

La dermatologie tropicale change de visage.

Eric Caumes

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83 Bd de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13.
Tél : 0142160114. Fax: 0142160165. E-mail: eric.caumes@psl.ap-hop-paris.fr

Manuscrit n°2472/DT 1. "Éditorial". Reçu le 25 septembre 2002. Accepté le 4 février 2003.

La dermatologie tropicale change de visage, de moins en moins "tropicale" et de plus en plus cosmopolite, mais les infections continuent d'y tenir une place importante, si ce n'est la plus importante. Au niveau des centres de santé périphériques, les infections représentent encore les plus fréquentes des dermatoses. Ailleurs, la part occupée par les dermatoses non infectieuses (tumoraux, génétiques, systémiques, environnementales) augmente. Partout, le traitement de la lèpre, de la leishmaniose muqueuse ou des mycétomes, pour ne citer que ces maladies, demeure difficile. Et des dermatoses émergent, comme l'infection par *Mycobacterium ulcerans* ou les complications de l'usage "cosmétique" des dermatocorticoïdes. Ceci justifie qu'un numéro spécial du *Bulletin de la Société de pathologie exotique* soit consacré à la dermatologie tropicale.

Les dermatoses restent un motif très fréquent de consultation dans les pays tropicaux. Elles représentent, par exemple, 6 % des consultations dans des centres de santé périphériques en milieu rural, en Jamaïque (3) et 11 % des consultations à Bamako, au Mali (18). La plupart de ces dermatoses sont d'origine infectieuse, mais il s'agit plutôt de maladies cosmopolites que tropicales; ainsi, les plus fréquentes des dermatoses observées dans les centres de santé spécialisés en dermatologie sont la gale, les pyodermes et les mycoses superficielles en plus des eczémaux au sens large (7, 12, 16, 25).

Qu'en est-il des maladies emblématiques de la dermatologie tropicale? La plupart d'entre elles ont fait l'objet de programmes de lutte qui ont abouti (ou vont aboutir) à une diminution spectaculaire de leur incidence. C'est le cas de la dracunculose, de l'onchocercose, des filarioses lymphatiques, des tréponématoses endémiques et, dans une moindre mesure, de la lèpre. En ce qui concerne la lèpre, les nouveaux malades sont effectivement de moins en moins nombreux, mais les séquelles sont définitives. Et les difficultés thérapeutiques persistent en dépit de l'intérêt suscité par de nouveaux traitements antimycobactériens parmi lesquels des fluoroquinolones (ofloxacine, moxifloxacine), une rifamycine à longue demi-vie (rifapentine), la minocycline et la clarithromycine (9). En effet, l'absence de nouveautés concernant la prise en charge des réactions de réversion est préoccupante car celles-ci contribuent à la gravité de la maladie.

À côté de la lèpre, les autres dermatoses dues à des mycobactéries restent fréquentes. La tuberculose cutanée est toujours répandue. Des cas sont toujours rapportés, et même par centaines, en Inde (13). Dans les pays plus développés, la tuber-

culose cutanée reste présente. À titre d'exemple, elle concerne, dans un hôpital madrilène, 0,14 % des consultations en dermatologie et 2 % des tuberculoses confirmées microbiologiquement (7). En Tunisie, à Sfax, la tuberculose cutanée atteint 0,6 % des patients suivis en dermatologie (19). Les formes cliniques de la tuberculose cutanée sont très nombreuses et leur fréquence respective varie selon les pays. C'est dire la nécessité de rappeler l'étendue du spectre clinique de la tuberculose cutanée, même si le *lupus vulgaris* (lupus tuberculeux) et les scrofulodermes représentent plus de 70 % des formes de tuberculose cutanée en Inde comme en Tunisie (13, 19).

À côté de la lèpre et de la tuberculose, une troisième infection provoquée par une mycobactérie, *Mycobacterium ulcerans*, est considérée comme une maladie émergente. Elle est même devenue la deuxième infection mycobactérienne par ordre de fréquence. C'est la raison pour laquelle deux articles lui sont consacrés dans ce numéro. Les aspects épidémiologiques et cliniques sont maintenant bien connus. L'intérêt des nouvelles méthodes diagnostiques de l'infection due à *Mycobacterium ulcerans* par PCR est certain (21). Ce fait est illustré ici par des observations guyanaises. La maladie est en effet endémique en Guyane française. Nous rappellerons, à ce sujet, le dynamisme de l'école de dermatologie tropicale de Roger PRADINAUD. Le traitement médical génère malheureusement peu d'espoir en dépit de l'existence d'antibiotiques efficaces *in vitro*, comme les associations rifampicine-amikacine et rifampicine-streptomycine (4).

