectifs sont importants pour faciliter un diagnostic et un traitement précoces. De tels paramètres comprennent la cartographie (dessin) des lésions cutanées, qui peut être considérée comme fastidieuse mais qui en vaut la peine, ainsi que l'évaluation minutieuse de la fonction nerveuse par des tests musculaires volontaires (VMT) et des tests sensoriels gradués (GST), appelés gradués parce qu'ils comportent des stimuli de différentes intensités définies afin que les changements sensoriels puissent être mesurés sur le même site.^{2,3}



Fig. 4. Œdème extensif affectant le bras chez un patient atteint d'une lèpre lépromateuse borderline.



Fig. 5. Brûlure due à une perte sensorielle.

Tests en laboratoire :

Jusqu'à présent, les tests en laboratoire revêtent peu de valeur ajoutée pour diagnostiquer les réactions de la lèpre. Les tests d'anticorps contre *Mycobacterium leprae* y compris le glycolipide phénolique 1 (PGL-1) et le diagnostic immunitaire de la lèpre 1 (LID 1), ne sont pas importants au niveau du diagnostic⁴, pas plus que les tests de CMI. Un nouveau développement prometteur est une signature transcriptomique (ARNm de l'hôte et des mycobactéries) qui peut indiquer le développement d'un T1R jusqu'à 2 semaines avant l'apparition des signes cliniques⁵

Immunologie et pathologie :

L'histopathologie des lésions T1R montre une réaction d'hypersensibilité retardée. Dans une lésion précoce, on observe uniquement un léger œdème extracellulaire avec une certaine prolifération de fibroblastes, ainsi qu'un nombre accru de lymphocytes dans le granulome de la lèpre. Par la suite, on observe une augmentation de l'œdème et une modification de la composition cellulaire aussi bien à l'intérieur qu'autour des granulomes de cellules épithélioïdes, et ce en raison d'un afflux de lymphocytes T-(helper) CD4⁺ (cellules T CD4⁺), en particulier de la classe des cellules T helper (Th)1.⁶ Au cours d'une T1R, et durant sa réduction, le nombre relatif de cellules T CD8⁺ (suppresseurs/cytotoxiques) augmente. L'importance des cellules T CD4⁺ est confirmée par l'observation faite que la lèpre, et en particulier les T1R, peut survenir lorsque des patients co-infectés par le VIH et *M. leprae* sont traités avec une thérapie antirétrovirale efficace. Les cellules T CD4⁺ augmentent alors et une T1R se produit sous la forme d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire⁷ Il a été démontré que les nerfs et la peau humains partagent plusieurs déterminants antigéniques avec *M. leprae* (Fig. 7)⁸ Un grand nombre de ces épitopes est situé sur les protéines de choc thermique (HSP)⁸ Ceci peut être démontré dans les macrophages et les cellules épithélioïdes d'autres maladies granulomateuses telles que la sarcoidose, la nécrobiose lipoïdique et le granulome annulaire. On peut donc supposer que la T1R est une maladie auto-immune⁹

Traitement

Ceci est basé sur la compréhension de l'immunopathologie : une réaction d'hypersensibilité de type retardée aux déterminants antigéniques de *M. leprae*. Une approche logique consiste à réduire le nombre de déterminants stimulants par chimiothérapie tout en supprimant la réponse immunitaire à médiation cellulaire. Lorsque la dapsonne, un composant important de la polychimiothérapie (PCT), est administrée à une dose de 50 mg ou plus, elle présente un effet suppressif sur l'apparition des T1R¹⁰ Dans la plupart des cas, la prednisone est le médicament de choix, car elle réduit immédiatement l'œdème, est immunosuppressive et réduit les cicatrices post-inflammatoires. L'Azathioprine, la ciclosporine,¹¹ le méthotrexate et les produits biologiques, tels que l'infliximab, se sont également révélés efficaces.

La durée de l'immunosuppression doit être suffisamment longue pour couvrir la période pendant laquelle la charge antigénique peut activer la réponse CMI.¹² Pour les patients atteints de lèpre BT, cette durée est de 2 à 6 mois ; pour les patients atteints de BB, de 4 à 9 mois ; et pour certains patients atteints de BL, cette durée peut aller jusqu'à 1 an, voire plus. La dose initiale cruciale de prednisone semble se situer entre 25 mg et 40 mg par jour, selon le type de lèpre ; 40 mg pour la BT et 25 mg pour la BL. Une dose plus élevée est administrée aux patients atteints de BT par rapport aux patients atteints de BL, car la CMI contre *M. leprae* est moins forte chez les patients atteints de BL. Une dose initiale supérieure peut réduire l'œdème, en particulier au début du traitement, mais elle n'améliore pas les résultats à long terme. Après 1 à 3 mois de suivi clinique, la dose de prednisone peut progressivement être réduite à 15 à 20 mg/par jour. La dose de stéroïdes ne doit pas être réduite trop

Suite au verso...



Fig. 6. Trouble de la fermeture des yeux lors d'une réaction de type 1.

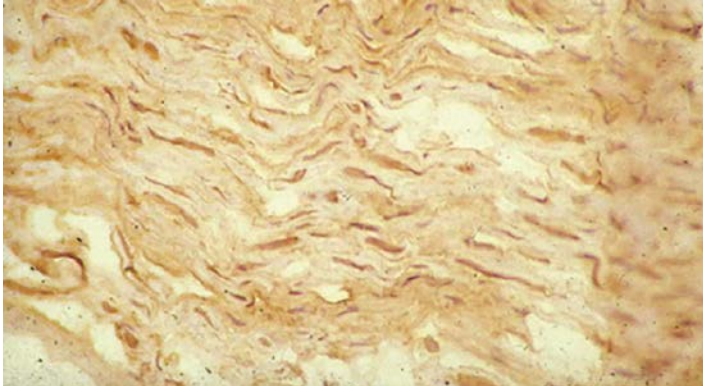


Fig. 7. Coupe au cryostat d'un nerf sain. Coloration par immunoperoxydase avec un anticorps monoclonal contre la protéine de choc thermique 65 kDa de *Mycobacterium leprae* (grossissement x 400).

rapidement, sous peine de risquer une rechute de la réaction. Lorsque la dose de 10 mg est atteinte, le traitement peut être arrêté dans les 2 semaines. Les GST et les VMT peuvent guider la réduction de la prednisonne. Les GST se sont révélés être les plus sensibles.³ Avant d'entamer la corticothérapie et pendant la durée de celle-ci, le dépistage et les mesures préventives comprennent

- protection des os ; le risque d'ostéoporose est plus élevé chez les femmes et les personnes âgées ;
- protection gastrique ;
- surveillance de la tension artérielle ;
- dépistage du diabète (glycémie à jeun ou hémoglobine A_{1c} [HbA_{1c}]) et surveillance pendant le traitement éventuel ;
- yeux ; dépistage de la présence de cataracte et d'une pression intraoculaire élevée ;
- examen de la peau pour y déceler les signes d'une infection fongique.

Les plaquettes de comprimés de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sont difficiles à obtenir. Les plaquettes ne contiennent que deux mois de prednisonne, à des doses de 15 à 20 mg, et les doses disponibles diminuent donc rapidement sur le cours d'un mois, ce qui est une période trop courte pour la plupart des T1R et peut entraîner une nouvelle poussée de la réaction. Cette poussée représente une exacerbation plutôt qu'une nouvelle réaction.¹³ Il vaut la peine d'envisager un traitement antihelminthique prophylactique avant d'entamer un traitement immunosuppresseur, car les mesures de dépistage ne sont pas fiables.

Lors du traitement d'une T1R, les effets secondaires graves de la prednisonne ne sont pas fréquemment observés, sauf chez les patients recevant des doses élevées.

Lorsqu'un ou deux nerfs ne répondent pas à un traitement antiréactionnel efficace, on peut supposer qu'il existe un « œdème veinostatique » et qu'une intervention chirurgicale de décompression nerveuse doit être envisagée dès que possible dans un centre de référence, au plus tard dans les 3 mois.¹⁴ Cette intervention doit être effectuée pendant que le patient est sous stéroïdes, puisque cela évite les œdèmes postopératoires et réduit la cicatrisation postopératoire. Il convient de noter que bien que la plupart des chirurgiens de la lèpre sont convaincus de l'effet positif de la libération des nerfs, d'autres cliniciens considèrent que les preuves sont insuffisantes.

