

ETUDE TRANSVERSALE DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES AU SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE DE BANGUI, REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

KOBANGUÉ L¹, LÉNGUÉBANGA F², DIBÉRÉ KAMBA G¹, GUÉRÉNDI P¹, TOGUÉ A¹, ABEYÉ J³, YA-POUMANDJI B¹, NAMDITO P¹, GRÉSENGUET G³

RESUME

Introduction : Les dermatoses constituent un problème de santé publique dans les pays tropicaux où elles représentent 30% des consultations en milieu rural. Cependant, les données ne sont pas disponibles en République Centrafricaine. Ce travail avait pour but de déterminer les dermatoses fréquemment diagnostiquées en consultation du service de dermatologie de Bangui.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude transversale portant sur les dossiers de 2313 patients ayant consulté pour une dermatose du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 28 ans. Sur le plan professionnel les cadres supérieurs représentaient 6,1%, les cadres moyens 23,7%, classe défavorisée 70,2%. L'ensemble des patients avait présenté 14 groupes de dermatoses dont les principales étaient les dermatoses bactériennes et parasitaires (42,8%), les dermatoses allergiques (38,8%), les dermatoses tumorales (6,6%) et les pathologies annexielles (6,1%). Les infections bactériennes communes (51,3%) étaient les plus fréquentes, suivies des dermatoses mycosiques (33,6%), virales (16,9%), IST (1,7%). Les autres pathologies étaient dominées par les dermatoses pigmentaires (4,9%). Parmi les dermatoses annexielles, les hidradénomes représentaient (25%), les pseudo-folliculites (24,8%) et des acnés (9,9%). En outre, nous avons noté un cas de leishmaniose cutanée.

Une amélioration des conditions socio économiques et de la couverture sanitaire de la population, notamment en dermatologie est nécessaire pour réduire la prévalence de ces dermatoses.

Mots-clés : Etude affections dermatologiques, Bangui

ABSTRACT

CROSS-SECTIONAL STUDY OF SKIN DISEASES IN THE DEPARTMENT OF DERMATOLOGY AND VENEROLOGY IN BANGUI, CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

Introduction: Skin diseases are a public health problem in tropical countries where they represent 30% of consultations in rural areas. However, data are not available in Central African Republic. This work aimed to determine the frequently diagnosed in consultation with the department of dermatology and venereology in Bangui.

Materials and Methods: We conducted a cross-sectional study records 2313 patients consulting for dermatitis from January 1st, 2010 to December 31, 2011.

Results: The average age of our patients was 28 years. On a professional level executives represented 6.1%, middle managers (23.7%), favored class (70.2%). All patients had presented 14 groups of dermatoses which the main were bacterial and parasitic skin diseases (42, 8%), allergic dermatitis (38.8%), tumor dermatitis (6.6%) and adnexal pathologies (6.1%). Common bacterial infections (51.3%) were the most frequent, followed by fungal dermatitis (33.6%), viral (16.9%), IST (1.7%). Other pathologies were dominated by pigmentary dermatoses (4.9%). Among adnexal dermatoses, hidradenomas represented (25%), pseudo-folliculitis (24.8 %) and acne (9.9%). In addition, we noted a case of cutaneous leishmaniasis.

Improved socio-economic conditions and the health coverage of the population, especially in dermatology is needed to reduce the prevalence of these dermatoses.

Keywords: Dermatological study, skin diseases, Bangui

1- Service de Dermatologie et de Vénérologie du CNHU de Bangui ; B.P :911 Bangui ; Tél : (236) 21 61 64 83 ; Email : cnhub@yahoo.fr

2- Service de médecine, Hôpital Communautaire de Bangui.

3- Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui.

