

Panorama des dermatoses infectieuses aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, en République Démocratique du Congo

Spectrum of infectious dermatoses in Kinshasa University Hospital, in the Democratic Republic of the Congo

Seudjip NLJ¹, Kakiessé MV¹, Musibwe A¹, Kasongo MF¹, Tshilombo MJM¹, Mutombo TM¹, Kanku KC¹, Tshiya MC¹, Paulo M. Bunga², Mazebo MS¹

Correspondance

Nono Lydie Joëlle Seudjip MD
Courriel : seupiziemi@gmail.com

Summary

Context and objectives: Little is known about the burden of infectious dermatoses in Sub-Saharan Africa. This study aimed to describe the pattern of these diseases at the University Hospital of Kinshasa (UHK). **Methods:** A retrospective analysis of data from patients attending the UHK for dermatosis has covered the period of 2nd January 2008 to 31st August 2017. Sociodemographic and clinical of the patients, along with dermatologic diagnosis were registered. **Results:** Patients with infectious dermatoses, median age 23 years (IQR 20-27), represented 9.8% of the total of attenders; of which 55.7% were women. Parasitoses ranked first among all diseases (43%) dominated by scabiosis (41.9%). Viral (8.2%) and bacterial (6.6%) infections were paradoxically less observed. According to seasons, scabies appeared well associated with the raining, while impetigo and tinea capitis seemed more frequent during dry season ($p < 0.05$). There was a clear correlation between the age and type of dermatosis, with fungal infectious predominant in the 6-12 years aged subjects (29.6%). Bacterial, parasitic, and viral infections were more encountered respectively in 0-2 (41.3%); 19-30 (51.9%), and 6-12 (28.4%) aged groups. Male sex and age ranges of 0-5 years and 6-12 years emerged as independent determinants of infectious dermatosis through logistic regression analysis. **Conclusion:** Infectious dermatosis, particularly parasitic dermatosis, mainly affects children (< 12 years old). Targeted measures to strengthen personal hygiene should be encouraged in our environment.

Keywords: Infectious dermatosis, frequency, season, Kinshasa University Hospital

Received : April 22th, 2017

Accepted : July 16th, 2018

1 Service de Dermatologie, CUK

2 Département de Pédiatrie, CUK

Résumé

Contexte et objectifs. En Afrique-subsaaharienne, l'ampleur des dermatoses infectieuses est peu connue. L'objectif de la présente étude était de décrire les différentes dermatoses infectieuses rencontrées en consultation externe. **Méthodes :** Dans une étude documentaire, les données des patients avec dermatoses infectieuses suivis dans le Service de Dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa entre les 2 janvier 2008 et 31 août 2017, étaient colligées. Les paramètres d'intérêts comprenaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et le diagnostic dermatologique. **Résultats :** La fréquence hospitalière de la dermatose infectieuse était de 9,87 % (918/9396). Leur âge médian était de 23 ans (IQ 20-27) avec une prépondérance féminine (55,7% ; sexe ratio de 1,2/1). Les parasitoses ont constitué les causes les plus fréquentes (43%), en particulier la scabiose (41,9%). En revanche, le pityriasis rosé de Gibert (cause virale) et l'impétigo (cause bactérienne) rendaient compte respectivement de 8,2% et 6,6% des cas. La saison de pluie était significativement associée à la scabiose tandis que la saison sèche était associée à la survenue de l'impétigo et de tinea capitis ($p < 0,05$). L'âge était aussi associé au type de dermatose infectieuse ($p < 0,001$). Si les dermatoses fongiques étaient rencontrées plus fréquemment dans la tranche d'âge de 6-12 ans (29,6%), les dermatoses bactériennes, parasitaires et virales étaient respectivement plus observées dans la tranche d'âge de 0-2 ans (41,3%), 19-30 ans (51,9%) et 6-12 ans (28,4%). En analyse de régression multivariée, seuls le sexe masculin et les tranches d'âges (0-5 ans et 6-12 ans) ont émergé comme principaux déterminants indépendants de la dermatose infectieuse. **Conclusion :** La dermatose infectieuse, en particulier parasitaire, affecte surtout l'enfant (< 12 ans). Des mesures ciblées visant le renforcement de l'hygiène corporelle sont à encourager dans notre milieu.