Réaction lépreuse de type 2

Signes et symptômes : L'ENL décrit la manifestation la plus courante de cette réaction (une éruption de papules et de nodules rouges et sensibles) qui se développe en quelques heures ou quelques jours et dure plusieurs jours ou semaines. Le patient se sent mal, a de la fièvre, peut présenter une granulocytose et a souvent de l'albumine dans les urines. La couleur des papules et des nodules s'étend du rouge au violet chez les patients à la peau claire (Fig. 8) et est de la couleur de la peau (Fig. 9) ou bleu/rouge foncé chez les patients à la peau foncée. Lorsqu'elles disparaissent, elles laissent sur la peau une lésion gris-bleu ressemblant

à une ecchymose chez les patients à la peau claire et une coloration marron-bleu foncé ou noire chez les patients à la peau foncée. Généralement, les lésions en phase de résorption s'écaillent légèrement. Il est possible que des lésions actives et des lésions en phase d'estompage soient présentes en même temps. Parfois, les lésions fusionnent et se transforment en plaques. Les plaques et les nodules peuvent s'ulcérer.

Les lésions se situent fréquemment sur la face d'extension des bras et des cuisses, sur le tronc et le visage, mais elles peuvent également apparaître ailleurs.

Leur répartition diffère de celle des lésions d'érythème noueux qui surviennent au cours de la sarcoïdose ou de la tuberculose et des infections à Chlamydia, à Yersinia ou à streptocoques qui ont une prédilection typique pour les tibias. Parfois, les lésions sont plus faciles à palper qu'à voir. Les lésions peuvent être fermes au toucher et la palpation est souvent douloureuse pour le patient. Elles s'étendent souvent dans les couches profondes du derme et dans la graisse sous-cutanée. Les tests « Ellis » et « Ryrrie » sont positifs (voir ci-dessous). D'autres manifestations des T2R ont également été signalées : le type dit érythème polymorphe, communément observé au Brésil, mais également de plus en plus souvent signalé dans d'autres parties du monde (Fig. 10). Certains patients présentent des lésions cutanées ulcéreuses bulleux superficielles (Fig. 11) associées à de la forte fièvre, des malaises et des œdèmes.

Dans les T2R, la peau n'est pas le seul organe touché. Une hypertrophie douloureuse des ganglions lymphatiques, du foie et de la rate peut se produire, ainsi qu'une épisclérite et une iridocyclite (glaucome des cavernes). L'affection des ganglions lymphatiques peut entraîner un œdème des extrémités, en particulier des jambes. Chez les hommes, une épépidymo-orchite peut être observée. Les nerfs et les articulations peuvent être tuméfiés et sensibles. On observe également des périostites, des ténosynovites et des myosites. Une glomérulonéphrite peut également être présente et entraîner des œdèmes. Une péritonite a même été observée. La BL et la LL étant des maladies plus généralisées, n'importe quel organe ou tissu peut être impliqué dans les T2R, à l'exception possible du système nerveux central.



Fig. 8. Érythème noueux lépreux chez un patient à la peau claire.



Fig. 9. Lésions cutanées sur une peau de couleur.



Fig. 10. Réaction de type 2. Lésions faciales ressemblant à un érythème polymorphe.



Fig. 11. Lésions bulleux dans la réaction de type 2.

Une T2R se produit généralement par épisodes, sur une durée allant de quelques jours seulement à une ou deux semaines. Plus de 95 % d'entre eux disparaissent spontanément en l'espace d'un mois.¹⁵ Certains patients présentent toutefois des lésions intermittentes qui durent des mois, voire des années. Chez quelques patients, l'affection peut devenir chronique, les complications les plus graves de la lèpre nécessitant un traitement à long terme à la prednisone pouvant même entraîner la mort.¹⁶ Bien que les T2R puissent survenir chez les patients non traités, 50 à 60 % des patients traités atteints de LL développeront également une ou plusieurs réactions. Lorsqu'ils sont diagnostiqués à un stade précoce, seuls 10 à 15 % des patients atteints de lèpre multibacillaire présentent une T2R, qui est souvent légère ; dans le cas d'une maladie plus avancée, ce pourcentage est de 30 à 40 %. L'apparition et la gravité d'une T2R semblent être liées à la progression de la maladie avant le début de la PCT.

Tests en laboratoire : Contrairement aux T1R, les tests en laboratoire peuvent être dans une certaine mesure utiles, notamment la granulocytose, la vitesse de sédimentation érythrocytaire (VSE) élevée et parfois la protéinurie.

Immunologie et pathologie : Dans les lésions T2R initiales, on observe une légère augmentation du nombre de lymphocytes, en particulier autour des vaisseaux sanguins. La plupart de ces cellules infiltrantes sont des cellules CD4⁺ Th2.¹⁵ Lorsque la réaction se poursuit, le nombre de cellules CD4⁺ Th2 augmente encore et dépasse le nombre de cellules CD8⁺ qui constituent normalement la majorité dans une lésion LL. Les plasmocytes des lésions des ENL, stimulés par les cellules productrices d'interleukine (IL)4, produisent des anticorps contre les déterminants antigéniques de *M. leprae*.

Ces anticorps réagissent avec les antigènes omniprésents dans les LL (BL et LL) et, lorsqu'ils ne sont pas phagocytés par un macrophage, forment des complexes immuns.¹⁵⁻¹⁷ Ceux-ci induisent une activation du complément et une T2R clinique (Fig. 12). Des antigènes, des IgG, des IgM, du complément et de l'ARNm d'IL-4 ont été observés dans les tissus. L'IL-4 est importante car elle est un stimulateur des cellules B, elle augmente l'expression de HLA-DR et elle constitue un facteur de croissance pour les mastocytes. Lorsque la réponse T2R est active, les granulocytes polymorphonucléaires dominent le tableau et quelques cellules tueuses naturelles sont également observées, de même qu'un nombre supérieur de mastocytes. L'implication des complexes immuns et des CMI a été démontrée dans le sang périphérique.

Différenciation entre T1R et T2R : Il est souvent difficile de différencier

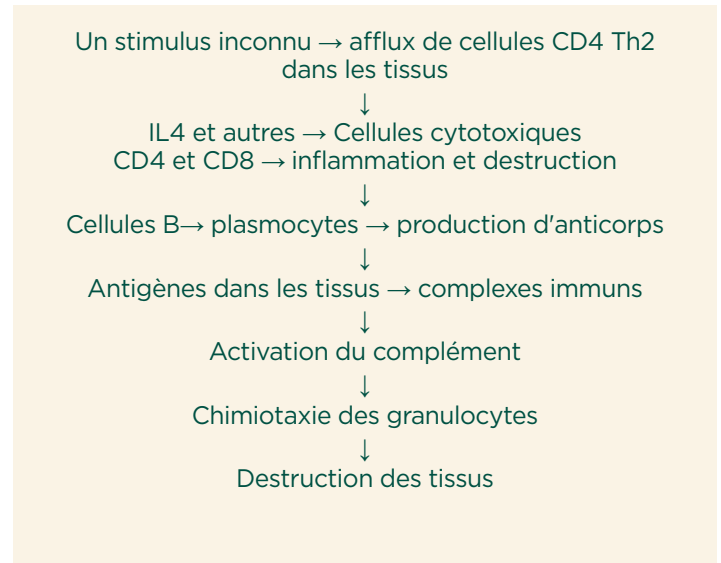


Fig. 12. Immunopathogénie de la réaction lépreuse de type 2. IL, interleukine ; Th, cellule T helper. Adapté de Naafs¹⁸

entre les T1R et les T2R. Elles peuvent même se produire de manière concomitante ou l'une après l'autre. Certains signes physiques peuvent aider à établir un diagnostic différentiel. Une T2R est une maladie généralisée qui peut toucher d'autres organes tels que les articulations et les ganglions lymphatiques, en plus de la peau et des nerfs. Le patient peut être malade (ce qui n'est généralement pas le cas lors d'une T1R), présenter une température et une VSE élevées, voire une protéinurie. Les lésions cutanées des T2R sont généralement sensibles, alors qu'elles ne le sont pas dans les T1R. Les lésions d'une T1R peuvent présenter une perte de sensibilité par rapport à la peau environnante, alors que ce n'est généralement pas le cas pour une T2R. À la palpation des lésions, une plaque T2R se compose de papules et de nodules confluents, alors que dans les T1R, les lésions sont plus homogènes. Les lésions T2R et T1R peuvent toutes deux s'ulcérer, mais le frottais d'une lésion T2R montre principalement des polymorphes, alors que celui d'une lésion T1R montre des lymphocytes. En outre, deux « anciens tests » peuvent s'avérer utiles. Le test de Ryrie consiste à caresser la plante du pied avec le dos d'un marteau à réflexes, ce qui, dans le cas d'une T2R, produit une douleur brûlante qui peut également être ressentie lorsque le patient marche, comme si l'on marchait sur des charbons ardents. Un autre test est le test d'Ellis, qui consiste à serrer le poignet. Cela provoque une réponse douloureuse dans les T2R qui ne se produit pas dans les T1R, sauf si le nerf cutané radial est sensible.¹⁹