En dehors des infections par les mycobactéries, reste-t-il d'autres dermatoses tropicales historiques? Les maladies sexuellement transmissibles, maintenant devenues infections sexuellement transmissibles (IST), restent un problème majeur de santé publique dans les pays tropicaux, problème dont la pandémie de l'infection par le VIH a rappelé l'urgence de la prévention. En effet, et en dépit d'études apparemment discordantes, une prise en charge bien codifiée des IST, basée sur une approche syndromique et l'utilisation d'un nombre de médicaments restreints, diminue la transmission du VIH (10). Dans ce contexte, il est fondamental de rappeler que 95 % des IST peuvent être traitées correctement au niveau des centres de santé périphériques avec les arbres décisionnels actuels, tout au moins pour l'urétrite masculine et les ulcérations génitales (14).

Les mycétomes ont une répartition géographique très limitée: on pourrait évoquer une ceinture des mycétomes (de part et d'autre du 15^e parallèle nord), comme on parle de la ceinture de LAPEYSSONNIE pour les méningites dues aux méningocoques. Mais, dans ces régions d'endémie, la prise en charge des mycétomes

est toujours aussi difficile, basée sur la distinction entre actinomycétomes (bactériens) et eumycétomes (fongiques). En ce qui concerne le traitement médical des mycétomes fongiques, il existe des cas ponctuels guéris par divers traitements antifongiques (kétoconazole, itraconazole, terbinafine), mais ceux-ci sont difficiles à évaluer (par manque de suivi) et aucun traitement antifongique oral n'a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. En l'état actuel des connaissances, le traitement des mycétomes fongiques reste d'abord chirurgical. Au contraire, le traitement des mycétomes bactériens est d'abord médical. Mais l'on bute sur deux problèmes récurrents. D'une part l'identification précise de la bactérie est longue et difficile. D'autre part, même si elle est identifiée, l'établissement d'un antibiogramme est encore plus laborieux. Dans une des rares études de la sensibilité *in vitro* de différentes espèces bactériennes responsables de mycétomes, les antibiotiques les plus actifs étaient la minocycline, l'imipenem, l'amikacine, la tobramycine et la vancomycine. Mais la sensibilité varie selon l'espèce. Ainsi, tous les isolats testés de *Nocardia dassonvillei*, 1/5 de ceux de *Actinomyces madurae* et 1/3 de ceux de *Actinomyces pelletieri*, étaient résistants au triméthoprime-sulfaméthoxazole (5). Malheureusement, en pratique courante, il est le plus souvent impossible de s'appuyer sur les données de l'antibiogramme pour mettre en œuvre une antibiothérapie.

À l'inverse des mycétomes, la prise en charge des leishmanioses cutanées localisées est maintenant mieux codifiée (11). Mais elle souffre de la mauvaise tolérance des médicaments actuellement disponibles et du fait que ceux-ci nécessitent d'être le plus souvent administrés par voie parentérale. Dans ce contexte, l'arrivée de nouveaux médicaments efficaces, bien tolérés et, surtout, actifs par voie orale ou en topique, est la bienvenue. On peut citer la miltefosine qui s'est montrée efficace en Colombie contre *Leishmania panamensis* (24), le fluconazole, en Arabie Saoudite, contre *L. major* (2) et l'imiquimod (en association avec l'antimoine), au Pérou, contre *L. peruviana* (1).