Mots clés : Dermatose infectieuse, fréquence, saison, cliniques universitaires de Kinshasa

Reçu : 22 avril 2017

Accepté : 16 juillet 2018

Introduction

Une dermatose infectieuse (DI) est une maladie de la peau causée par un agent pathogène de nature bactérienne, virale, mycosique et/ou parasitaire (1). Les DI sont courantes en milieu tropical en général et en Afrique sub-saharienne (ASS) en particulier (2, 3). Ceci pourrait s'expliquer par une sous information de la population sur les mesures d'hygiène et la connaissance limitée des dermatoses infectieuses par les prestataires de soins dans le pays en voie de développement (4). En effet, Les DI peuvent être favorisées par la grande précarité des conditions socio-économiques, le manque d'hygiène et la promiscuité de l'environnement ; elles sont par conséquent, le premier motif de consultations dermatologiques chez l'enfant (2, 5-7). En l'absence d'un traitement approprié, les DI peuvent s'accompagner des complications, parfois invalidantes et responsables d'un surcoût de la prise en charge. Les rares données disponibles en Afrique subsaharienne (ASS) proviennent du Cameroun (8) et du Ghana (9). En République Démocratique du Congo (RDC), aucune étude n'a encore été formellement réalisée à ce sujet. L'objectif du présent travail était de déterminer l'ampleur des DI et de décrire les types de dermatites infectieuses observées aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK).

Méthodes

Nature, cadre et période de l'étude

Nous avons colligé les dossiers des patients suivis dans le Service de Dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa, entre les 2 janvier 2008 et 31 août 2017. Etaient éligibles, tous les patients porteurs du diagnostic d'une dermatose infectieuse. Pour des raisons de fiabilité de données, nous avons exclu les patients ayant des dossiers incomplets.

Paramètres d'intérêt

Les données répertoriées étaient épidémiologiques (âge, sexe, quartier de résidence, mois

de l'année et saison) et clinique (diagnostic clinique de la DI). La saison était répartie en deux : pluvieuse et sèche. Ainsi toute dermatose diagnostiquée pendant le mois de janvier, février, avril, mai, septembre, octobre et décembre était considérée apparaître à la saison pluvieuse, par contre pour celles de la saison sèche, il s'agissait des mois de mars, juin, juillet et août (10).

Définitions opérationnelles

Les dermatoses infectieuses (DI) constituent un groupe de pathologies dermatologiques englobant les dermatoses bactériennes, mycosiques, virales et parasitaires (1).

Parmi les dermatoses bactériennes figurent l'impétigo, les folliculites et les dermohypodermes dont les germes en cause sont le staphylocoque, le streptocoque A bêta hémolytique et les mycobactéries atypiques (1). Les dermatoses virales, la varicelle, le zona, l'herpès et les viroses tumorales sont envisagés. Au point de vue étiologique, la varicelle et le zona ont le même type de virus (virus varicelle Zona) ; l'herpès simplex virus est incriminé pour l'herpès et le *papilloma virus* humain pour les viroses tumorales (1).

Les dermatoses mycosiques comprennent les dermatophytoses et les levures. Elles sont respectivement causées par des dermatophytes (anthropophiles, zoophiles et géophiles) et des levures (*Malassezia furfur* et *Candida albicans*) (1).

Font partie des dermatoses parasitaires, la scabiose (dont l'agent pathogène est le *Sarcoptes var hominis*), les piqûres d'insectes (moustiques, simulies, guêpe, abeilles) et les myiases rampantes et furonculoïdes (ver de Cayor) (1).

Toutes les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical package for social sciences, Chicago) pour Windows version 21. Le traitement statistique des données a consisté à calculer les moyennes, l'écart-type, la médiane et l'écart interquartile pour les variables quantitatives et les proportions pour les variables qualitatives. Le test de chi carré de Pearson ou le

test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions selon le cas. L'analyse de la régression logistique multivariée a été réalisée pour rechercher les déterminants de la dermatose infectieuse. La confidentialité et l'anonymat étaient respectés lors de la collecte des données. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

Résultats

Données épidémiologiques

Sur un effectif de 9396 patients suivis dans le service pendant la période d'étude, 918 avaient une dermatose infectieuse (9,8%). Le sexe féminin était prépondérant (55,7%) avec un sex ratio femme/homme de 1,25/1. Leur âge médian était de 23 ans (EIQ 20-27 ans). La tranche d'âge de 19 à 30 ans était prépondérante (32,4%), les habitants de district de Mont Amba étaient plus fréquent (49%). Sur le plan saisonnier, la majorité des dermatoses sont apparues pendant la saison de pluie (61,5%).

Répartition des dermatoses infectieuses par groupes nosologiques

Le tableau 1 présente la distribution des dermatoses infectieuses et leurs entités nosologiques. Les dermatoses parasitaires (avec comme chef de file la scabiose) et virales (en particulier pityriasis rosé de Gibert) rendaient compte respectivement de 43,6% et 21,9% des cas.