Auteur correspondant : Docteur Léon KOBANGUE, Tél : (236) 75 50 58 88,
Email : kobangleon@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les dermatoses constituent un problème de santé publique majeur dans les pays tropicaux où elles représentent 30% des consultations en milieu rural [1]. Dans ces pays, la dermatologie comporte toutes les affections rencontrées dans les climats tempérés en plus de certaines maladies graves liées à l'environnement et à la précarité des conditions socio-économiques (lèpre, onchocercose, leishmaniose etc.) [2,3]. Pourtant la moitié de ces pays n'ont pas assez de dermatologues ; ce qui occasionne une faible couverture en soins de la peau [1]. Selon la localisation rurale ou urbaine, les étiologies des dermatoses sont différentes. La richesse de la dermatologie sous les tropiques tient non seulement à la fréquence élevée des dermatoses cosmopolites mais aussi à l'existence d'affections cutanées originales [3]. Malgré le caractère anodin de la plupart de ces affections cutanées, leur prise en charge efficace est nécessaire pour éviter un certain nombre d'incidents : récurrence chez un même malade, extension des lésions infectieuses, propagation de l'infection dans une petite collectivité et survenue de complications générales (septicémie, glomérulonéphrite) [2]. Par ailleurs, une étude faite au Mali a montré que le diagnostic des dermatoses était fait dans 40% des cas, et qu'à peu près la moitié des ordonnances médicales procurées étaient inappropriées [2]. Elles avaient tendance à être chères soit environ 4 dollars US de plus par ordonnance. Plusieurs enquêtes dans les services dermatologiques spécialisés en milieu tropical ont également montré que les trois types de dermatoses les plus fréquentes étaient la gale, les mycoses et les pyodermites [4]. L'absence de données antérieures relatives à l'étude des dermatoses en République Centrafricaine justifie cette étude sur les affections cutanées dont le but était de déterminer les dermatoses les plus fréquentes diagnostiquées au Centre National Hospitalo-Universitaire de Bangui (CNHUB).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale couvrant la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011 soit 2 années. La population était constituée des patients de tout âge et des deux sexes consultant en dermatologie pendant la période de l'étude. Étaient inclus, tout patient présentant une dermatose. Étaient exclus les dossiers non exploitables. Les données étaient collectées sur des fiches individuelles à partir des fiches de consultation et comportaient des variables socio-démographiques (âge, sexe, statut socio-professionnel, provenance), cliniques (antécédents médicaux, diagnostic clinique) et biologiques (Sérologie VIH). Les données ont été saisies et analysées sous Epi info 2000 version 3.2.2 et les graphiques sous Excel 2003. Les analyses étaient essentiellement descrip-

tives. Pour les analyses bivariées, les différences ont été considérées comme statistiquement significatives pour $p \leq 5\%$. Le test Khi2 a été utilisé à cet effet.

RÉSULTATS

Durant la période de l'étude, 2313 dossiers avaient été retenus. L'âge des patients variait de 0 à 85 ans, avec une moyenne de 28 ans. La tranche d'âge de 25-34 ans (23,3%) était la plus représentée suivie par celle des patients de moins de 15 ans à (23%). Nous avons noté 1211 patients de sexe masculin soit 52,4% et 1102 patients de sexe féminin soit 47,6%. Le sex-ratio H/F était de 1,1. Sur le plan professionnel, les cadres supérieurs représentaient 6,1%, les cadres moyens 23,7%, les étudiants, les élèves, les enfants pré-scolarisés (43,3%) classe défavorisée (ouvriers, manœuvres, sans emploi) 26,9%. Par rapport à la provenance, la majorité des patients résidaient à Bangui (88,4%) contre 11,6% venant des provinces. Dans les antécédents, les produits éclaircissants ont été retrouvés dans 42,1% des cas, l'atopie (54,2%), l'infection par le VIH (13,3%), les IST (0,6%) et autres pathologies (diabète, maladie de Basedow, hernie, pneumopathies etc) 12,9%. Le tableau I présente la répartition des dermatoses selon les groupes étiologiques. Sur le plan clinique les principales affections diagnostiquées étaient les dermatoses infectieuses (42,8%) et allergiques (38,8%). Les moins fréquentes étaient les connectivites (0,3%). Parmi les dermatoses infectieuses, les infections bactériennes communes (51,3%) étaient les plus fréquentes, suivies des dermatoses mycosiques (33,6%), virales (16,9%) et les IST (1,7%). Les mycobactérioses (0,3%) étaient peu fréquentes.