L'utilisation "cosmétique" de produits dépigmentants en Afrique sub-saharienne est une excellente illustration de l'évolution de la dermatologie tropicale et mérite d'être étudiée attentivement. D'abord, cette pratique est extrêmement répandue: elle concerne 25% des femmes de Bamako (15) et 26 % à 28 % des femmes de Dakar (8, 22). Ensuite, il existe des complications cutanées locales bien connues (acné, atrophie cutanée, dépigmentations, vergetures,...) et d'une grande fréquence puisqu'elles concernent 70 % des Maliennes (17) et 75 % des Sénégalaises (8). Ces complications locales sont très inesthétiques et, parfois, au-delà de toute ressource thérapeutique, comme l'ochronose exogène. Ceci pourrait éventuellement constituer un élément dans la lutte contre cette coutume. D'autant que des complications générales de l'usage prolongé des dermocorticoïdes (à visée dépigmentante) commencent à être décrites. Sur le plan biologique, il existe un freinage de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien, dont l'intensité est corrélée à la durée d'utilisation des dermocorticoïdes (20). Sur le plan clinique, des complications viscérales "cushinoïdes" sont rapportées. De plus, dans une étude sénégalaise récente (22), diabète et hypertension artérielle sont retrouvés plus fréquemment chez les femmes adeptes du "xessal" (dénomination du phénomène de la dépigmentation à Dakar). L'éducation sanitaire va maintenant devoir intégrer la prévention de ces manifestations, tant ses conséquences apparaissent de plus en plus délétères sur le plan dermatologique et sur la santé en général.

À la frontière du physiologique et du pathologique, et pour clore ce numéro spécial, les particularités de la peau dite "noire" nous sont rappelées. En effet, ces dernières sont toujours mal connues des spécialistes de médecine tropicale. on

peut les classer en deux catégories. La première comprend des particularités de la peau noire (*Dermatosis papulosa nigra* papules perlées du pénis, etc.) qui ne nécessitent aucune intervention thérapeutique. La deuxième correspond à quelques maladies très particulières (pseudofolliculite de la barbe, ainhum, etc) dont la prise en charge pose de difficiles problèmes. Pour conclure, la plus grande attention doit être portée à la lecture de l'article d'Antoine MAHÉ qui ouvre ce numéro spécial. Il concerne les dermatoses en tant que problème de santé publique dans les pays en développement et constitue un plaidoyer pour le traitement des maladies de peau banales au niveau des centres de santé périphériques (comme cela se fait pour les IST). Un projet pilote, mené actuellement au Mali, sous sa responsabilité, évalue la faisabilité et l'impact d'une telle approche. Trois des maladies de peau les plus courantes (pyodermites, gale, mycoses cutanées) sont prises en charge par des agents de santé villageois à l'aide d'algorithmes décisionnels simples et avec l'administration d'un minimum de médicaments dermatologiques. Ce projet, soutenu par l'"International Foundation of Dermatology", est qualifié de programme de formation pour infirmiers dermatologues ou "dermatologues aux pieds nus" (23). Il est en effet probable que les dermatoses les plus fréquentes puissent être reconnues et traitées par des agents de santé formés correctement.

Références bibliographiques

- AREVALO I, WARD B, MILLER R, MENG TC, NAJAR E *et al.* - Successful treatment of drug resistant cutaneous leishmaniasis in humans by use of imiquimod, an immunomodulator. *Clin Infect Dis*, 2001, **33**, 1847-1851.
- ALRAJHI AA, IBRAHIM EA, DE VOL EB, KHAIRAT M, FARIS RM & MAGUIRE JH - Fluconazole for the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major*. *N Engl J Med*, 2002, **346**, 891-895.
- BADAME AJ - Incidence of skin diseases. *Int J Dermatol*, 1998, **27**, 109-111.
- BENTOUCHA A, ROBERT J, DEGA H, LOUNIS N, JARLIER V & GROSSET J - Activities of new macrolides and fluoroquinolones against *Mycobacterium ulcerans* infection in mice. *Antimicrob Agents Chemother*, 2001, **45**, 3109-3112.
- BOIRON P, MEDICI DE JUGO I, TRUJILLO M, PROVOST F & GOODFELLOW M - *In vitro* antibiotic susceptibility testing of agents of actinomycetoma. *Med Microbiol Lett*, 1992, **1**, 38-42.
- FAILMEZGER TC - A clinical survey of skin diseases in selected Latin American countries. *Int J Dermatol*, 1978, **17**, 583-591.
- FARINA MC, GEGUNDEZ MI, PIQUE E, ESTEBAN L & MARTIN L - Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol*, 1995, **33**, 433-440.
- DEL GIUDICE P & PINIER Y - The widespread use of skin lightening creams in Senegal: a persistent public health problem in West Africa. *Int J Dermatol*, 2002, **41**, 69-72.
- GROSSET JH - Newer drugs in leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 2001, **69** (Suppl 2), S14-18.
- GROSSKURTH H, GRAY R, HAYES R, MABEY D & WAWER M - Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet*, 2000, **355**, 1981-1987.
- HERWALDT BL - Leishmaniasis. *Lancet*, 1999, **354**, 1191-1199.
- JAISSWAL AK, BHUSHAN B & BADRINATH S - Pattern of skin diseases in the Leh-Ladakh region of India. *Int J Dermatol*, 1994, **33**, 674-675.
- JERAJANI H, SHINDE S & DHURAT R - A study of cutaneous tuberculosis in Mumbai, India. *Ann Dermatol Vénérolog*, 2002, **129**, 1S539.
- MABEY D - Sexually transmitted diseases in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1996, **90**, 587-588.