Traitement Étant donné que les T2R sont le plus souvent épisodiques et spontanément résolutive, de nombreux traitements ont été considérés à tort comme thérapeutiques.¹³ Le traitement d'une T2R est moins simple que celui d'une T1R. Comme pour les T1R, la charge antigénique doit être réduite, de préférence par la méthode OMS-PCT. Le clofazimine (Lamprene®), l'un des composants de la PCT multibacillaire, s'est révélé capable de supprimer les T2R. La prévalence des T2R semble avoir diminué depuis leur introduction.

Suite au verso...

Réactions lépreuses..suite

Les ENL légers, avec seulement quelques papules érythémateuses et aucun autre organe touché, ne causent généralement que peu de lésions, même si le patient peut sentir une certaine gêne. Chez ces patients, les symptômes sont traités avec des médicaments analgésiques et anti-inflammatoires légers tels que l'aspirine et d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Bien que l'événement disparaisse spontanément, des médicaments supprimant les prostaglandines peuvent aider à atténuer la réaction. Toutefois, si la réaction est plus grave et s'accompagne de fièvre et de leucocytose et implique d'autres organes, un traitement supplémentaire est nécessaire. Lorsque la réaction touche les articulations (arthrite), l'association d'un AINS et d'antipaludéens (chloroquine ou hydroxychloroquine) est souvent efficace.

Dans les cas graves de T2R avec orchite, iridocyclite ou névrite avec aggravation de la fonction nerveuse, il convient d'envisager l'administration de corticostéroïdes ou de thalidomide, voire des deux, en particulier en cas d'atteinte nerveuse aiguë. La dose dépend de la gravité des symptômes. Une dose initiale élevée comprise entre 60 et 120 mg de prednisone pendant environ 3 jours est nécessaire pour réduire l'œdème, car les T2R sont médiées par le complément. La prednisone peut ensuite être réduite progressivement sur le cours d'un mois, ce qui correspond à la durée naturelle de la plupart des T2R. Si le T2R réapparaît au cours du processus de réduction progressive, il convient de reprendre la dose initiale, puis de la réduire à nouveau. Le traitement à la prednisone s'est révélé très efficace, bien qu'à forte dose il présente de nombreux effets secondaires, en particulier chez les patients souffrant de T2R chroniques ou récurrentes. La dépendance aux stéroïdes est un problème majeur qu'il convient de prévenir.

Le thalidomide semble être le médicament de choix, mais elle n'est pas facilement accessible et est même interdite dans de nombreuses régions endémiques. Il est extrêmement efficace et peut-être même plus sûre que la prednisone.^{20,21} Le thalidomide présente plusieurs effets secondaires qui ne justifient généralement pas l'arrêt du traitement. La tératogénicité est un effet secondaire bien connu qui limite son utilisation. La neuropathie est probablement plus fréquente que ce qui est rapporté car elle est probablement masquée par la neuropathie lépreuse. Le mécanisme d'action de la thalidomide n'est pas encore élucidé. Le thalidomide est administrée à raison de 100 à 300 mg par jour pendant quelques jours, puis réduite à une dose de 50- à 00 mg pour prévenir la récurrence des T2R.¹⁷ La pentoxifylline est réputée comme ayant un puissant effet anti-facteur de nécrose tumorale (TNF)- α et on peut donc s'attendre à ce qu'elle ait un effet anti-T2R. Cependant, même si TNF- α est encore plus présent dans les T1R, ni le thalidomide ni la pentoxifylline n'ont d'effet sur les T1R. La pentoxifylline réduit efficacement les œdèmes des jambes pendant les T2R, mais une étude comparative a montré qu'elle était inférieure au thalidomide.²² Les produits biologiques, tels que l'infliximab et l'étanercept, se sont également révélés utiles pour traiter les T2R, bien qu'ils soient moins accessibles dans les régions à faibles ressources. Un essai randomisé contrôlé multicentrique est actuellement en cours pour examiner l'efficacité du méthotrexate dans la prise en charge des T2R (NCT03775460)²³

T2R récurrentes : La clofazimine est utilisée pour réduire la sévérité et la fréquence des T2R. Elle est administrée à raison de 100 à 300 mg par jour. Récemment, le méthotrexate s'est avéré efficace pour sevrer les patients des stéroïdes, à condition que les stéroïdes soient administrés uniquement pendant une T2R active. Aucun stéroïde ne doit être administré entre les épisodes de T2R, seul le méthotrexate doit l'être. L'immunothérapie par le bacille de Calmette-Guérin (BCG) peut réduire la fréquence et la gravité des T2R. Cela a également été démontré pour *M. vaccae*, *M. w* ainsi que les bacilles du CICR (JL Stanford, communication personnelle 1987 et Zaheer et al.²⁴). Les mécanismes impliqués dans ce phénomène devraient faire l'objet de recherches plus approfondies.

Phénomène de Lucio

Au sens strict, il s'agit d'un trouble occlusif des vaisseaux sanguins et non d'une réaction essentiellement inflammatoire. Il peut se présenter chez des patients atteints de LL diffuse, en particulier en Amérique centrale, qui présentent

un indice bacillaire (IB) extrêmement élevé. Ils peuvent présenter de multiples taches purpuriques stellaires, des infarctus angulaires et une gangrène ; certains patients présentent des bulles hémorragiques sus-jacentes et des ulcères nécrotiques profonds et déchiquetés ainsi que



Fig. 13. Taches purpuriques stellaires et infarctus angulaires dans le phénomène de Lucio.

des taches purpuriques (Fig. 13). Il peut se développer rapidement et présente un fort taux de mortalité.²⁵ En dehors d'un score BI extrêmement élevé lors d'un frottis cutané, il n'existe pas de tests en laboratoire spécifiques pour diagnostiquer le phénomène de Lucio.

Sur le plan histopathologique, le phénomène de Lucio se présente comme un infarctus de la peau, avec un grand nombre de bacilles bloquant le retour veineux dans les petites veinules. Cette condition n'est observée que dans le cas d'un LL diffus non traité. Certains chercheurs pensent qu'une souche



Fig. 14. Érythème noueux lépreux ulcérant.

spécifique, *L. lepromatosis* est responsable. Le phénomène de Lucio est souvent confondu avec l'ENL ulcéreux (Fig. 14). Il est traité par une PCT contenant un antibiotique efficace (par exemple, la rifampicine).

Conclusion

Il s'agit d'un bref résumé du diagnostic et du traitement des réactions lépreuses. Le prochain article de cette série expliquera les dommages physiques causés aux nerfs après une réaction et les douleurs neuropathiques qui peuvent persister même lorsque la maladie est maîtrisée.