Tableau I : La fréquence des dermatoses par groupes étiologiques

Nature des dermatoses	Effectif	Pourcentage
Dermatoses infectieuses	989	42,8
Dermatoses allergiques	898	38,8
Dermatoses tumorales	153	6,6
Pathologies sébacées	141	6,1
Dermatoses pigmentaires	113	4,9
Affections acquises du derme et de l'hypoderme	80	3,5
Dermatoses érythémato-squameuses	74	3,2
Pathologies pilaires	70	3,0
Dermatoses cosmétiques	56	2,4
Pathologies unguéales	54	2,3
Pathologies sudorales	33	1,4
Dermatoses bulleuses	6	0,3
Collagénoses	5	0,2

Tableau II : Répartition des dermatoses parasitaires en fonction des tranches d'âge.

Dermatoses parasitaires	≤14 ans (N=78)		15-24ans (N=71)		25-34 ans (N=81)		35-44 ans (N=70)		45 ans et +(N=88)		Total (N=388)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gale humaine	76	97,4	61	85,9	69	85,2	57	81,4	78	88,6	341	87,9
Filarioses	0	0	8	11,3	11	13,6	13	18,6	9	10,2	41	10,6
Pédiculoses	2	2,6	2	2,8	1	1,2	0	0	1	1,1	6	1,5

Le tableau II présente la répartition des patients selon les types de dermatoses parasitaires et l'âge. Il apparaît que la gale était l'affection parasitaire la plus courante et statistiquement associée à l'âge ($p \leq 0,036$). La filariose était importante dans la tranche de 35-44 ans et également statistiquement associée à l'âge ($p \leq 0,005$). La leishmaniose représentait 4,3% des parasitoses, l'onchocercose (70, 7%) et la bancroftose (24,4%). Les dermatophytoses étaient les mycoses les plus rencontrées avec 52,1% des cas suivies par les candidoses (28%) et le pityriasis versicolore (22,3%). Parmi les dermatophyties, la dermatophytie circinée représentait (70,5%) suivie par les teignes du cuir chevelu (27,2%) et les intertrigos mycosiques plantaires (6,4%). Toutes les dermatophyties étaient statistiquement associées à l'âge. Ainsi, la dermatophytie circinée et la teigne étaient liées au jeune âge ($p \leq 0,001$) alors que les pieds d'athlètes touchaient les sujets plus âgés ($p \leq 0,005$). Parmi les viroses vésiculeuses, le zona venait en tête avec 45,1% des cas, suivi par l'herpès viral (39%) et la varicelle (15,9%). On notait une prédominance d'herpès viral chez les 25-34 ans (50%) et de zona chez les 35-44 ans (66,7% des cas). Les dermatoses virales papulo-tumorales étaient dominées par les condylo-mes acuminés (29,4% des cas), verrues vulgaires (22,4%), molluscum contagiosum (22,4%), verrues planes (17,6%) et verrues plantaires (11,8%). Seul le condylome acuminé était associé aux tranches d'âge de 15 à 44 ans ($p \leq 0,001$). Les dermatoses bactériennes communes étaient dominées par les impétigos (49,2%), suivis des folliculites superficielles (27,5%), furoncles (10,8%), érysipèle (10%), sycosis (6,7%). L'impétigo ($p \leq 0,001$), l'érysipèle ($p \leq 0,001$) était lié au jeune âge tandis que le sycosis était statistiquement lié à l'âge avancé ($p \leq 0,001$). La dermatite atopique était la dermatose allergique la plus rencontrée (40,8% des cas d'allergies). Elle était suivie par les eczématides et dermites séborrhéiques (21,5%), les eczémas de contact (14,3%), les dermites de stase eczémas (12,5%), les urticaires (12,5%) et les prurigos (11%). Les acnés étaient retrouvées dans 21,7% des cas. Les tumeurs bénignes représentaient 52,3% des dermatoses tumorales avec une prédominance des hydradénomes (25%) et du dermatosis papulosa nigra (17,5%). Les tumeurs malignes et pré-néoplasiques, quant à elles, étaient plus représentées par la maladie de Kaposi (89% des cas) qui était suivi par les kératoses actiniques (4,1%), le mélanome malin

