



## Profil épidémiologique et clinique des affections dermatologiques vues en zone rurale dans un Hôpital public au centre du Sénégal

### *Epidemiological and clinical profile of dermatological disorders seen in rural areas in a public hospital in central Senegal*

Niare Ndour<sup>1</sup>, Assane Diop<sup>1</sup>, Boubacar A. Diatta<sup>2</sup>, Mamadou Sarr<sup>1</sup>, Fatou Diagne Gueye<sup>1</sup>, Astou Diouf<sup>1</sup>, Nafy Faye<sup>1</sup>, Fatimata Ly<sup>1</sup>

#### Auteur correspondant

Niare Ndour

Courriel : [ndourniar0@gmail.com](mailto:ndourniar0@gmail.com)

Tél : +221771376811

Service de Dermatologie, Hôpital Institut d'Hygiène Social, Dakar, Sénégal

#### Summary

*Context and objective:* Dermatological diseases are a public health problem in tropical countries. The aim of the study was to determine the epidemiological profile of dermatoses. *Methods:* This was a case descriptive series, conducted between July and December 2021 in the Dermatology Unit at the Fawzaïni Hospital in Touba, in central Senegal. Dermatological diagnosis was based on clinical examination, supplemented where necessary by biological tests or skin histopathology. Excluded from the study were non-consenting patients, those consulting for a non-dermatological problem, and those whose illnesses had not been formally diagnosed for lack of specific complementary examinations. Different variables were cross-tabulated to determine significant associations, using the Chi-square test of independence. *Results:* A total of 603 patients were consulted during the study period including 393 women, which corresponds to a sex ratio of 0.53. The mean age of the patients was 32.28 years. The mean duration of evolution was 12 days. Infectious dermatoses were present in 28.19% of cases and allergic dermatoses in 21.72%. Impetigo accounted for 57% of bacterial dermatoses, which were present in 46.47% of cases, while fungal infections were noted in

#### Résumé

*Contexte et objectif.* Les maladies dermatologiques constituent un problème de santé publique dans les pays tropicaux. L'objectif de l'étude était de décrire le profil épidémiologique des dermatoses. *Méthodes.* Il s'agissait d'une série descriptive des cas, menée entre juillet et décembre 2021 dans l'unité de dermatologie à l'Hôpital Fawzaïni de Touba, au centre du Sénégal. *Résultats.* Au total, 603 patients avaient consulté durant la période d'étude dont 393 femmes, soit un sex-ratio de 0,53. L'âge moyen des patients était de 32,28 ans. La durée moyenne d'évolution était de 12 jours. Les dermatoses infectieuses étaient présentes dans 28,19% des cas et les dermatoses allergiques dans 21,72%. L'impétigo représentait 57% des dermatoses bactériennes (46,47%), alors que les infections mycosiques étaient notées dans 29,41%. Les dermatoses parasitaires et virales rendaient compte, respectivement de 12,94% et 11,18% des cas. La dermatite atopique était rencontrée dans 21,72% et l'eczéma de contact dans 24,7%. Les tumeurs bénignes représentaient 98% des dermatoses tumorales dont les chéloïdes (71,1%). Les autres dermatoses étaient représentées par l'ochronose exogène (4,98%), la kératodermie palmo-plantaire (2,32%), la sécheresse cutanée (1,99%) et les dermatoses irritatives (0,83%). *Conclusion.* Les affections dermatologiques sont fréquentes en milieu



29.41%. Parasitic and viral dermatoses were present in 12.94% and 11.18% of cases, respectively. Atopic dermatitis was present in 21.72% of cases and contact eczema in 24.7%. Benign tumors accounted for 98% of tumorous dermatoses, of which keloids constituted 71.1%. Other dermatoses included exogenous ochronosis (4.98%), palmar-plantar keratoderma (2.32%), dry skin (1.99%), and irritative dermatoses (0.83%). *Conclusion.* Dermatological diseases are frequent in rural areas and bacterial infections are the most represented.

**Keywords:** campaign, dermatoses, frequency, Senegal

Received: May 25<sup>th</sup>, 2024

Accepted: November 26<sup>th</sup>, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.6>

1. Service de Dermatologie, Hôpital Institut d'Hygiène Social, Dakar, Sénégal
2. Service de Dermatologie, Hopital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal.

rural et dominées par les infections bactériennes.