Références

- Grijns ML, Naafs B. Guide to diagnosis and management of leprosy. *Community Skin Health* 2022; **18**:8-12.
- Brandtsma JW. Basic nerve function assessment in leprosy patients. *Lepr Rev* 1981; **52**:161-71.
- Naafs B, Dagne T. Sensory testing: a sensitive method in the follow-up of nerve involvement. *Int J Lepr* 1977; **45**:364-8.
- de Souza VN, Iyer AM, Lammas DA et al. Advances in leprosy immunology and the field application: a gap to bridge. *Clin Dermatol* 2016; **34**:82-95.
- Tió-Coma M, van Hooij A, Bobosha K et al. Whole blood RNA signatures in leprosy patients identify reversal reactions before clinical onset: a prospective, multicenter study. *Sci Rep* 2019; **9**:17931.
- Verhagen CE, Wieringa EEA, Buffing AAM et al. Reversal reaction in borderline leprosy is associated with a polarized shift to type-1-like *Mycobacterium leprae* T cell reactivity in lesional skin: a follow-up study. *J Immunol* 1997; **159**:4474-83.
- Massone C, Talhari C, Ribeiro-Rodrigues R et al. Leprosy and HIV co-infection: a critical approach. *Expert Rev of Anti Infect Therapy* 2011; **9**:701-10.
- Naafs B, Kolk AHJ, Chin Aet al. Anti-*Mycobacterium leprae* monoclonal antibodies cross-reactive with human skin. An alternative explanation for the immune responses in leprosy. *J Invest Dermatol* 1990; **94**:685-8.
- Singh I, Yadav AR, Mohanty KK et al. Molecular mimicry between HSP 65 of *Mycobacterium leprae* and cytokeratin 10 of the host keratin: role in pathogenesis of leprosy. *Cell Immunol* 2012; **278**:63-75.
- Barnetson RS, Pearson JM, Rees RJ. Evidence for prevention of borderline leprosy reactions by dapsone. *Lancet* 1976; **2**:1171-2.
- Lambert SM, Alembo DT, Nigusse SD et al. A randomized controlled double blind trial of ciclosporin versus prednisone in the management of leprosy patients with new type 1 reaction, in Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis* 2016; **10**:e0004502.
- Naafs B. Treatment duration of reversal reaction : a reappraisal. Back to the past. *Lepr Rev* 2003; **74**:328-36.
- Naafs B. Treatment of reactions and nerve damage. *Int J Lepr* 1996; **64**:S21-8.
- Van Veen NH, Schreuders TA, Theuvenet WJ et al. Decompressive surgery for treating nerve damage in leprosy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **12**:CD006983.
- De Souza Araujo HC. Thesis. Rio de Janeiro : Instituto Oswaldo Cruz, 1929.
- Walker SL, Lebas E, Doni S et al. The mortality associated with erythema nodosum leprosum in Ethiopia: a retrospective hospital-based study. *PLoS Negl Trop Dis* 2014; **8**:e2690.
- Ridley MJ, Ridley DS. The immunopathology of erythema nodosum leprosum: the role of extravascular complexes. *Lepr Rev* 1983; **54**:95-107.
- Naafs B. Leprosy reactions: new knowledge. *Trop Geogr Med* 1994; **46**:80-4.
- Naafs B, Lyons N, Matemera BO, Madombi L. The Ellis and Ryrie tests. *Lepr Rev* 1987; **58**:53-60.
- Walker SL, Waters MFR, Lockwood DNJ. The role of thalidomide in the management of ENL. *Lepr Rev* 2007; **78**:197-215.
- Kar HK, Gupta L. Comparative efficacy of four treatment regimens in Type 2 leprosy reactions prednisone alone, thalidomide alone, prednisone plus thalidomide and prednisone plus clofazimine. *Indian J Lepr* 2016; **88**:29-38.
- Sales AM, de Matos HJ, Nery JA et al. Double-blind trial of the efficacy of pentoxifylline vs thalidomide for the treatment of type II reaction in leprosy. *Braz J Med Biol Res* 2007; **40**:243-8.
- De Barros B, Lambert SM, Shah M et al. Methotrexate and prednisone study in erythema nodosum leprosum (MaPs in ENL) protocol: a double-blind randomised clinical trial. *BMJ Open* 2020; **10**:e037700.
- Zaheer SA, Misra RS, Sharma AK et al. Immunotherapy with *Mycobacterium w* vaccine decreases the incidence and severity of type 2 (ENL) reactions. *Lepr Rev* 1993; **64**:7-14.
- Bernardes Filho F, Pess D, Akabane AL et al. Lucio's phenomenon: a life-threatening medical emergency. *J Infect Dis* 2018; **69**:94-5.

EXPOSÉ DE CAS

Érythème pigmenté fixe dû à la consommation de poulet

Beatrice Etemesi

Hôpital universitaire et de référence du comté de Nakuru, Kenya.
betemesi@gmail.com

Conflits d'intérêts : Aucun.

Financement : Aucun.

Mots Clés : Érythème pigmenté fixe ; poulet ; co-trimoxazole ; sulfamides.

Exposé de cas

Un garçon de 8 ans s'est présenté à la consultation externe de dermatologie avec des antécédents de lésions hyperpigmentées récurrentes sur la partie supérieure du bras gauche (Fig. 1) et sur le tronc (Fig. 2) au cours des 6 derniers mois. Les lésions cutanées étaient initialement des plaques érythémateuses, parfois accompagnées de vésicules ou de bulles à l'intérieur des lésions. Avec le temps, elles devenaient hyperpigmentées et commençaient à s'estomper avant qu'une nouvelle attaque ne se produise. Chaque récurrence était précédée d'une sensation de démangeaison et de brûlure à l'intérieur des lésions.

Il n'existait pas d'antécédents de prise de médicaments associés à l'éruption des lésions. Une discussion plus approfondie avec la mère sur la cause possible de ce qui était cliniquement un érythème pigmenté fixe, (EPF) a révélé que les lésions apparaissaient lorsque l'enfant mangeait du poulet. Ils ont dû l'empêcher de manger du poulet, mais comme il s'agissait aussi d'une gâterie, ils l'autorisaient parfois à en manger et à chaque fois, la même réaction se produisait.

Il a été convenu que la mère se renseignerait auprès du voisin, à qui elle achetait habituellement ses poulets, pour savoir si les poulets malades recevaient du cotrimoxazole (une combinaison de sulfaméthoxazole et de triméthoprime), le traitement par choix pour les volailles locales. Lors de la visite suivante, il a été confirmé que les poulets élevés par le voisin étaient traités avec du cotrimoxazole lorsqu'ils étaient malades.

Discussion

Les antibiotiques sont largement utilisés dans de nombreuses branches de l'agriculture et sont considérés comme d'importants additifs dans l'alimentation animale, en conséquence inclus dans les aliments commerciaux.¹⁻³ Ils sont utilisés pour traiter les infections actives chez les animaux et les oiseaux. Les antibiotiques sont également utilisés à titre prophylactique afin de prévenir les infections chez les animaux et les oiseaux élevés dans des conditions de surpopulation et de haute densité, conditions non naturelles et motivées par les gains financiers en découlant. Leur utilisation inappropriée en tant qu'additifs alimentaires est encore plus préoccupante, comme « facteurs de croissance », et en tant que



Fig. 1. Lésion bulleux précoce, clairement délimitée, de couleur violette, sur la partie supérieure du bras droit. La bulle s'est rompue en laissant une érosion.

Suite au verso...

EXPOSÉ DE CAS

Érythème pigmenté fixe dû à la consommation de poulet

facteurs d'amélioration de l'efficacité des aliments pour animaux, dont l'efficacité est douteuse.^{1,3} De ce fait, les antibiotiques peuvent se retrouver sous forme de résidus dans des denrées alimentaires telles que le lait, les œufs et la viande. La cuisson n'élimine pas nécessairement les médicaments résiduels dans ces produits en raison de la thermostabilité des antibiotiques⁴

La présence de ces résidus dans les aliments peut provoquer des réactions indésirables légères à graves chez les consommateurs.⁴ Ces réactions peuvent être dues à une toxicité directe et à des réactions allergiques ou à des effets indirects dus à la résistance des microbes aux antibiotiques. La plupart des réactions signalées sont liées à des

résidus d'antibiotiques bêta-lactamines, en particulier la pénicilline et les céphalosporines. Il s'agit notamment d'éruptions cutanées telles que l'urticaire, l'érythème polymorphe, le syndrome de Stevens-Johnson et la nécrolyse épidermique toxique, et d'affections telles que l'anaphylaxie, la maladie sérique, la thrombocytopenie, l'anémie hémolytique, la vascularite, la néphrite interstitielle aiguë et l'hépatite, entre autres⁴

L'EPF due à la présence d'antibiotiques résiduels dans les aliments a été suggérée par Han dans sa correspondance 5 sur un rapport de Zhang *et al.*⁶ à propos d'un cas d'EPF causé par une consommation d'alcool excessive en Chine. Un autre cas d'EPF dû à la présence de doxycycline et d'érythromycine dans les aliments, à savoir du porc et du poisson, a été rapporté par Won-Suk Lim *et al.*⁷