(4,1%), le carcinome épidermoïde (2,7%) et le carcinome basocellulaire (1,4%).

DISCUSSION

Comme limites, ce travail est une étude rétrospective ; le recueil des données n'a pas été exhaustif du fait des informations manquantes. Dans notre contexte de travail, les malades que nous avons pu recenser ne reflétaient que partiellement la prévalence des dermatoses : les problèmes économiques et d'infrastructure ont limité l'accès des populations à des soins spécialisés. Cependant, cette étude nous a permis, malgré ces limites, d'aborder les aspects épidémiologiques des patients et d'identifier les différents types d'affections cutanéomuqueuses en mettant l'accent sur les plus fréquents. Sur le plan épidémiologique, les tranches d'âge les plus représentées étaient celles des enfants de moins de 15 ans et la tranche de 25 à 34 ans. Le sex ratio était de 1,1 en faveur des hommes. Ce constat a été remarqué par d'autres auteurs africains comme Barro-Traoré [5] au Burkina Faso. La majorité des patients résidaient dans la ville où est implanté le service de dermatologie. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients souffrant de dermatoses en province font rarement l'objet d'évacuation sur Bangui. Par ailleurs, il était possible que certains patients venant des provinces aient été par erreur enregistrés dans les quartiers de Bangui. Le statut socio-professionnel influence souvent la survenue des dermatoses. Les étudiants, les élèves, les enfants pré-scolarisés (43,3%) et les classes défavorisées (26,9%) représentaient la majorité des cas contre 6,1% pour les cadres supérieurs. Les classes plus aisées bénéficient des conditions d'hygiène meilleures les protégeant contre les pathologies infectieuses et parasitaires. Plusieurs maladies internes, métaboliques ou immunitaires font souvent le lit ou sont causes de dermatoses [6,7,8]. Dans les antécédents des patients, 13,3% étaient séropositifs au VIH. Il est connu que l'infection à VIH fait le lit de plusieurs dermatoses notamment infectieuses [9]. Des pratiques cosmétiques ou l'application répétée de certains topiques comme les corticoïdes favorisent souvent les dermatoses [10]. Il apparaît que 21,9% des malades avaient utilisé des produits éclaircissants à l'hydroquinone et 20,3% les dermocorticoïdes. Ainsi, l'apparition des accidents des pratiques de dépigmentation cutanée par des cosmétiques se-