**Mots-clés :** dermatoses, campagne, fréquence, Sénégal

Reçu le 25 mai 2024

Accepté le 26 octobre 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.6>

## Introduction

Les maladies dermatologiques constituent un problème de santé publique dans les pays tropicaux (1-3). En Afrique, une dizaine d'études a porté sur le profil général des affections dermatologiques (2-8). Au Sénégal, à ce jour, aucune étude n'a été effectuée sur l'épidémiologie des affections cutanées en zone rurale, à notre connaissance. Les plus grandes séries portant sur le profil épidémiologique des dermatoses sont focalisées en milieu urbain, en particulier à Dakar dans des hôpitaux de référence où étaient réalisées, seulement et depuis longtemps, les consultations de dermatologie (7, 9). Or, dans un contexte de démocratisation des soins avec amélioration de l'accès aux soins spécialisés dans les zones reculées, il est important d'avoir des données afin d'apprécier les besoins exprimés par les populations vivant dans ces mêmes zones. C'est ce qui justifie la présente étude dont l'objectif était de décrire le profil épidémiologique des dermatoses vues dans une zone située en dehors de Dakar.

## Méthodes

Nous avons réalisé une série descriptive des cas avec un recueil prospectif des données sur la période de juillet à décembre 2021, soit une

période de 6 mois. Ont été inclus, tous les patients qui consultaient pour la première fois dans l'unité de Dermatologie du service de Médecine interne au Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaïni et qui acceptaient de participer à l'étude, sans distinction d'âge, de sexe ni de provenance.

Le diagnostic dermatologique était basé sur l'examen clinique complété au besoin par les examens biologiques ou l'histopathologie cutanée.

N'ont pas été inclus, les anciens patients suivis dans le service bien avant la période de l'étude, les patients non consentants, ceux consultant pour un problème non dermatologique et ceux dont le diagnostic de leurs maladies n'avait pas été formellement posé faute d'examens complémentaires spécifiques. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Sphinx V5 et analysées grâce au logiciel Excel version 2013. Nous avons procédé à des croisements de différentes variables afin de déterminer des associations significatives en utilisant le test du Khi-carré d'indépendance. Nous avions choisi une valeur limite de la p-value (p) à 0,05. Toute valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative. Les données avaient été recueillies dans le

respect de l'anonymat et de la confidentialité des patients.

## Résultats

Au total, 603 patients sur 15 000 ont consulté sur la période de l'étude, soit une fréquence hospitalière de 4 %. L'âge moyen de nos patients était de 32,3 ans avec des extrêmes allant de 1 à 100 Ans. La tranche d'âge de 16 à 45 ans représentait 61,4% des cas (n=346), alors que celle entre 0 et 15 ans et celle supérieure à 75 ans représentaient respectivement 19,6% (n=118) et 3% (n=18). Les sujets âgés de plus de 60 ans rendaient compte de 11,3% des cas. Notre série était constituée de 393 femmes et 210 hommes, soit un sex-ratio de 1,8/1 en faveur des femmes. Les patients ayant un niveau socio-économique bas étaient prépondérant (81%) et ceux ayant un niveau moyen 18,6% (n=112). La majorité de patients (81,3 %) résidait à Touba, ville où l'étude a été effectuée.

Les lésions cutanéo-muqueuses et/ou phanériennes constituaient le motif de consultation chez tous les patients. La durée moyenne d'évolution avant la première consultation était de 12 jours avec des extrêmes allant de 2 et 360 jours. Parmi les lésions élémentaires, on notait l'érythème dans 37,8% (n=228), les papules dans 20,6% (n=124), les squames dans 19 % (n=115), les pustules dans 11,9% (n=72), les vésicules dans 10,4% (n=63) et les nodules dans 9,5% (n=57). Les lésions étaient disposées en placard dans 25,7%, localisées dans 42,6% (n=257), disséminées dans 11,3% (n=68) et diffuses dans 16% (n=97). Les dermatoses infectieuses étaient présentes dans 28,2% des cas (n=170) et les dermatoses allergiques dans 21,7% (n=154). Les infections bactériennes étaient trouvées dans 46,5% (n=79) et les infections