L'EPF est une réaction cutanée indésirable fréquente. Anderson et Lee rapportent qu'une EPF a été décrite pour la première fois par Bourns en 1889 et on dit que Brocq lui a attribué le nom 'éruption érythémato-pigmentée fixe'.⁸

L'EPF présente des caractéristiques cliniques distinctes, ce qui permet de la différencier assez facilement des autres réactions médicamenteuses. Il s'agit d'une réaction cutanéomuqueuse qui réapparaît de manière caractéristique sur le ou les mêmes sites en cas d'exposition répétée à l'agent responsable. Les lésions peuvent être uniques ou multiples, localisées ou généralisées, sensibles ou prurigineuses, clairement délimitées, arrondies ou ovales, érythémateuses, oedémateuses, en forme de plaques ou de bulles et de macules/plaques rouges, violettes ou hyperpigmentées, avec ou sans anneau érythémateux. L'EPF est généralement asymptomatique, mais elle peut provoquer des démangeaisons ou des douleurs. Au cours des jours et des semaines qui suivent, la surface peut devenir squameuse ou croûteuse avant de se détacher, et la couleur s'estompe peu à peu pour laisser place à une hyperpigmentation post-inflammatoire brune ou, dans le cas des peaux plus foncées, noirâtre. Cette hyperpigmentation post-inflammatoire a tendance à être plus prononcée sur les peaux de couleur.

Les mains et les pieds, les paupières et les zones anogénitales sont des sites courants. Les lésions relatives à la muqueuse buccale se situent généralement sur les lèvres, la langue et le palais dur. L'EPF peut réapparaître au même endroit, mais de nouvelles lésions peuvent également se développer lors d'une nouvelle exposition à l'agent déclencheur.

Elle ne fait pas souvent l'objet d'un mauvais diagnostic par les dermatologues, mais la recherche de la cause est souvent difficile et complexe, nécessitant une bonne collaboration entre le praticien et le patient ou l'aidant.



Fig. 2. Macules hyperpigmentées rondes et clairement délimitées avec une bordure d'érythème sur le tronc, caractéristiques d'une éruption médicamenteuse fixe active.

Les patients peuvent ne pas savoir qu'un médicament, un complément alimentaire, un médicament en vente libre ou, dans de rares cas, un aliment peut être à l'origine du problème de peau. Ils peuvent être convaincus qu'un insecte, en particulier une araignée ou un coléoptère de la sous-tribu *Paederinae* est le coupable ou qu'ils ont été maudits. Une anamnèse minutieuse est nécessaire pour vérifier si quelque chose a été mangé ou bu qui pourrait être lié temporellement à l'apparition de l'éruption. Si des médicaments sont impliqués, les patients signalent souvent l'ingestion de traitements pris épisodiquement, tels que des analgésiques, des antibiotiques ou des laxatifs, comme étant les médicaments coupables.

Nous avons présenté ici le cas d'un individu ayant souffert d'une EPF après avoir consommé du poulet ; les poulets étaient fréquemment exposés à des résidus de sulfamides et au cotrimoxazole pour le traitement et la prophylaxie.

Notre patient a été diagnostiqué comme souffrant d'une EPF secondaire à des résidus de sulfonamide et de triméthoprime dans la volaille. La famille avait remarqué le lien entre la lésion et la consommation de poulet, mais elle n'avait pas conscience du lien existant avec les résidus d'antibiotiques dans la viande de poulet. Une anamnèse détaillée a permis d'identifier la cause de l'EPF.

Les antibiotiques sont utilisés pour le traitement des infections bactériennes dans l'élevage de poulets au Kenya et comme additifs alimentaires pour la gestion de la santé des volailles et du bétail. Les sulfamides et le triméthoprime font partie des médicaments les plus couramment utilisés pour la supplémentation alimentaire des animaux, peut-être parce que les sulfamides sont considérés comme des stimulateurs de croissance chez les volailles. Les études menées au Kenya par Muriuki *et al.* en 2001⁹ et Shitandi et Sternesjö en 2004¹⁰ ont rapporté la présence de tétracycline et de β -lactames dans le bœuf, le foie, les reins et le lait. Dans une étude sur l'élevage de poulets dans la zone périurbaine de Nairobi, Muthuma *et al.*¹¹ ont confirmé que la chair de poulet contenait des résidus de sulfamides, ce qui confirme notre conclusion selon laquelle les sulfamides présents dans la viande de poulet étaient à l'origine de l'EPF chez notre patient.

Conclusion

Le cas de ce patient a démontré que les résidus d'antibiotiques utilisés en médecine vétérinaire et dans la production d'aliments pour animaux doivent être considérés comme une cause d'EPF.

Remerciements

Je souhaite exprimer ma gratitude au patient qui a accepté que son cas et ses photos soient utilisés dans le cadre de cet article. Je tiens à remercier tout particulièrement le professeur émérite Gail Todd, de l'université du Cap, et le professeur Ben Naafs pour leur expertise, leurs critiques constructives et leurs conseils pendant la rédaction de cet article.

Références

1. Darwish WS, Eldaly EA, El-Abbasy MT *et al.* Antibiotic residues in food: the African scenario. *Jpn J Vet Res* 2013 ; **61** (Suppl.):S13-22.
2. Donkor ES, Newman MJ, Tay SC *et al.* Investigation into the risk of exposure to antibiotic residues contaminating meat and egg in Ghana. *Food Control* 2011 ; **22**: 869-73.
3. Van TTH, Yidana Z, Smooker PM, Coloe PJ. Antibiotic use in food animals worldwide, with a focus on Africa: pluses and minuses. *J Glob Antimicrob Resist* 2020 ; **20**:170-7.
4. Kyuchukova R. Antibiotic residues and human health hazard - review. *Bulg J Agric Sci* 2020 ; **26**: 664-8.
5. Han F. Fixed drug eruption caused by antibiotics contained in food ? *Clin Exp Dermatol* 2019 ; **44**:944-7.
6. Zhang M, Miao CY, Li Y, Zhang XY. Fixed drug eruption caused by drinking alcohol. *Clin Exp Dermatol* 2019 ; **44**:68-70.
7. Lim W-S, Kim D-H, Jin S-Y *et al.* A case of fixed drug eruption due to doxycycline and erythromycin present in food. *Allergy Asthma Immunol Res* 2013 ; **5**:337-9.
8. Anderson HJ, Lee JB. A review of fixed drug eruption with a special focus on generalized bullous fixed drug eruption. *Medicina (Kaunas)* 2021 ; **57**:925.
9. Muriuki FK, Ogara WO, Njeruh FM, Mitema ES. Tetracycline residue levels in cattle meat from Nairobi slaughter house in Kenya. *J Vet Sci* 2001 ; **2**:97-101.
10. Shitandi A, Sternesjö A. Factors contributing to the occurrence of antimicrobial drug residues in Kenyan milk. *J Food Prot* 2004 ; **67**:399-402.
11. Muthuma EN, Gitau GK, Aboe GO. Antimicrobial usage in broiler farms in peri-urban, Nairobi, Kenya. *Am J Res Commun* 2016 ; **4**:14-29.

L'érythème pigmenté fixe, - galerie de photos

Gail Todd

Professeur émérite, Département de médecine, Université du Cap, Afrique du Sud.

gail.todd@uct.ac.za

Série de présentations d'érythème pigmenté fixe, (EPF)

- A. EPF résolue. Macules rondes hyperpigmentées post-inflammatoires clairement définies.
- B. EPF récurrente active. Macules rondes post-inflammatoires hyperpigmentées clairement définies avec un érythème en bordure.
- C. Nouvelle EPF bulleux active de la langue. Cloques rondes clairement définies.
- D. EPF récurrente active. Macules rondes post-inflammatoires hyperpigmentées clairement définies avec un érythème en bordure.