Tableau 1 : Répartition des dermatoses infectieuses et leurs entités nosologiques

Dermatoses	n=918	%
Parasitaires	400	43,6
Scabiose	385	41,9
Myase rampante	9	1
Myase furonculoïde	3	0,3
Pediculose	2	0,2
Filariose	1	0,1
Virales	201	21,9
Pityriasis rosé de Gibert	75	8,2
Verrue vulgaire	41	4,5
Zona	24	2,6

Dermatoses	n=918	%
Herpès simplex	19	2,1
<i>Molluscum contagiosum</i>	16	1,7
Condylome génital	11	1,2
Varicelle	10	1,1
Exanthème maculopapuleux	2	0,2
Verrue plantaire	2	0,2
Fongiques	181	19,7
<i>Pityriasis versicolor</i>	45	4,9
<i>Tinea corporis</i>	38	4,1
<i>Tinea capitis</i>	37	4
Athlet's foot	24	2,6
Dermite séborrhéique	21	2,3
Eczema marginé de Hébra	9	1
Onychomycose	7	0,8
Bactériennes	136	14,8
Impétigo	60	6,6
Folliculite superficielle	44	4,8
Furonculose	12	1,3
Folliculite profonde	9	1
Erysipèle	6	0,7
Lèpre	2	0,2
Tuberculose cutanée	2	0,2
Abscess cutané	1	0,1

Répartition des diagnostics en fonction de saisons

La répartition des diagnostics en fonction des saisons est illustrée dans le tableau 2. Elle montre que la scabiose était la DI la plus fréquente indépendamment des saisons, avec une prédominance en saison de pluies (47,4% des cas, $p < 0,001$) ; et que, l'impétigo et le *Tinea capitis* étaient l'apanage de la saison sèche respectivement dans 8,8 % et 6,2% des cas ($p = 0,029$ et $0,007$).

Tableau 2 : Répartition des diagnostics en fonction des saisons

Dermatoses	Saison de pluie n=565	Saison sèche n=353	P
Scabiose	268 (47,4)	117 (33,1)	<0,001
Pityriasis rosé de Gibert	45 (8,0)	30 (8,5)	0,432
Impétigo	30 (5,3)	31 (8,8)	0,029
<i>Tinea corporis</i>	24 (4,2)	14 (4,0)	0,490
Folliculite superficielle	24 (4,2)	20 (5,7)	0,205
<i>Pityriasis versicolor</i>	23 (4,1)	22 (6,2)	0,095
Verrue vulgaire	20 (3,5)	21 (5,9)	0,061

Zona	17 (3,0)	7 (2,0)	0,234
<i>Tinea capitis</i>	15 (2,7)	22 (6,2)	0,007
Athlet's foot	12 (2,1)	12 (3,4)	0,167
Herpès simplex	10 (1,8)	9 (2,5)	0,281
Dermite séborrhéique	10 (1,8)	11 (3,1)	0,136
<i>Molluscum contagiosum</i>	7 (1,2)	9 (2,5)	0,113
Folliculite profonde	17 (3,0)	4 (1,2)	0,216
Myase rampante	7 (1,3)	2 (0,6)	0,348
Varicelle	6 (1,1)	4 (1,1)	0,579
Condylome génital	6 (1,1)	5 (1,4)	0,424
Eczéma marginé de Hébra	6 (1,1)	3 (0,8)	0,522
Onychomycose	3 (0,5)	4 (1,1)	0,260
Erysipèle	3 (0,5)	3 (0,8)	0,424
Tuberculose cutanée	2 (0,4)	0	-
Pédiculose	2 (0,4)	0	-
Myase furonculoïde	2 (0,4)	1 (0,3)	0,670
Lèpre	2 (0,4)	0	0,379
Verrue plantaire	1 (0,2)	1 (0,3)	0,621
Filariose	1 (0,2)	0	-
Exanthème maculo-papuleux	1 (0,2)	1 (0,3)	0,621
Abcès cutané	1 (0,2)	0	-

Données cliniques en fonction des entités nosologiques

La répartition des DI en fonction du sexe, tranche d'âge, district, mois de l'année et saison (tableau 3) montre que les dermatoses fongiques (DF) et virales (DV) surviennent plus fréquemment dans la tranche d'âge de 6-12 ans (soit respectivement 29,6% et 28,4% des cas). Les DI bactériennes (DB) sont plus observées entre 0-2 ans (soit 41,3% des cas) ; les DP entre 19-30 ans (soit 51,9% des cas ; $p < 0,001$). Les DP étaient rencontrées dans tous les districts. Cependant, les DI étaient présentes durant toute l'année, avec une prédominance en saison pluvieuse (49,6 % des cas de DP), aux mois de novembre et de décembre (69,4% et 60,5 % des cas ; $p < 0,001$).