mycosiques dans 29,4% (n=50). L'impétigo représentait 57% (n=45) des dermatoses bactériennes (**Figure A**), alors que l'érysipèle était présent dans 27,8% (n=22), la folliculite dans 3,9% (n=3), l'actynomycérome dans 2,5% (n=2) et la lèpre, l'anthrax, l'ecthyma, le furoncle et l'abcès chacun dans 1,3% (n=1). Les dermatophyties étaient présentes dans 34% (n=17) des dermatoses mycosiques (**Figure B**). Dans ce groupe, on notait le pityriasis versicolor dans 22% (n=17), l'onychomycose candidosique dans 18% (n=9), la teigne du cuir chevelu dans 12% (n=6), l'intertrigo inter-orteil d'allure mycosique dans 12% (n=6) et l'eumycérome dans 2% (n=1). Les dermatoses parasitaires et virales étaient notées, dans notre série, respectivement dans 12,9% et 11,2% des cas. Pour les parasitoses, la gale représentait 76,2% (n=16), alors que le larva migrans et la leishmaniose représentaient respectivement 19% (n=4) et 4,8% (n=1). Les dermatoses virales étaient représentées par le zona (52,6% ; n=12) (**Figure C**), les verrues (15,8% ; n=3), la papillomatose buccale (10,5% ; n=2), l'infection herpétique (5,3% ; n=1), le molluscum contagiosum (5,3% ; n=1), le condylome (5,3% ; n=1) et la varicelle (5,3% ; n=1). Parmi les dermatoses allergiques, la dermatite atopique était présente dans 21,7% (n=67) (**Figure D**), l'eczéma de contact dans 24,7% (n=38), l'érythrodermie dans 2,6% (n=4) et la toxidermie dans 0,6 % (n=1). L'acné était présente dans 72 % (n=76) au cours des dermatoses inflammatoires (**Figure E**), le lichen plan dans 21% (n=22), la dermite séborrhéique dans 3% (n= 3), la folliculite fibrosante de la nuque dans 2% (n=2), le Pityriasis rosé de Gibert dans 2% (n=2) et le psoriasis dans 1% (n=1).



**Figure 1.** Quelques aspects cliniques des affections dermatologiques vues au Centre Hospitalier Matlaboul Fawzaïni de Touba (Sénégal)

**A :** Impétigo du visage chez un enfant sous forme de lésions pustuleuses confluentes par endroit. **B:** Dermatophytie du bras chez une femme pratiquant la dépigmentation cosmétique volontaire. **C :** Zona de la région temporo-mandibulaire dans le territoire de la branche mandibulaire du trijumeau(V3). **D:** Poussée de dermatite atopique chez un enfant. **E :** Acné nodulo-kystique du visage chez une femme adulte avec des lésions papuleuses et nodulaires.

Les dermatoses tumorales étaient rencontrées dans 14,7% dont les tumeurs bénignes comptaient pour 98% des cas (n=89). Dans ce groupe, les chéloïdes représentaient 71% (n=62)

(figure 29). Parmi les troubles pigmentaires, l'ochronose exogène représentait 55 % (n=30) alors que l'hyperpigmentation péri-orbitaire et les vergetures constituaient respectivement 27% (n=15) et 18% (n=10). Pour ce qui est des dermatoses auto-immunes, la pelade représentait 53 % (n=9) et le vitiligo 29 % (n=5), alors que le myxœdème basedowien, le lupus discoïde et le pemphigus foliacé représentait respectivement 6% (n=1). On notait 4 cas de gênodermatoses dont 2 cas d'ichtyose congénitale, 1 cas de neurofibromatose de Recklinghausen et 1 cas d'albinisme. Les autres dermatoses englobaient entre autres la kératodermie palmo-plantaire de cause non déterminée (2,3%), la sécheresse cutanée (2%) et les dermatoses irritatives (0,8%) (tableau 1).

Tableau 1. Distribution des autres dermatoses

Pathologies	Effectifs	%
Kératodermies palmo-plantaires de cause non déterminée	14	2,3
Sécheresse cutanée	12	2
Dermatoses irritatives	5	0,8
- Balanite irritative	1	0,2
- Dermite irritative	2	0,3
Varices	4	0,6
Alopécie de traction	4	0,6
IST	3	0,5
VIH	2	0,3
Urétrite	1	0,2
Ulcère	3	0,5
Brûlure	3	0,5
Mélanodermie biermérienne	2	0,3
Langue géographique	2	0,3
Autres réunies*	7	1,4

\*Eczéma variqueux, nodule rhumatoïde, hyperhidrose, ulcération, Erythème polymorphe, miliaire sudorale, cicatrice IST= infection sexuellement transmissible, VIH= Virus de l'immunodéficience humaine

La répartition des dermatoses les plus courantes comme l'impétigo, l'érysipèle, la dermatophytie, la dermatite atopique, l'eczéma de contact, l'acné, le lichen plan, l'urticaire, le prurigo, selon le sexe, est renseignée dans le tableau 2.