rait en augmentation croissante à Bangui comme dans certaines villes d'Afrique Sub-saharienne telles que Bamako [10] et Dakar [11]. Comme plusieurs enquêtes en milieu tropical [2], les dermatoses infectieuses et parasitaires étaient les plus fréquentes dans notre étude (51,3%). Cette fréquence était aussi élevée que celle retrouvée par Mahé et al [2] au Mali qui était de 42% ; ceci s'expliquerait par le fait que les mauvaises conditions d'hygiène en milieu tropical favorisent les infections et parasitoses cutanées. La gale était la parasitose dominante. En effet, selon Bobin [12] et Kouékè [13], la scabiose est l'ectoparasitose la plus fréquente en Afrique. Nous avons également noté 1 cas de leishmaniose dans cette série (soit 4,3%). Cependant, Kéita et al [14] avaient noté 251 cas de leishmaniose soit 78% de parasitoses cutanées au Mali dans leur étude. En République Centrafricaine, Kassa-Kélémbho et al [15] avaient également attiré l'attention sur cette parasitose dans le pays en 2003. La fréquence des maladies parasitaires dans les zones tropicales et subtropicales est liée aux conditions climatiques et écologiques et surtout socio-économiques précaires qui favorisent l'insalubrité et la promiscuité. L'herpès circiné était la première dermatophytose avec 70,5% des cas. Ndiaye et al [11] ont noté que les dermatophyties circinées de la peau glabre étaient le premier motif de consultation de mycoses dans leur service soit 9% des 4800 consultations externes annuelles. Ceci démontrait l'importance de cette pathologie dans nos milieux. La teigne du cuir chevelu avait une prédilection pour les enfants de moins de 15 ans soit 75,9% des cas. Il existait un lien statistiquement significatif ($p < 0,001$) entre la teigne et l'âge. La teigne constitue la pathologie fongique la plus fréquente de l'enfant [16]. Les mycoses cutanées étaient favorisées par la chaleur, la macération et l'insuffisance d'hygiène. Dans notre série, les pyodermes étaient constituées essentiellement de l'impétigo (49,2%) et des folliculites (27,5%). L'importance des pyodermes sous les tropiques a été rapportée par Bobin [12] et Pierad et al [17]. Elle était favorisée par une hygiène déficiente et des conditions socio-économiques précaires. En plus, nous avons recensé 10 cas d'érysipèle de la jambe dans l'étude. Son taux croissait avec l'âge ($P < 0,001$) pour atteindre un pic dans la tranche d'âge de 45 ans (38,5%). Cette donnée observée sur l'érysipèle était semblable à celle de Bonnet et al [18] en France qui avaient remarqué que la maladie s'observait le plus souvent chez l'adulte après 40 ans, avec un âge moyen de survenue vers 60 ans. Thierno et coll [19] au Sénégal avaient noté une prévalence élevée de dermohypodermite bactérienne (10%) parmi les malades hospitalisés en dermatologie. Nous n'avons pas recherché les facteurs favorisants. La dermatite atopique était la plus fréquente des dermatoses allergiques avec 40,8% de cas dans l'étude. Selon Thomas et al [20], la dermatite atopi-

que est l'expression cutanée d'un état atopique et environ 70% des patients peuvent avoir un antécédent familial d'asthme, de rhume des foins et d'eczéma. Ainsi, 54,2% de nos patients qui avaient déclaré leurs antécédents avaient un antécédent d'atopie. La tranche d'âge la plus touchée était celle des enfants de moins de 15 ans avec 58,3% de cas. L'atopie était statistiquement liée à l'âge ($p < 0,001$). Nous avons noté que la tranche d'âge de 25 à 35 ans était la plus affectée après l'enfance par la dermatite séborrhéique et autres eczématides soit 24,9%. D'après certains auteurs [16], ce sont des dermatoses de l'enfance. Les tumeurs bénignes comme l'hydradénome (25%), le dermatosis papulosa nigra (17,5%) constituaient uniquement un problème esthétique. Dans notre série, les cancers cutanés représentaient 47,7% de l'ensemble des tumeurs. Cette fréquence était nettement supérieure à celles observées par Ndiaye et al [11] à Dakar (4%), Barro Traoré et al [5] au Burkina (3,5%) et de Adégbidi et al [21] à Cotonou (1,5%); la différence serait-elle liée à l'épidémie de la maladie de Kaposi dans le pays? La fréquence de cette maladie était en effet élevée dans notre série (89% des tumeurs malignes) ; les résultats de Barro Traoré et al (80,6%) étaient très similaires au nôtre. L'infection à VIH était retrouvée chez 91,5% des patients présentant la maladie de Kaposi. La majorité des cas de cette affection était donc de forme épidémique contrairement au constat de Hira et al [3]. Les carcinomes survenaient après 15 ans. Ces données n'étaient pas comparables à celles de la littérature où l'âge moyen était de 35 à 45 ans [4,18]. La fréquence des carcinomes basocellulaires dans notre travail (1,4%) était proche de celle habituellement retrouvée chez le noir africain (2 à 16%) [20,22]. Le taux des carcinomes spino-cellulaires était faible dans notre étude : 2,7% de tous les cancers cutanés contre 8,3% au Burkina Faso Barro-Traoré et al [5], 39% chez Datubo [23] au Nigéria sur une période de 3 ans. La différence serait-elle liée au problème de référence des malades entre le service de dermatologie et de chirurgie ? Nous avons trouvé 3 cas (4,1%) de mélanome pendant cette période. Quatre cas ont été retrouvés en 15 ans par Pitché et al [24] à Lomé, 1 cas en 10 ans à Cotonou [21] et 2 cas en 3 ans au Sénégal [11]. Cependant, Barro-Traoré et al [5] n'en avaient pas noté dans leurs études au Burkina Faso. Dans notre étude, nous avons noté 33 cas de folliculites contre 2 cas chez les femmes. De même Kelly [25] avait retrouvé 5 cas chez les hommes contre 1 cas chez les femmes. Cependant, Adégbidi et al [21] avaient noté l'inexistence de ces folliculites chez les femmes dans leur série. Il y avait une association statistiquement significative entre le sexe et les folliculites chéloïdiennes ($p < 0,001$). Ceci s'expliquait évidemment par le fait que les hommes se rasaient plus fréquemment que les femmes. Les acnés étaient retrouvées dans 21,7% de cas dans