Tableau 3 : Répartition des DI en fonction du sexe, tranche d'âge, district, mois de l'année et saison

Variabiles	n	Fongiques n (%)	Bactériennes n (%)	Parasitaires n (%)	Virales n (%)	P
Sexe						0,148
Féminin	511	100 (19,6)	67 (13,1)	238 (46,6)	106 (20,7)	
Masculin	407	81 (19,9)	69 (17,0)	162 (39,8)	95 (23,3)	
Age (ans)						< 0,001
0-2	75	12 (16,0)	31 (41,3)	28 (37,3)	4 (5,3)	
3-5	73	16 (21,9)	14 (19,2)	24 (32,9)	19 (26,0)	
6-12	81	24 (29,6)	11 (13,6)	23 (28,4)	23 (28,4)	
13-18	62	10 (16,1)	13 (21,0)	23 (37,1)	16 (25,8)	
19-30	297	43 (14,5)	27 (9,1)	154 (51,9)	73 (24,6)	
31-40	136	36 (26,5)	14 (10,3)	63 (46,3)	23 (16,9)	
41-50	80	22 (27,5)	8 (10,0)	32 (40,0)	18 (22,5)	
>50	114	18 (15,8)	18 (15,8)	53 (46,5)	25 (21,9)	
District						0,761
Mont Amba	450	87 (19,3)	66 (14,7)	200 (44,4)	97 (21,6)	
Lukunga	229	43 (18,8)	41 (17,9)	92 (40,2)	53 (23,1)	
Funa	149	35 (23,5)	17 (11,4)	64 (43,0)	33 (22,1)	
Tshangu	90	16 (17,8)	12 (13,3)	44 (48,9)	18 (20,0)	
Mois						0,001
Janvier	58	12 (20,7)	9 (15,5)	24 (41,4)	13 (22,4)	
Février	33	6 (18,2)	8 (24,2)	14 (42,4)	5 (15,2)	
Mars	68	16 (23,5)	7 (10,3)	30 (44,1)	15 (22,1)	
Avril	89	20 (22,5)	12 (13,5)	43 (48,3)	14 (15,7)	
Mai	44	5 (11,4)	5 (11,4)	21 (47,7)	13 (29,5)	
Juin	47	13 (27,7)	13 (27,7)	12 (25,5)	9 (19,1)	
Juillet	102	28 (27,5)	11 (10,8)	34 (33,3)	29 (28,4)	
Aout	136	31 (22,8)	26 (19,1)	44 (32,4)	35 (25,7)	
Septembre	141	21 (14,9)	25 (17,7)	64 (45,4)	31 (22,0)	
Octobre	90	17 (18,9)	10 (11,1)	41 (45,6)	22 (24,4)	
Novembre	72	8 (11,1)	5 (6,9)	50 (69,4)	9 (12,5)	
Décembre	38	4 (10,5)	5 (13,2)	23 (60,5)	6 (15,8)	

Variabiles	n	Fongiques n (%)	Bactériennes n (%)	Parasitaires n (%)	Virales n (%)	P
Saison						< 0,001
Pluvieuse	565	93 (16,5)	79 (14,0)	280 (49,6)	113 (20,0)	
Sèche	353	88 (24,9)	57 (16,1)	120 (34,0)	88 (24,9)	

Le tableau 4 donne les variables des DI en régression logistique où le sexe masculin, le groupe d'âge (0-12 ans) et la saison de pluie étaient les principaux déterminants.

Tableau 4 : Déterminants des dermatoses infectieuses

Variabiles	Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	p	OR (IC95%)	p	Ora (IC95%)
Sexe				
Féminin		1		
Masculin	0,019	2,993	0,007	2,67 (1,50-4,89)
Age (ans)		1		
>18	0,406	0,71 (0,32-1,59)	0,432	0,72 (0,32-1,62)
13-18	0,219	1,62 (0,75-3,50)	0,236	1,60 (0,74-3,49)
6-12	<0,001	2,87 (1,72-4,76)	<0,001	2,97 (1,77-4,97)
0-5	0,034	2,70 (1,08-6,78)	0,036	2,48 (1,97-5,28)
Saison				
Sèche		1		
Pluie	0,034	3,15 (1,87-5,52)	0,255	1,18 (0,88-1,58)

Discussion

La présente étude a montré une fréquence hospitalière de DI de 9,8% surtout d'origine parasitaire et virale.

Fréquence et caractéristiques générales des dermatoses infectieuses (DI)

Elles sont plus fréquemment observées entre 19 – 30 ans avec une prépondérance féminine. Cette fréquence de DI est inférieure à celle décrite par plusieurs auteurs (3, 11-17) Les raisons de cette divergence entre les études ne sont pas très bien connues. Mais, elles peuvent être imputées à la différence méthodologique, et aux consultations tardives de nos patients consécutives à la carence des spécialistes en Dermatologie.