Tableau 2. Répartition des dermatoses les plus courantes selon sexe

Dermatoses	Femme N=393	Homme N=210	P
Acné	70	7	<0,0001
Lichen plan	17	5	0,225
Urticaire	10	1	0,071
Prurigo	9	2	0,242
Hyperpigmentation périorbitaire	13	2	0,103
Teigne du cuir chevelu	1	5	0,042
Pityriasis versicolore	1	10	0,003
Impétigo	20	25	0,002
Erysipèle	16	4	0,449
Dermatophytie	9	8	0,635
Dermite atopique	39	28	0,204
Eczéma de contact	7	31	<0,0001

La distribution des dermatoses les plus courantes comme l'impétigo, la teigne du cuir chevelu, la gâle, la dermatite atopique,

l'eczéma de contact, la xérose cutanée, et l'âge, est listée dans le tableau 3.

Tableau 3. Répartition des dermatoses les plus courantes selon les tranches d'âge

Dermatoses	≥ 15 Ans	> 15 ans	P
Teigne du cuir chevelu	5	1	<0,0001
Gale	8	8	0,07
Xérose cutanée	1	11	0,377
Impétigo	21	24	<0,0001
Dermatite atopique	26	41	0,0005
Eczéma de contact	3	10	0,078

## Discussion

Les principales limites de la présente étude étaient la courte durée de l'étude (6 mois) qui a réduit la taille de notre échantillon, ainsi que le manque de moyens financiers observé chez certains patients limitant l'investigation paraclinique expliquant leur exclusion de l'étude.

La fréquence hospitalière des affections dermatologiques dans notre série (4 %) correspondant à une fréquence moyenne mensuelle de 100 patients, est supérieure à celle réalisée, à Bangui, où, en moyenne, 578 patients ont été vus en moyenne sur 6 mois, alors qu'à Dakar, on notait, sur 6 mois, 6195 (8-9). Cette différence de représentativité entre Dakar et le reste du pays s'expliquerait essentiellement par des raisons démographiques.

La jeunesse de notre population d'étude était également trouvée dans les études antérieures

faites à Dakar et à Bangui sur le profil des dermatoses (7-8) et s'expliquerait par la jeunesse de la population africaine en général où plus de 60% de la population a moins de 25 ans (10). En revanche, la population pédiatrique (19,6%), était inférieure à la série malienne (31,5%). Les sujets âgés de plus de 60 ans représentaient 11,3% dans notre étude ; plus important que le résultat obtenu au Togo chez les sujets âgés de plus de 64 ans (2,4%) (11).

La prépondérance féminine dans la présente étude était déjà rapportée dans les études antérieures réalisées en Afrique (7 -10). Cependant, dans les études centrafricaine, congolaise et bissau-guinéenne, on notait une prédominance masculine (5,8 , 12). Il est classiquement connu, pour des raisons esthétiques, que les femmes sont plus nombreuses dans les consultations dermatologiques. En effet, les lésions cutanées

affichantes et donc inesthétiques incitent ces dernières à consulter plus fréquemment que les hommes.

Le niveau socio-économique était jugé bas chez la majorité des patients, soient 81% (n=488). Ceci pourrait refléter le nombre important de personnes sans-emplois dans le pays (21%). De même, certaines professions relevant du secteur informel se résumaient à des activités rudimentaires ne permettant pas d'avoir des revenus élevés. Un autre facteur expliquant la prédominance des patients ayant un bas niveau socio-économique, serait le fait que les patients ayant un bon niveau socio-économique préfèrent, pour des raisons de commodité et de discréetion, consulter à Dakar dans les cliniques privées.

Sur le plan clinique, le délai moyen d'évolution était de 12 jours traduisant la fréquence des pathologies aigues dans notre série mais également la précocité des consultations qui serait liée à l'accessibilité de l'unité de dermatologie.