Série de présentations d'EPF bulleux

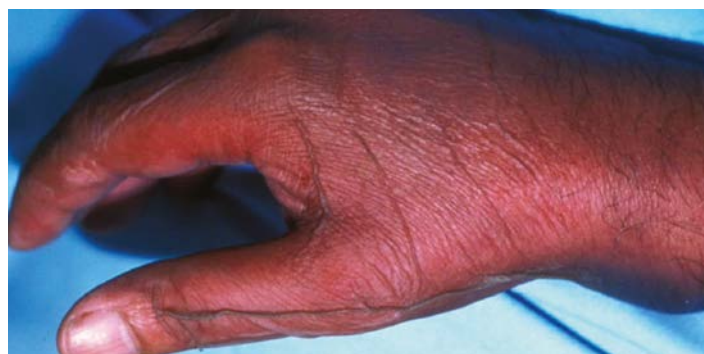
- A. EPF bulleux récurrente active. Plaque ronde post-inflammatoire hyperpigmentée clairement définie avec des vésicules.
- B. Nouvelle EPF bulleux active. Érythème clairement défini avec des cloques centrales.
- C. Nouvelle EPF bulleux active de la langue. Cloques rondes clairement définies.



EPF bulleux due à un médicament en vente libre

EPF bulleux localisée. Taches violettes clairement définies de nécrose épidermique avec des cloques et un signe de Nikolsky positif.

Survient à chaque exposition à un laxatif à base de phénolphtaléine.



Suite au verso...

Série de présentations d'EPF bulleux

EPF bulleux généralisée. Taches et plaques violettes/rouges clairement définies de nécrose épidermique, avec des cloques et des érosions et un signe de Nikolsky positif.



EPF bulleux d'origine professionnelle

A. EPF bulleux localisé. Taches violettes clairement définies de nécrose épidermique et d'érosions.

B. EPF bulleux localisé. Taches violettes clairement définies de nécrose épidermique et de bulles.

Apparues lors de chaque affectation d'un travailleur pharmaceutique à l'unité de fabrication de morphine/codéine.



Série de présentations d'EPF inactifs

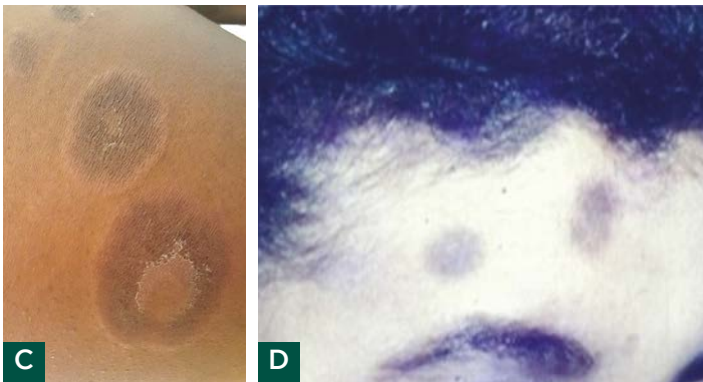
A. EPF guéri. Macules rondes hyperpigmentées post-inflammatoires clairement définies.

B. EPF guéri. Plaques rondes clairement définies de nécrose épidermique sèche desquamante.

C. EPF guéri. Plaques annulaires clairement définies avec desquamation centrale hyperpigmentée de la peau.

D. EPF guéri. Macules rondes hyperpigmentées post-inflammatoires clairement définies.

E. EPF guéri. Macules rondes hyperpigmentées post-inflammatoires clairement définies.



EPF bulleux iatrogène avec complications

A. Poussée d'EPF précoce. Macules et taches hyperpigmentées clairement délimitées, certaines avec une bordure d'érythème sur le torse.

B. Poussée d'EPF. Macules et taches hyperpigmentées et pourpres clairement délimitées, bordées d'érythème et de cloques.

C. Poussée d'EPF compliquée et récurrente. Macules et taches hyperpigmentées et pourpres clairement délimitées, bordées d'érythème, de cloques centrales et d'érosions. Complication de la dépigmentation.

Apparues lors de chaque exposition à la phénytoïne dans la salle des urgences pour des crises d'épilepsie.



Prévalence des manifestations cutanées et facteurs associés chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique à l'hôpital de référence de Mnazi Mmoja, Zanzibar

Ahmad I. Ferouz^{1,*}, Maryam M Hamad², Elisane J. Masenga¹, Daudi Mavura¹, Lulyritha Kini¹, Alfred Naburi¹, Herielly Msuya¹, Hafidh S. Hassan²

¹Regional Dermatology Training Centre (RDTC), PO Box 8332, Moshi, Tanzanie.

²Mnazi Mmoja Hospital, PO Box 672, Zanzibar, Tanzanie.

*Auteur correspondant : ahmadferouz@yahoo.com

Conflits d'intérêts : Aucun.

Financement : ce projet est financé par des fonds de la Fondation internationale de dermatologie et du RDTC.

Mots Clés : Manifestation cutanée ; hémodialyse ; insuffisance rénale chronique ; Zanzibar.

Résumé

Contexte : Les manifestations cutanées sont fréquentes à tous les stades de l'insuffisance rénale chronique (IRC), en particulier au stade terminal de l'insuffisance rénale, où leur prévalence est de 50 à 100 %. La prise en charge des patients atteints d'IRC est difficile dans les pays à faibles revenus en raison du coût élevé de la dialyse. Les altérations de la peau peuvent varier en fonction du stade de la maladie.

Objectifs : Déterminer la prévalence des manifestations cutanées et leurs facteurs associés chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique de stade III à V.

Méthodes : Une étude transversale de patients atteints d'IRC a été réalisée de septembre à octobre 2021 à l'hôpital de référence Mnazi Mmoja, à Zanzibar. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire et toutes les manifestations cutanées ont été diagnostiquées par un dermatologue.

Résultats : Quarante-deux patients atteints d'IRC ont participé à l'étude avec un âge médian de 50 ans (intervalle interquartile 39 à 60), dont 49 (57 %) étaient sous hémodialyse et 37 (43 %) bénéficiaient d'un traitement conservateur. Soixante-dix patients (81 %) présentaient au moins un problème de peau. Les troubles cutanés les plus fréquents étaient la xérose (peau extrêmement sèche avec desquamation, 71 %), le prurit (49 %) et la pâleur (27 %). Les ongles moitié-moitié (ongle de Lindsay) (23 %) et la xérostomie (43 %) étaient les symptômes les plus fréquents, respectivement, au niveau des ongles et de la bouche. Une diminution de la transpiration et une sécheresse de la peau ont été observées chez 28 % et 70 % des patients, respectivement, et l'association avec la sécheresse de la peau était significative ($P < 0.001$). Ni le traitement par hémodialyse ni le stade de l'IRC (stade III, IV ou V) n'ont été significativement associés aux manifestations cutanées dans cette étude.

Conclusions : Les manifestations cutanées liées à une insuffisance rénale chronique sont fréquentes dans notre centre, ce qui est conforme aux études précédentes. Les médecins qui s'occupent de patients atteints d'IRC et dialysés doivent être conscients des complications cutanées.

Introduction

On parle d'insuffisance rénale chronique (IRC) lorsque le débit de filtration glomérulaire (DFG) est < 60 ml/min. Un DFG < 15 ml/min indique une insuffisance rénale terminale (IRT). Les IRC sont classées en 5 stades, en fonction du DFG.¹ Les manifestations cutanées ont été classées en tant que conditions spécifiques, tels que le prurit rénal, la dermatose perforante acquise, la fibrose systémique néphrogénique, la calciophylaxie, la porphyrie cutanée tardive et la pseudoporphyrie, et en tant que caractéristiques non spécifiques telles que la xérose, les altérations pigmentaires, les infections cutanées, le gel urémique, les altérations des ongles, les altérations capillaires et les altérations des muqueuses.² Ces manifestations

se développent généralement au fur et à mesure que la fonction rénale continue de se détériorer.¹

Les facteurs précédemment rapportés associés aux manifestations cutanées en cas d'IRC sont l'hémodialyse, un niveau élevé d'azote urémique, les taux de calcium et de phosphate, le diabète sucré, l'hypothyroïdie, l'hépatite et les maladies hépatiques, les tumeurs malignes, l'infection par le VIH, l'hyperparathyroïdie secondaire, la consommation d'alcool, les médicaments tels que le furosémide, le naproxène, la tétracycline, l'amiodarone, l'isotrétinoïne, l'acide nalidixique et les stéroïdes, la diminution de la transpiration, la dialyse péritonéale et la sécheresse de la peau.^{1,3}

À travers le monde, les manifestations cutanées sont courantes à tous les stades de l'IRC, en particulier dans les IRT, où la prévalence est de 50 à 100%.³ En Afrique subsaharienne, la prévalence des manifestations cutanées était de 89 % chez 120 patients atteints d'IRC à Ibadan, au Nigéria.⁴ À notre connaissance, aucune étude n'a été rapportée à ce jour sur les manifestations cutanées chez les patients atteints d'IRC en Afrique de l'Est, y compris en Tanzanie, et ce malgré plusieurs publications sur l'association entre l'IRC, le diabète sucré et l'hypertension chez les patients sous hémodialyse.⁵ L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des manifestations cutanées et des facteurs associés chez les patients atteints d'IRC à l'hôpital de référence de Mnazi Mmoja, à Zanzibar.