L'âge médian EIQ était de 23 ans, 20 – 27 ans, avec une moyenne de 22,9 ans. Notre moyenne d'âge se rapproche de celle d'Ekramy *et al.* (14) (23,5 plus ou moins 15,6 ans), bien que ces valeurs soient celles de la population générale reçue pour une dermatose. En revanche, cet âge moyen est largement inférieur à celui rapporté au

Mali (36,4 ans) et en Côte d'Ivoire (27 ans) (3, 17). La différence méthodologique entre les études pourrait expliquer cette divergence.

Les dermatoses parasitaires ont constitué les dermatoses infectieuses les plus fréquentes. Elles surviennent plus fréquemment en saison pluvieuse ($p < 0,001$) et chez la femme entre 19 et 30 ans (51,9% des cas); $p < 0,001$). La scabiose était significativement prépondérante ($p < 0,001$). Des chercheurs (13, 15) relèvent aussi une fréquence plus élevée des DP parmi les DI, avec prépondérance des mycoses superficielles en Iran (13) et de la scabiose au Mali et en Egypte (78,31% des cas de DP) (3, 14). La gale scabienne est dans la présente étude la plus récurrente des DP, pendant la saison de pluies. Cette observation est en contradiction avec les données de la littérature (3, 11, 14). Cette divergence entre les études pourrait être due d'une part par l'hygrométrie élevée et la température ambiante atteignant rarement 55°C dans notre milieu (température à partir de laquelle le parasite ne survivrait pas) (18). D'autre part, l'état de paupérisation de la

population, la promiscuité et le contact interhumain sont autant des facteurs qui favorisent la survenue de la gale (18, 19). A cet égard, il sied de rappeler que cette parasitose est un réel problème de santé publique (19), parce que touchant les personnes de tous les âges, sexes et races quel que soit le statut socio-économique (20). Cette observation saisonnière a déjà été rapportée par plusieurs chercheurs (13, 21, 22).

La prépondérance féminine des DP et de la gale de la présente étude est en contradiction avec les observations de Baghestani *et al.* (13) qui ont plutôt trouvé le sexe masculin. Il est possible qu'il s'agisse seulement d'un biais de sélection, les filles consultant plus fréquemment (plus soucieuse pour sa santé et son paraître) que les garçons.

En revanche, notre constat se rapproche de celui de Terri M *et al.* Qui ont relevé que les mères de jeunes enfants étaient assez souvent atteintes de gale (23). Comme Baghestani *et al.* (13), la tranche la plus atteinte était celle de 19 – 30 ans. Cette recrudescence de la gale pourrait aussi être consécutive à une résistance au benzoate de benzyl (24).

Les dermatoses virales (DV) venaient en deuxième position dans 21,9% des cas de DI ; le pityriasis rosé de Gibert était le chef de file des DV dans 8,2% des cas, sans influences saisonnières ($p < 0,001$). Les DV étaient plus l'apanage de la saison sèche (24,9% des cas, $p < 0,001$; des mois de mai (29,5% des cas) et de juillet (28,4% des cas) ; $p = 0,001$) et des enfants de 6 – 12 ans (28,4% des cas) ; $p < 0,001$. La fréquence de nos DV se rapproche de celles de Baghestani *et al.* (13) (19,9%) avec 53,1% de verrues vulgaires comme première virose, Yahya *et al.* (12) (22,11%) mais, plus élevée que celles d'Adebola *et al.* (16) (14,95%) et de Kodio *et al.* (3) (9,97%).

La saison froide favorise une éclosion virale et leur grande contagiosité au niveau des muqueuses (25, 26) ; de même que le confinement des individus et le manque d'aération dans les maisons d'habitation. Notre

constat sur la saisonnalité du pityriasis rosé de Gibert se rapproche de ceux observés par nos travaux antérieurs (27), en Turquie (28) et au Nigéria (29). Bon nombre d'auteurs signalent soit sa recrudescence en période chaude et humide (30), soit en période froide et sèche (31-34), soit en tout temps (35-37). Cette divergence pourrait-elle s'expliquer par une diversité géographique et/ou ethnique.