Une notion de dépigmentation artificielle était notée chez 41% des femmes (n=129) adultes. Cette fréquence de la dépigmentation artificielle constatée dans notre étude était supérieure à celle obtenue au Mali (24%), mais légèrement inférieure à la plupart des études sur la dépigmentation réalisées dans le continent africain y compris au Sénégal qui oscille autour de 50% (13 -16).

Dans notre étude, la prédominance des dermatoses infectieuses est décrite dans les études antérieures menées en Afrique subsaharienne avec cependant des prévalences variables d'une étude à l'autre due à une différence des méthodologies utilisées. Plusieurs facteurs sont associés à cette fréquence élevée des dermatoses infectieuses en zone tropicale notamment une hygiène défectiveuse, des conditions socioéconomiques médiocres, mais aussi l'existence de facteurs climatiques favorisant les infections cutanées (5, 8-10, 17). Ces infections étaient dominées par les causes bactériennes, suivies des mycoses. Ce résultat est proche de celui obtenu par Kobangué *et al.* où les dermatoses bactériennes prédominaient sur les dermatoses mycosiques (8). Cependant, dans l'étude de Seck *et al.* faite à Dakar, les mycoses étaient les plus fréquentes, suivies des dermatoses

bactériennes (9). L'impétigo représentait la première infection bactérienne dans notre étude et était plus fréquent chez les sujets de sexe masculin, en particulier, chez l'enfant avec un lien statistiquement significatif ( $p=0,002$ ). L'érysipèle constituait la deuxième dermatose bactérienne (27,8%) et la sixième dermatose la plus fréquente dans notre série (3,6%), en accord avec l'étude de Kobangué *et al.*, mais avec une fréquence moins importante (10%). Pour ce qui est des mycoses, la dermatophytie était plus fréquente (34%) et était très supérieure au résultat obtenu au Mali par Mahé A *et al.* qui était de 5,9 % (17). Il n'y avait pas de lien statistiquement les hommes avec une association significative entre le sexe et la survenue de dermatophytie. Elle était suivie par le pityriasis versicolore (22%) qui prédominait chez statistiquement significative ( $p=0,001$ ).

Les dermatoses parasitaires et virales étaient moins représentées dans notre série avec respectivement 12,9% et 11,2% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs climatiques en rapport avec une variabilité sur les périodes d'étude. La fréquence, dans notre étude, des dermatoses allergiques qui venaient en deuxième position après les dermatoses infectieuses, corrobore la plupart des études anciennes menées en Afrique subsaharienne (8 ,18). Cependant, les études récentes rapportent, de plus en plus, des cas de dermatoses allergiques qui s'expliquerait par l'amélioration des conditions d'hygiène des populations, l'urbanisation grandissante mais surtout les problèmes environnementaux en particulier la pollution atmosphérique (19). Elles concernaient principalement l'eczéma (46,4%) qui constituait par ailleurs la première dermatose motivant une consultation dans notre étude. Parmi les patients qui présentaient un eczéma, 21,7% avaient une dermatite atopique et 24,7% un eczéma de contact. La prévalence de la dermatite atopique varie d'un pays à l'autre et d'une étude à l'autre (6 , 9, 10). Sa fréquence, dans notre série, était plus élevée chez la population pédiatrique avec une association statistiquement significative ( $p <0,0001$ ). La fréquence de l'eczéma de contact obtenue dans notre étude (24,7%) était supérieure à celle rapportée par Diop *et al.* à Dakar (7,2%). Il était plus fréquent chez les

hommes avec une association statistiquement significative ( $p=0,012$ ), mais sans lien statistique avec l'âge ( $p=0,147$ ).