15. MAHÉ A, BLANC L, HALNA JM, KEITA S, SANOGO T & BOBIN P - Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants par les femmes de Bamako (Mali). *Ann Dermatol Vénéréol*, 1993, **120**, 870-873.
16. MAHÉ A, CISSÉ IA, FAYE O, N'DIAYE HT & NIAMBA P - Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol*, 1998, **37**, 673-676.
17. MAHÉ A, KEITA S & BOBIN T - Complications dermatologiques des produits dépigmentants à Bamako (Mali). *Ann Dermatol Vénéréol*, 1994, **121**, 142-146.
18. MAHÉ A, N'DIAYE HT & BOBIN P - The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). *Int J Dermatol*, 1997, **36**, 185-186.
19. MASMOUDI A, TURKI H, BOUDAYA SZ, MSEDDEI M, BOUAS-SIDA S & ZAHAF A - Cutaneous tuberculosis in southern Tunisia (64 cases). *Ann Dermatol Vénéréol*, 2002, **129**, 1S541.
20. PERRET JL, SANE M, GNING S, BA K & ROHOU G - Freinage

- hypothalamo-hypophyso-surrénalien lié à l'usage de cosmétiques dépigmentants au Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot*, 2001, **94**, 249-252.
21. PORTAELS F, AGULAR J, FISSETTE K, FONTEYNE PA, DE BEEN-HOUWER H *et al.* - Direct detection and identification of *Mycobacterium ulcerans* in clinical specimens by PCR and oligonucleotide specific capture plate hybridization. *J Clin Microbiol*, 1997, **35**, 1097-1100.
22. RAYNAUD E, CELLIER C & PERRET JL - Dépigmentation cutanée à visée cosmétique. Enquête de prévalence et effets indésirables, dans une population féminine sénégalaise. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2001, **128**, 720-724
23. REVUZ J - The global dermatological village in Paris. *Arch Dermatol*, 2002, **138**, 965.
24. SOTO J, TOLEDO J, GUTIERREZ P, NICHOLLS RS & PADILLA J - Treatment of American cutaneous leishmaniasis with miltefosine, an oral agent. *Clin Infect Dis*, 2001, **33**, e57-61.
25. VERHAGEN AR, KOTEN JW, CHADDAH VK & PATEL RI - Skin diseases in Kenya. *Arch Dermatol*, 1968, **98**, 577-586.



2004

Ce numéro spécial qui achève excellemment l'année 2003 est le couronnement de la séance thématique "Dermatoses tropicales" organisée le mercredi 12 décembre 2001 avec le concours du Pr. Eric CAUMES. Cette séance avait eu un grand succès, mais trop peu de nos collègues de la SPE avaient pu en bénéficier. E. CAUMES a efficacement contribué à bâtir ce numéro, en particulier en réunissant une iconographie que l'on pourra mieux apprécier sur notre site internet, car elle y figure en couleurs (<http://www.pasteur.fr/socpatex/pages/dermato.html>).

Nous avons complété le numéro avec des articles portant sur le même thème et soumis au *Bulletin* en dehors de cette séance.

Merci à tous ceux et celles qui ont participé à l'élaboration et à la finalisation du numéro.

Alain CHIPPAUX



Emile BRUMPT en consultation (Imi, Éthiopie, août 1901).
N° sp *Bull soc pathol exot* en hommage à Lucien BRUMPT
Arch. Inst. Pasteur Paris, fonds BRUMPT

la Société
et le Bulletin
vous souhaitent
une heureuse année

Email : socpatex@pasteur.fr ; Web : <http://www.pasteur.fr/socpatex>