Les dermatoses fongiques (DF) étaient en troisième lieu les DI les plus observées (19,7% des cas) avec prédominance du *pityriasis versicolor* dans 6,6% de cas de DF. Les DF étaient plus fréquentes entre 6 – 12 ans avec 29,6% des cas ($p < 0,001$) ; en saison sèche ($p < 0,001$) et durant les mois de juin (27,7% des cas) et de juillet (27,5% des cas ; $p = 0,001$). Par ordre de fréquences décroissantes, notre résultat diverge de ceux de nombreux travaux scientifiques (3, 13, 15-17, 38) qui ont rapporté une prépondérance des DF parmi les DI. Cependant nos observations corroborent celles de d'Ekramy *et al.* (14) en ce qui concerne la tranche d'âge la plus atteinte et le *pityriasis versicolor* comme DF plus fréquente, ainsi que les mois de juin et juillet comme période de recrudescence. Baghestani *et al.* (13) ont décrit le *pityriasis versicolor* comme première DF, mais à partir de 30 ans d'âge. Ailleurs, le *pityriasis versicolor* est la DI la plus fréquente (15, 21, 22), de l'ordre de 5 – 7% des dermatoses au total. Le climat chaud et humide favorise la propension des mycoses comme le *pityriasis versicolor* (39) ; *Malassezia furfur* appartient normalement à la flore microbienne cutanée. Certains facteurs comme une température ambiante élevée avec une haute hygrométrie, l'hyperhidrose, le port des vêtements non cotonneux, l'éclosion des caractères sexuels secondaires à l'adolescence sous l'action androgénique et l'hérédité peuvent expliquer la survenue des pityrososes entre 6 – 12 ans.

Les dermatoses bactériennes étaient les moins nombreuses, soit 14,8% des cas de DI ; significativement plus observées durant le mois de juin (27,7%) et la saison sèche (16,1%, ($p <$

0,05). Les deux sexes semblaient être touchés équitablement, avec une recrudescence entre 0 – 2 ans (41,3%), $p < 0,001$).

L'impétigo a été la dermatose bactérienne (DB), la plus fréquente (44,1% des cas), avec un pic entre 0 – 2 ans ($p < 0,029$) et en saison sèche ($p < 0,001$). Comme Adebola *et al.* (16) (9,81% des cas de DI), les DB constituent les DI marginales. Cette constatation est en contradiction avec les trouvailles en Iran (13), au Nigéria (16) et au Mali (3) probablement pour de raisons de divergences méthodologiques. Nos observations rejoignent cependant ceux de Baghestani *et al.* (13) pour la fréquence et la tranche d'âge, et de ceux de Ekramy *et al.* (14) pour la fréquence de l'impétigo. La relative basse fréquence des DB pourrait s'expliquer par le fait que la présente étude a été réalisée dans un hôpital de niveau tertiaire qui ne reçoit que des pathologies soignées, sans succès par les médecins généralistes et /ou pédiatres, dont, l'expertise en matière de dermatoses n'est pas toujours suffisante. La résistance aux antibiotiques et la mauvaise hygiène joueraient également un certain rôle permissif. L'impétigo sévissant dans la saison de pluies ; sa recrudescence en période sèche dans notre étude est à élucider. Il est possible que cette observation soit due d'une part aux consultations tardives chez le dermatologue, et d'autre part à une infection d'une pathologie sous-jacente comme la dermatite atopique qui s'exacerbe le plus souvent en temps froid et sec.

Bien plus, la gale de l'enfant d'origine maternelle, dans un contexte de promiscuité, pourrait se surinfecter et constituer une impétiginisation. En effet, entre 0-2 ans, l'habillage excessif, voire occlusif des nourrissons quel que soit le climat dans nos contrées, pourrait favoriser une macération cutanée et par conséquent des infections à type d'impétigo.

Déterminants des dermatoses infectieuses

La régression logistique bivariée avait identifié trois variables déterminantes des dermatoses infectieuses : le sexe masculin ($p = 0,019$; OR = 2,993), les tranches d'âge de 0 – 5 ans ($p = 0,034$; OR = 2,70 ; IC = 95% 1,08-6,78) et de 6 à 12 ans ($p < 0,001$; OR = 2,87 ; IC = 95% 1,72-4,76), la saison de pluie ($p = 0,034$; OR = 3,15 ; IC 95% 1,87-5,52) et la pauvreté ($p = 0,001$; OR = 2,67 ; IC 95% 1,22-2,19).

Après ajustement des variables précitées en multivariée, seuls le sexe masculin ($p = 0,007$; OR = 2,67 ; IC 95% 1,50-4,89) et les tranches d'âge comprises entre 0 – 5 ans ($p = 0,036$; OR = 2,48 ; IC 95% 1,97-5,28) et 6 – 12 ans ($p < 0,001$; OR = 2,97 ; IC 95% 1,77-4,97), ont émergé comme principaux déterminants indépendants de la dermatose infectieuse.

Limites et force de l'étude

La présente étude a des limites dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. Premièrement, il s'agissait d'étude est monocentrique, ne permettant pas de généraliser les résultats à tous les hôpitaux de Kinshasa ; deuxièmement, la nature documentaire de l'étude avec possibilité de pertes importantes de données. Sa force est son caractère princeps dans notre milieu, elle a épinglé quelques pathologies dermatologiques sur lesquelles devront porter des actions ciblées en vue de réduire sensiblement la morbidité.