Les dermatoses inflammatoires (18,40%) venaient en troisième position derrière les dermatoses infectieuses et allergiques et étaient essentiellement constituées par l'acné (72 %), qui représentait, par ailleurs, le deuxième motif de consultation parmi toutes les dermatoses (12,6%). Il était majoritairement présent chez les femmes avec une association statistiquement significative ( $p<0,0001$ ). Cette fréquence de l'acné dans notre étude était comparable au résultat obtenu par Arsouze *et al.* en région parisienne qui portait sur des patients de phototype foncé (13,2%) (4), et supérieure à celle de Mahé A *et al.* (8%) à Dakar (16). Cette fréquence de l'acné dans notre étude serait en rapport avec le nombre important de cas de dépigmentation (21,3%), qui, en partie, est due à l'hyperpigmentation actinique causée par la forte chaleur qui sévit à Touba où la température peut atteindre 40°C, en rapport avec la hausse globale des températures due au réchauffement climatique (20). Ces deux facteurs sont décrits comme étant associés à la fréquence de la survenue de l'acné chez la femme (21). Une fréquence similaire était également notée au Kenya dans une zone rurale (11,4%) (22). Ces différences de prévalence s'expliqueraient par un plus grand accès aux soins de santé des populations du nord par rapport à celles du sud. Le lichen plan occupait la deuxième place des dermatoses inflammatoires après l'acné (21%) et représentait 3,6 % de l'ensemble des dermatoses obtenues dans notre étude. Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre le sexe et la survenue du lichen plan ( $p=0,225$ ). La fréquence des dermatoses tumorales de 14,7%, était supérieure à celle obtenue par Seck B *et al.* au Sénégal (2,2%) (9), à celle de Mahé A *et al.* au Mali (0,5 %) (17) et à celle de Kobangué *et al.* en République Centrafricaine (6,6%) (8).

Les troubles pigmentaires liés à la dépigmentation artificielle concernaient 50,4% ( $n=65$ ) des femmes qui se dépigmentaient. L'ochronose exogène était la complication la plus fréquente dans ce groupe avec 54,5%, suivie de l'hyperpigmentation périorbitaire (27,3%). Une prévalence de 4% à 9,6% était

obtenue à Dakar, témoin de la fréquence de cette complication en Afrique, sans doute liée au rôle des rayons ultraviolets (16, 23). L'ochronose exogène était exclusivement présente chez les femmes et on notait une absence de lien entre le sexe et l'hyperpigmentation périorbitaire ( $p=0,103$ ). Les dermatoses les moins représentées étaient constituées des dermatoses irritatives (0,8%), des génodermatoses (0,6%), des maladies systémiques (0,5%) dont les 66,6 % étaient représentées par le lupus systémique qui reste par ailleurs la connectivite la plus fréquente dans la plupart des études effectuées en Afrique (24, 25). Cette moindre représentativité de ces groupes de pathologies devant les dermatoses communes était rapportée par les autres études portant sur l'épidémiologie des affections cutanées.

### Conclusion

La présente étude démontre la fréquence des affections dermatologiques en milieu rural au Sénégal avec, en tête position, les dermatoses infectieuses, suivies des dermatoses allergiques. Elle met en exergue la nécessité d'une prise en compte, dans les politiques de santé, des problèmes dermatologiques des populations des zones rurales en veillant à la disponibilité des dermatologues et au relèvement du plateau technique des structures sanitaires d'accueil.

### Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce manuscrit

### Contribution des auteurs

Conception de l'étude : Ndour Niare, Diop Assane, Ly Fatimata

Révision et validation du protocole : Diop Assane, Ly Fatimata

Recueil des données : Ndour Niare, Sarr Mamadou, Diagne Fatou, Diouf Astou, Faye Nafy

Analyse : Ndour Niare, Diop Assane

Rédaction et correction du manuscrit : Ndour Niare, Diop Assane, Diatta B A, Ly Fatimata

### Références

1. Ernst SA, Schmitz R, Thamm M. Lower Prevalence of Atopic Dermatitis and Allergic Sensitization among Children and Adolescents with a Two-Sided Migrant Background. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13:265.