Méthodes

Participants : Cette étude transversale en milieu hospitalier a été réalisée entre septembre et octobre 2021. Les patients atteints d'une IRC de stade III à V qui fréquentent la clinique de néphrologie et l'unité de dialyse de l'hôpital Mnazi Mmoja ont été invités à participer à l'étude. Il s'agit d'un hôpital universitaire situé à Zanzibar, en Tanzanie, ce qui en fait un centre d'échantillonnage pratique.

Méthodes/outils de collecte des données : Après avoir expliqué l'objectif de l'étude et obtenu le consentement des individus concernés, les données ont été recueillies par le biais d'entretiens et d'examen cliniques. Un questionnaire structuré a été utilisé pour recueillir des informations démographiques et des données telles que le stade de la maladie, les résultats des investigations, les modalités de traitement et les résultats des examens. L'évaluation préliminaire a été effectuée par un enquêteur et un dermatologue a diagnostiqué toutes les manifestations cutanées, à l'aide d'une liste de contrôle dans laquelle les maladies cutanées étaient regroupées comme suit : changements de couleur (comme la pâleur) ; xérose (grade 0, grade 1, grade 2) ; maladies infectieuses ; altération des ongles ; altérations capillaires et atteinte des muqueuses.

Analyse statistique : Le logiciel Statistical Package for Social Science version 20.0 for Windows (SPSS) a été utilisé pour l'analyse. Une analyse descriptive a été réalisée pour évaluer les caractéristiques de l'échantillon.

Considérations éthiques : Le numéro d'autorisation éthique ZAHREC/04/ST/SEP/2021/79 a été obtenu auprès de l'Institut de recherche sanitaire de Zanzibar et l'autorisation de réaliser l'étude a été accordée par l'hôpital Mnazi Mmoja.

Suite au verso...

Prévalence des manifestations cutanées et de leurs facteurs associés chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique..*suite*

Résultats

Quatre-vingt-six patients atteints d'IRC ont été interrogés et examinés ; leur âge médian était de 50 ans et l'intervalle interquartile de 39 à 60 ans. La plupart des patients ($n=36$, 42 %) étaient âgés de 36 à 55 ans. Le ratio hommes/femmes était de 1:1. Plus des deux tiers des patients ($n=70$, 81 %) venaient d'Unguja, l'île la plus grande et la plus densément peuplée de Zanzibar. Soixante-dix individus (81 %) présentaient au moins une manifestation cutanée. Parmi les patients, 49 (57 %) étaient sous hémodialyse et 37 (43 %) recevaient un traitement conservateur.

Types de manifestations cutanées associées à l'IRC : Le problème de peau le plus fréquent était la xérose ($n=61$, 71 %), suivi par le prurit ($n=42$, 49 %) et la pâleur ($n=23$, 27 %). Seuls deux patients atteints de kératodermie palmoplantaire et trois atteints de dermatose perforante acquise ont été enregistrés. La xérostomie ($n=37$, 43 %) et les ongles moitié-moitié ($n=20$, 23 %) constituaient les altérations les plus fréquentes au niveau de la bouche et des ongles, respectivement. Les anomalies capillaires les plus souvent signalées étaient la perte de cheveux ($n=13$, 15 %) et les cheveux cassants et sans éclat ($n=5$, 6 %, tableau 1). Des altérations bucco-dentaires ont été observées chez 50 % des patients ($n=43$).

Facteurs associés aux manifestations cutanées : Les facteurs les plus fréquents dans ce groupe de patients atteints d'IRC étaient une peau sèche ($n=60$, 70 %) et une diminution de la transpiration ($n=24$, 28 %) et l'association avec la peau sèche était significative (Chi-2, $P<0.001$). Les manifestations cutanées n'étaient pas significativement associées au traitement par hémodialyse ou au stade de l'IRC (stade III, IV ou V) (tableau 2) ; mais étaient plus fréquentes chez les patients plus âgés (56-75 ans) que chez les plus jeunes (15-55 ans) ; cela n'était pas statistiquement significatif (Chi-2, $P=0.054$). En outre, aucun des facteurs associés suivants ne s'est avéré statistiquement significatif : taux d'urée élevé chez les patients non hémodialisés ; taux d'urée ou de créatinine élevés après l'hémodialyse ; maladies cardiovasculaires ; diabète sucré (données non présentées).

Discussion

Prévalence des manifestations cutanées : Notre constat d'une prévalence de 81 % de ≥ 1 manifestation cutanée chez les patients atteints d'IRC est similaire à celui d'une étude nigériane qui a identifié une prévalence de 89 % chez 107/120 patients⁴. Cela peut s'expliquer par le fait que les deux études ont été réalisées dans un contexte de soins secondaires. Nos résultats sont cependant inférieurs à ceux d'une étude réalisée dans la ville de San Juan, aux États-Unis³, qui a déterminé une prévalence de 100 %, peut-être parce que tous leurs patients étaient sous dialyse et souffraient d'une IRC plus avancée.

Type de manifestation : La xérose (71 %) et le prurit (49 %) étaient les présentations cutanées les plus courantes dans notre étude. Deux études réalisées en Inde^{6,7} ont fait état de résultats largement similaires, entre 40 % et 90 %, pour la xérose et le prurit, et dans une étude réalisée au Nigeria, le prurit était la caractéristique la plus fréquente (61 %)⁴

Des altérations bucco-dentaires ont été observées chez 50 % des patients, la plus fréquente étant la xérostomie (43 %) ; nous avons observé une langue scrotale chez 8 % des patients et des marques de dents sur la langue chez 2 % d'entre eux. Dans une étude indienne, les altérations bucco-dentaires étaient similaires mais moins fréquentes, par exemple la xérostomie se produisait dans 12 % des cas.⁸ Dans un échantillon plus restreint de 101 patients iraniens, les altérations bucco-dentaires n'ont été signalées que dans 24 % des cas et aucun cas de xérostomie n'a été rapporté⁹

Conclusion

Les manifestations cutanées de l'insuffisance rénale chronique sont courantes. Nos résultats sont comparables à ceux d'études réalisées dans d'autres centres à travers le monde, bien que ni l'association avec le traitement par hémodialyse ni le stade de l'IRC (stade III, IV ou V) n'aient été statistiquement significatifs dans notre étude. Les médecins doivent être conscients de la forte prévalence des manifestations cutanées chez les patients atteints d'IRC. Il est recommandé de procéder à un examen minutieux des antécédents et de la peau des patients atteints d'IRC, car les manifestations cutanées peuvent entraîner une gêne et une

Tableau 1. Résultats démographiques et dermatologiques chez 86 patients atteints d'insuffisance rénale chronique ayant consulté l'hôpital de référence de Mnazi Mmoja, à Zanzibar, entre septembre et octobre 2021.

Caractéristique	n	%
Groupe d'âge (ans)		
15-35	19	22
36-55	36	42
56-75	31	36
SEXE		
Femme	43	50
Altérations cutanées		
Pâleur	23	27
Hyperpigmentation	18	21
Dermatite	8	9
Xérose	61	71
Prurit	42	49
Purpura	1	1
Ecchymoses	1	1
Peau jaune	1	1
Ichtyose acquise	1	1
Eczéma dyshidrotique	1	1
Kératose palmo-plantaire	2	2
Éruption malaire	1	1
Dermatose perforante acquise	3	3
Altérations au niveau de la bouche		
Xérostomie	37	43
Chéilite angulaire	2	2
Marquage des dents	2	2
Langue fissurée	7	8
Candidose buccale	3	3
Changements au niveau des ongles		
Ongles moitié-moitié	20	23
Dystrophie des ongles	9	10
Onycholyse	9	10
Onychomycose	5	6
Lignes de Beau	5	6
Hippocratisme digital	1	1
Mélanonychie longitudinale	2	2
Absence de lunule	6	7
Onychogryphose	2	2
Onychorrhexie	4	5
Altérations capillaires		
Perte de cheveux	13	15
Cheveux cassants et sans éclat	5	6

Tableau 2. Facteurs associés aux manifestations cutanées chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) (n=86).