Conclusion

Les dermatoses infectieuses surtout parasitaires (dont la scabiose) sont très fréquentes dans nos milieux ; les jeunes en sont les plus atteints (19-30 ans), quelle qu'en soit la saison. Une stratégie visant à sensibiliser la population sur les mesures d'hygiène pourrait réduire le taux de ces infections en général et de la gale en particulier.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

Notre gratitude est exprimée aux assistants du service de dermatologie et au Docteur Aliocha Nkodila pour la franche collaboration et les analyses statistiques.

Contribution des auteurs

Conception de l'étude : MA, SNLJ.

Analyse et interprétation des données : NNA.

Collecte des données : KMF, TMJM, MDC, KKC, TMC, MTM.

Rédaction du manuscrit final : NSJL, KMV, MA, MMS, BMP.

Tous les auteurs ont approuvé la version finale et révisée du manuscrit

Références

1. Susan B. M, Allana B, Peggy C et Gerard L. in : Dermatologie pédiatrique 2è éd., Elsevier Masson, 2007.
2. Traoré A, Kouéta F, Sanou I, Kam K, Dao L, Barro F *et al.* Les dermatoses courantes de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical. Service de Coopération et d'Action Culturelle éd, Ouagadougou. <http://www.chu-rouen.fr/chnp0/Annales/Pubped9.html>. Consulté le 17 juillet 2018.
3. Kodio B, Cissé I, Konaré H, Dembélé M, Rhaly A. fréquence des consultations dermatologiques dans les activités du service de médecine interne de l'hôpital national du point G à Bamako. Mali Médical 2014, tome XXIX. N°3.
4. Seudjip Nono LJ1, Kakiesse Musumba V1, Mazebo Mpaku S1, Kasongo Mulenda F1, Tshilombo Mwindila JM1, Mbanzulu Dimbu C1, Kanku Katshunga C1, Tshiya Musao C1, Mutombo Tshitupa M1, Saka B2, Bunga Muntu P. Dermatose infectieuse chez les enfants fréquentant un établissement de santé à Kinshasa/République Démocratique du Congo Journal of Innovation and Research in Health Sciences & Biotechnology • Volume 3 • Issue 3 • March 2018.
5. Sekkat A, Sedrati O, Derdabi D. Les dermatoses de l'enfant dans le service de dermatologie de H.M.I Mohamed V (CHU Rabat). *Nouv. Dermatol.* 1992 ; **3** :8.
6. Tchangai-Walla, Pitche P, Agbere A, Bakonde B. les motifs de consultation des enfants en dermatologie à Lom (Togo). *Médecine d'Afrique noire* 1995 ; **42** ; 7 : 390-392.
7. Tounkara T, Soumah M, Keita M, Bangoura M, Diané B *et al.* Profil épidémiologique et clinique des dermatoses infectieuses chez les enfants au service de dermatologie de l'hôpital national Donka. *Ann Dermatol. Vénérool.* 2012 ; Volume 139, n°12S : B137-138.
8. Bisseck Zoung-Kanyi A., Njih Tabah E., Kouotou E. Sini V., Yepnjio N., Nditanchou R. *et al.* the spectrum of skin diseases in a rural setting in Cameroon (sub-Saharan). *BMC dermatologie* 2012 ; **12** : 7.
9. Alex Asiedu *et al.* Skin diseases in Ghana and UK. *International Journal of Dermatology* 2001; **40** (3) : 323-226.
10. Mulumba MP, Le paludisme de l'enfant à Kinshasa (Zaire) : Influence de saison, de l'âge, de l'environnement et du standing familial. *Méd. Trop*, 1990, **50** (1) : 53-54.
11. Andonaba J, Barro-Traoré F, Diallo B, Sakana L, Niamba P *et al.* Aspects épidémiologiques des affections dermatologiques au Centre hospitalier universitaire de Souro Sanou de Bobo-Dioulasso. *Ann. Afr. Med* 2010 ; **4** ; 1 : 668 – 677.
12. Yahya H. Change in pattern of skin disease in Kaduna, north-central Nigeria. *Int J Dermatol* 2007; **46**: 936–943.
13. Baghestani S, Zare S, Mahboobi AA. Skin disease patterns in Hormozgan, Iran. *Int J Dermatol* 2005 ; **44** : 641–645.
14. Ekramy A. El-Khateeb, MD, Adel A. Imam, MD, and Mohammed A. Sallam. Pattern of skin diseases in Cairo, Egypt. *International Journal of Dermatology* 2011, **50**, 844–853.
15. Antoine Mahe, Idrissa Ah. Cisse, Ousmane Faye, Hawa Thiam Ndiaye, and Pascal Niamba. Skin diseases in Bamako (Mali). *International Journal of Dermatology* 1998 ; **37** :673–676.
16. Adebola O. Ogunbiyi, FMCP, Olaniyi O. Daramola, and Olatunji O. Alese. Prevalence of skin diseases in Ibadan. Nigeria. *International Journal of Dermatology* 2004; **43**:31– 36.
17. Kassi A, Allou As. Dermatoses infectieuses dans un centre de soins de santé primaire en Côte d'Ivoire, cas du centre de soins de santé communautaire de Yopougon-attié. *Ann. Dermatol. Vénérool.* 2016, tome 143 Suppl. I, n°4.
18. CCLIN SO. Recommandations concernant la gale dans les établissements de soin et médico-sociaux. <https://www.google.cd/search?q=CCLIN+SO>. Consulté le 17 juillet 2018.
19. Chosidow O. scabies. *N Engl J Med* 2006 ; **354** (16) : 1718 – 1727.
20. Friedman R. Scabies-civil and military. Éd. Froben press; 1941.