2. Ajose FO. Consequences of skin bleaching in Nigerian men and women. *Int J Dermatol.* 2005;44:41-43.
3. Korsaga NN, Ilboudo L, Bado B. Andonaba JB, Barro F, Niamba P, et al. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des dermatoses observées dans un centre hospitalier régional (CHR) du Burkina Faso. *Ann Dermatol Venereol.* 2018;145:S243-244.
4. Arsouze A, Fitoussi C, Cabotin P-P. Motifs de consultation en dermatologie des sujets de peau noire d'origine africaine et antillaise : enquête multicentrique en région parisienne. *Ann Dermatol Venereol.* 2008;135:177-82.
5. Bouhamidi A, Elamrooui M, CO rhazouani, Boui M. Profil épidémiologique des affections dermatologiques en Guinée Bissau. *Ann Dermatol Venereol.* 2016 ; 143 : S34-35.
6. Fofana Y, Traore B, Dicko A. Profil épidémioclinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako (Mali). *Pan Afr Med J.* 2016; 25:238.
7. Diallo M, Dieng M. T, Kane A, Kane S, Ndiaye B, Niang S O. La prévalence des dermatoses dans les écoles coraniques à Dakar (Sénégal). *Mali med.* 2008; 23: 6-9.
8. Kobangue L, Lenguebanga F, Dibere Kamba G, Guerendo P, Togue A, Abeye J. et al. Etude transversale des affections dermatologiques au service de dermatologie et de vénérologie de Bangui, République centrafricaine. *Rev Cames Sante.* 2014;2:30-34.
9. Seck B, Ly F, Ndiaye MTD, Diouf A, Diop A, Fall F, et al. Profil épidémioclinique des affections cutanées à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar: étude portant sur 12 390 patients sur une période de 1 an. *Ann Dermatol Venereol.* 2016 ; 143 : S145.
10. Gérard F D. Afrique : géopolitique des populations d'un continent au poids démographique démultiplié. *Géostratégiques.* 2023 ; 60 : 25-51.
11. Kombaté K, Saka B, Mouhari-Toure A, Kossi Barret R, Gnassingbé W, Akakpo S, et al. Pathologie cutanée du sujet âgé en dermatologie à Lomé, Togo: étude de 325 cas. *Pan Afr Med J.* 2014;18:151.
12. Seudjip NLJ, Kakiesse MV, Musibwe A, Kasongo MF, Tshilombo MJM, Mutombo TM, et al. Panorama des dermatoses infectieuses aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, en République Démocratique du Congo. *Ann Afr Med.* 2018; 11: 1-9.
13. Traore A, Kadeba J-C, Niamba P, Barro F, Ouedraogo L. Use of cutaneous depigmenting products by women in two towns in Burkina Faso: epidemiologic data, motivations, products and side effects. *Int J Dermatol.* 2005 ; 44 : 30-2.
14. Kebe M, Yahya S, Lo B, Ball M. Artificial skin depigmentation complications in Nouakchott, Mauritania. *Mali Med.* 2015; 30 : 38-42.
15. Faye O, Keita S, Diakité FS, Konaré H D, Ndiaye Thiam H. Side effects of depigmenting products in Bamako, Mali. *Int J Dermatol.* 2005; 44 : 35-36.
16. Mahe A, Ly F, Aymard G, Dangou J M. Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol.* 2003;148: 493-500.
17. Mahé A, IA Cissé, Faye O, N'Diaye H T, Niamba P. Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol.* 1998 ; 37:673-676.
18. Ouadi Z, Boui M. Profil épidémioclinique de la pathologie dermatologique à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant. *Ann Dermatol Venereol.* 2016; 143: S316.
19. Ernst SA, Schmitz R, Thamm M, Ellert U. Lower Prevalence of Atopic Dermatitis and Allergic Sensitization among Children and Adolescents with a Two-Sided Migrant Background. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 ; 13 : 265.
20. Mendonça F. Réchauffement global et santé : aspects généraux et quelques particularités du monde tropical. *Ann. de l'Associat. Internat. de Climatologie.* 2004 ; 1 : 157-175.



21. Pitche P, Afanou A, Amanga Y, Tchangai-Walla K. Les pratiques cosmétiques dépigmentantes des femmes à Lomé (Togo). *Med Afr Noire*. 1998 ; **45** : 709-713.

22. Kiprono, S. K, Wamburu G. Acne vulgaris in general population of rural western Kenya: cross-sectional community survey. *Int J Dermat.* 2016 ; **55** (4) : 212-214.

23. Mahé A. L'ochronose exogène secondaire à l'application cosmétique de produits content de l'hydroquinone. *Med Trop*.1994; **54**: 399-401.

24. Stojan G, Petri M. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: an update. *Curr Opin Rheumatol*. 2018 ; **30** :144-150.

25. Meyer O. Lupus érythémateux systémique. *EMC-Rhumatologie-Orthopédie*. 2005 ; **2** :1-32.

Voici comment citer cet article : Niare Ndour, Assane Diop, Boubacar A. Diatta, Mamadou Sarr, Fatou Diagne Gueye, Astou Diouf, *et al.* Profil épidémiologique et clinique des affections dermatologiques vues en zone rurale dans un Hôpital public au centre du Sénégal. *Ann Afr Med* 2025; **19** (1): e6641-e6650. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.6>