notre série alors que Traoré et al [26] au Burkina Faso avait retrouvé 50,4% de cas dans son étude. Cette différence était probablement liée à la différence de la taille d'échantillon (125 femmes dans l'échantillon burkinabé).

CONCLUSION

Cette étude transversale avait pour but de déterminer les dermatoses les plus fréquentes diagnostiquées au Centre National Hospitalo-Universitaire de Bangui (CNHUB). La plus part de nos patients était des adultes jeunes, plus représentés par les classes sociales défavorisées. En outre, l'étude a permis d'identifier les principaux types d'affections dermatologiques rencontrées pendant cette période dans le service et qui étaient dominées par les infections suivies des allergies. Nos résultats étaient identiques à ceux des travaux réalisés dans les pays tropicaux avec, cependant, une forte proportion de la maladie de Kaposi épidémique et de pseudo-folliculites chéloïdiennes. Par ailleurs l'existence de la leishmaniose cutanée dans le pays a été confirmée. Une amélioration des conditions socio-économiques et de la couverture sanitaire des populations est nécessaire pour réduire la prévalence de ces dermatoses.

REFERENCES

1. Basset A, Liautaud B, diaye B. Dermatologie de la peau noire, Paris Editions MEDS 1986 ; 1 :115
2. 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.
3. Hira S.K, Wardhawan D, Kamanga J. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency in Lusaka, Zambia. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1988; 19: 451
4. Napo-Koura G, Pitché P, Kpodzro K, Tchangai-walla K. Carcinomes cutanés primitifs chez l'Africain noir. Rétrospective de 275 cas histologiquement diagnostiqués au Togo. *Nouv Dermatol* 1996 ; 15 : 605-606
5. Barro-Traoré F, Adama Traoré, Koaté I, Traoré S, Sawadogo Oumar N, Sanou I, Soudré B.R, Heid A, Grossshans A. Epidemiological features of tumors of the skin and mucosal membranes in the department of dermatology at the Yalgado Ouedraogo National Hospital, Ouagadougou, Burkina Faso. *Cahier d'étude et de recherche francophones/Santé* 2003;13 (2):101-114.
6. Francès C. Glandes endocrines. Glandes endocrines. In Saurat, E Grossshans, P Laugier, J-M Lachapell, D Lipsker, L Thomas, J-P Lacour, J-M Naeyaert, D Salomon, R Braun. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4è Ed Masson, Paris 2004 ; 929-936
7. Chevrant-Breton J. Maladies métaboliques. Maladies métaboliques. In Saurat, E Grossshans, P Laugier, J-M Lachapell, D Lipsker, L Thomas, J-P Lacour, J-M Naeyaert, D Salomon, R Braun. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4è Ed Masson, Paris 2004 ; 937-940
8. Piquet V, Saurat J-H. Déficits immunitaires. In Saurat, E Grossshans, P Laugier, J-M Lachapell, D Lipsker, L Thomas, J-P Lacour, J-M Naeyaert, D Salomon, R Braun. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4è Ed Masson, Paris 2004 ; 949-951