21. Abu Share'ah AM, Dayem HA. The incidence of skin diseases in Abu-Dhabi, United Arab Emirates. *Int J Dermatol* 1991; **30**: 121–124.
22. Fatani MA, Al-Afif KA, Hussein H. Pattern of skin diseases among pilgrims during hajj season in Makkah, Saudi Arabia. *Int J Dermatol* 2000; **39**: 493–496.
23. Terri Meinking, David Taplin et Maureen Vicaria. Infestations in Pediatric dermatology. Volume 2, 4ème éd. Mosby Elsevier; 2003. pp 1535 – 1583.
24. Elgart ML. A risk benefit assessment of agents used in the treatment of scabies. *Drug Saf J* 2000; **14**: 386-393.
25. Tae Woong Whon, Min-Soo Kim, Seong Woon Roh, Na-Ri Shin, Hae-Won Lee and Jin-Woo Bae. Metagenomic Characterization of Airborne Viral DNA Diversity in the Near-Surface Atmosphere. *J. Virol.* August 2012 vol. 86 no. 15 8221-8231.
26. Lowen AC *et al.* Influenza virus transmission is dependant of relative humidity and temperature. *Palese P Plos Pathog* **3**(10): e151. doi : 10.1371/journal.ppat.0030151.
27. Seudjip NLJ, Bunga MP, Ahogo K.C. Epidémiologie et clinique du pityriasis rosé de Gibert chez les enfants aux cliniques universitaires de Kinshasa. *Journal of Innovation and Research in Health Sciences & Biotechnology* 2017 ; **2** (3) : 376-380.
28. Harman M, Aytakin S, Akdeniz S, Inaloz HS. An epidemiological study of pityriasis rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol* 1998; **14**: 495-497
29. Ayanlowo O, Akinkugbe A, Olumide Y. The pityriasis rosea calendar: A 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig Q J Hosp Med.* 2010; **20** (1): 29-31.
30. Hogan A et Langley GB. Papulosquamous disease in Pediatric dermatology. Volume 2, 4ème éd. Mosby Elsevier; 2003. pp. 901 – 951.
31. Burch PR, Rowell NR. Pityriasis rosea-an autoaggressive disease? Statistical studies in relation to aetiology and pathogenesis. *Br J Dermatol* 1970; **82**: 549 – 560.
32. Ahmed MA. Pityriasis rosea in the Sudan. *Int J Dermatol.* 1986; **25**: 184-185.
33. Marron Gasca J, Navarro Lucia M, Grasa Jordan MP, Gimenez Serrano H, Murillo Sanchez P. Epidemiologia de la pityriasis rosada de Gibert. *Actas Dermosifiliogr* 1979 ; **70** : 219-222.
34. Zahra A. Pityriasis rosea. *Int J Dermatol* 1988; **27**:526.
35. Tay YK, Goh CL. One-year review of pityriasis rosea at the National Skin Centre, Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1999; **28**: 829 –831.
36. Jacyk WK. Pityriasis rosea in Nigerians. *Int J Dermatol* 1980; **19**: 397-399.
37. Olumide Y. Pityriasis rosea in Lagos. *Int J Dermatol* 1987; **26**: 234 – 236.
38. Patricia Dunwell, MBBS, MSc, and Arlene Rose, MBBS, MSc. Study of the skin disease spectrum occurring in an Afro-Caribbean population. *International Journal of Dermatology* 2003, **42**, 287–289.
39. John G. Hancox, Scott C. Sheridan, Steven R. Feldman, and Alan B. Fleischer Jr. Seasonal variation of dermatologic disease in the USA: a study of office visits from 1990 to 1998. *International Journal of Dermatology* 2004, **43**, 6-11.