Caractéristique	Manifestations cutanées		X ² -test	P-Valeur
	Oui	Non		
Diminution de la transpiration			-	- ^a
Oui	24	0		
Non	46	16		
Sécheresse cutanée			30,5	<0,001
Oui	58	2		
Non	12	14		
Hémodialyse			1,1	0,25
Oui	38	11		
Non	32	5		
Stade de l'IRC			0,3	0,87
III	11	3		
IV	7	1		
V	52	12		

^aUne valeur nulle signifie que le test X² n'est pas approprié

diminution de la qualité de vie, en particulier chez les individus qui présentent des comorbidités.

Remerciements

Ahmad Ferouz tient à remercier chaleureusement l'IFD et le RDTC pour leur financement et leur soutien, ainsi que ses camarades de classe pour leurs contributions inlassables aussi bien en milieu scolaire qu'en dehors. Je remercie tout particulièrement ma charmante épouse, Maryam Juma, et ma mère, Khadija Yusuf, pour leur soutien.

Références

1. Stevens PE, Levin A, Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2013 ; **158**:825-30.
2. Robles-Mendez JC, Vazquez-Martinez O, Ocampo-Candiani J. Skin manifestations of chronic kidney disease. *Actas Dermosifiliogr* 2015 ; **106**:609-22.
3. Picó MR, Lugo-Somolinos AÍ, Sánchez JL, Burgos-Calderón RA. Cutaneous alterations in patients with chronic renal failure. *Int J Dermatol* 1992 ; **31**:860-3.
4. Falodun O, Ogunbiyi A, Salako B, George AK. Skin changes in patients with chronic renal failure. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2011 ; **22**:268-72.
5. Janmohamed MN, Kalluvya SE, Mueller A *et al.* Prevalence of chronic kidney disease in diabetic adult out-patients in Tanzania. *BMC Nephrol* 2013 ; **14**:183.
6. Shrestha P, Mathur M. Dermatologic manifestations in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Nepal J Dermatol Venereol Leprol* 2014 ; **12**:34-40.
7. Udayakumar P, Balasubramanian S, Ramalingam KS *et al.* Cutaneous manifestations in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006 ; **72**:119-25.
8. Rashpa RS, Mahajan VK, Kumar P *et al.* Mucocutaneous manifestations in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study. *Indian Dermatol Online J* 2018 ; **9**:20-6.
9. Hajheydari Z, Makhloogh A. Cutaneous and mucosal manifestations in patients on maintenance hemodialysis. Une étude portant sur 101 patients à Sari, en Iran. *Iran J Kidney Dis* 2008 ; **2**:86-90.

DES NOUVELLES PASSIONNANTES :

LE DÉPÔT DES DEMANDES DE SUBVENTIONS DERMLINK SERA OUVERT LE 15 DÉCEMBRE !

La Fondation internationale de dermatologie a le plaisir d'annoncer que le programme de subventions DermLink ouvrira le **15 décembre 2023**. Ce programme annuel permet aux sociétés membres de l'ILDS d'entreprendre des projets et des initiatives visant à améliorer le traitement des patients atteints de maladies de la peau dans les régions du monde mal desservies.

Pour en savoir plus sur la procédure de demande de subvention DermLink, consultez le site Web de l'ILDS : <http://q-r.to/dermlink>



Rédacteurs

Chris Lovell (Royaume-Uni),
Michele Murdoch (Royaume-Uni)

Rédacteur-Fondateur

Paul Buxton (Royaume-Uni)

Secrétaire de Direction

ILDS Secretariat

Comité de Rédaction

Ayesha Akinkugbe (Nigéria)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Anna Ascott (Royaume-Uni)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Ramesh Bhat (Inde)
Jean Bologna (États-Unis)
Isabel Casas (Argentine)
David Chandler (Royaume-Uni)

Olivier Chosidow (France)
Steven Ersser (Royaume-Uni)
Guadalupe Estrada (Mexique)
Claire Fuller (Royaume-Uni)
Chris Griffiths (Royaume-Uni)
Henning Grossman (Allemagne)
Rod Hay (Royaume-Uni)
Arjan Hogewoning (Pays-Bas)

Vineet Kaur (Inde)
Harvey Lui (Canada)
Omar Lupi (Brésil)
John Masenga (Tanzanie)
Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)
Anisa Mosam (Afrique du Sud)
Kelvin Mponda (Malawi)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)

Ben Naafs (Pays-Bas)
Rune Nathaniel Philemon (Tanzanie)
Terence Ryan (Royaume-Uni)
Mafalda Soto (Tanzanie)
Aswan Tai (Australie)
Gail Todd (Afrique du Sud)
Shyam Verma (Inde)
Stephen Walker (Royaume-Uni)

Comment recevoir le journal Community Skin Health

Le journal Community Skin Health (CSH) est disponible en format numérique et papier.

L'inscription à la version numérique ou papier est **gratuite** : veuillez visiter : bit.ly/cshjournal

Vous pouvez également **télécharger** l'appli CSH pour votre téléphone ou tablette pour Android & iOS.

Écrire un article

Si vous êtes intéressé par les soins dermatologiques, le CSH est une excellente occasion de partager votre expérience en envoyant des articles, des rapports et des lettres. Vous pouvez consulter les recommandations pour les auteurs sur le site internet de CSH.

Veuillez envoyer votre demande par e-mail à CSH@ILDS.org ou par courrier à Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, Royaume-Uni

Copyright

Les articles peuvent être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition qu'ils ne soient pas utilisés à des fins commerciales ou de profit personnel. Il doit dans ce cas être fait mention du ou des auteurs et de Community Skin Health.

Société d'édition

Community Skin Health est publié par l'International League of Dermatological Societies (ILDS) en tant que journal officiel de l'International Foundation for Dermatology (IFD) <https://ilds.org/>

Avis de non-responsabilité

La Société d'édition, l'International League of Dermatological Societies et les Éditeurs ne peuvent pas être tenus responsables d'erreurs ou de conséquences provenant de l'utilisation d'informations contenues dans le journal. Les avis et les opinions exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de la Société d'édition, de l'International League of Dermatological Societies et des Éditeurs, pas plus que les publicités ne représentent une approbation de leur objet par la Société d'Édition, l'International League of Dermatological Societies et les Éditeurs.

ISSN 2632-8046



Initialement fondée en 1935, l'International League of Dermatological Societies (ILDS) promeut la santé de la peau à travers le monde depuis plus de 80 ans. L'entité qui l'a précédée avait débuté en 1889 comme le premier de nombreux Congrès mondiaux de dermatologie. Aujourd'hui, l'ILDS représente la dermatologie au plus haut niveau, avec plus de 170 membres originaires de plus de 80 pays ; nous représentons plus de 200 000 dermatologues.

L'International Foundation for Dermatology (IFD) a été créée en 1987 afin de mener à bien les activités de l'ILDS en matière d'activités dermatologiques mondiales. Aujourd'hui, l'IFD soutient des projets en Afrique, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. Le CSH est le journal officiel de l'IFD.



Partenaire d'HIFA
Health information for All

Devenez un Ami du CSH

Pour seulement 5 \$, 5 £ ou 5 € par mois, vous pouvez devenir un ami du CSH. Votre donation régulière nous permettra d'envoyer plus de 10 000 exemplaires du journal à des professionnels de la santé à travers le monde,

Pour en savoir plus sur la manière de devenir un Ami, veuillez envoyer un email à

CSH@ILDS.org



Si vous faites des achats en ligne, vous pouvez soutenir financièrement le journal sans qu'il ne vous en coûte un centime. Plusieurs grands distributeurs feront une donation en fonction du montant que vous dépensez.

www.easyfundraising.org.uk

Promoting global
Community Skin Health
through education