9. Pitché P, Tchangai Walla, Gado N.P.K, Moustapha M, Abdou A, Agbi T. Prévalence des manifestations dermatologiques au cours du SIDA au Centre Hospitalo-Universitaire de Lomé-Tokin(Togo). *Cahiers Santé* 1995 ; 5(6) : 349-52
10. Mahé A, Blanc L, Halna J.M, Kéita S, Sanogo T, Bobin P. Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentant par les femmes de Bamako (Mali). *Ann Dermatol Vénérol* 1993; 120: 870.
11. Ndiaye B, Dieng M.T, Develoux M. Profil de la pathologie cutanée et vénérologique au Sénégal, *Nouv. Dermatol.* 1991 ; 10-11
12. Bobin P. *Dermatologie africaine (Afrique de l'Ouest)*. Objectif Peau 1996 ; 4 :241-244
13. Kouéké P. *Dermatologie africaine (Afrique Centrale)*. Objectif Peau 1996 ; 4 245-250
14. Keita S, Faye O, Ndiaye HT, Konaré HD. Epidémiologie et polymorphisme clinique de la leishmaniose cutanée observée au CNAM (ex-Institut Marchoux), Bamako, (Mali), *Mali Médical* 2003 ; 18 (1) : 29
15. Kassa- kélémbho E, Kobangué L, Heurre, Morvan J.M. Premier cas de leishmaniose cutanée d'importation à Bangui en République Centrafricaine: efficacité du métronidazole. *Med Trop* 2003 ; 63-66
16. Touraine R, Revuz J. *Dermatologie clinique et vénérologie*. 4è édition Masson,1991: 1-339
17. Pierard G.E, Caumes E, Franchimont C, Estrada J.A. *Dermatologie tropicale*. Editions de l'Université de Bruxelles/AUPELF,1993 :632 p.
18. Bonnet Blanc J.M, Bernard P. Grosse jambe rouge. *Ann dermatol vénérol* 2002 ; 129 : 2S170-2S175
19. Mame Thierno Dieng, Bassirou Ndiaye. Dermo-hypodermite bactérienne et dépigmentation. A propos de 60 cas observés au Sénégal. *Nouv Dermatol* 2001; 20: 630-632
20. Thomas J, Lawley R, Swerlic A. Pathologie cutanée. In: Harrison TR. *Principe de la médecine interne*. 5è éd française Paris , Médecine Sciences Publication 1995 ; 320-327.
21. Adégbidi H, Atadokpédé F, Do Ango-Padonou and Yédémon H. eloid acne of the nek: epidemiological studies over 10 YEARS. *Int J Dermatol.* 2005; 44: 49-50.
22. Kobangué L, Djounda M, Gbatoumba V, Lénguébanga F, Djabanga S.C, Guéréndo P, Koffi B. Cancers de la peau en Centrafrique: aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques. *Rev CAMES-A* 2012 ;13(2) :147-151
23. Datubo-Brown DD. Primary malignant skin tumors in Nigerians. *J Nat Med Assoc* 1991; 83:345-350.
24. Pitché P, Tchamamdja S, Napo-Koura G, Bakonde P. Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé (Togo). *Med Afr Noire*1997; 44:15-7
25. Kelly A.P. Acne keloidalis nuchae. *Med Dermatology* 2004; 6: 40-45
26. Traoré A, Kadéba J.C, Niamba P, Barro Fatou, Ouédraogo 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: 30-32