

Cadre stratégique de l'Organisation mondiale de la Santé pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée

Michele Murdoch

Co-éditrice, Community Skin Health ; présidente, groupe transversal sur la peau du réseau des ONG sur les maladies tropicales négligées (Neglected Tropical Disease NGO Network Skin Cross Cutting Group : NNNSCCG)

Auteur correspondant : michele.murdoch@nhs.net

Conflits d'intérêts Les membres du NNNSCCG ont contribué à la rédaction du cadre stratégique pour les maladies à manifestation cutanée. L'auteure est co-rédactrice en chef de Community Skin Health

Mots-clés : Organisation mondiale de la Santé ; peau ; maladies tropicales négligées.

En juin 2022, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé l'initiative suivante : *Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : Cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée*¹ Cet important document d'orientation vise à bénéficier au milliard ou plus de personnes exposées au risque ou affectées par des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (MTN cutanées). Il s'appuie sur plusieurs initiatives antérieures dont, en particulier, *Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2023*², lancée par l'OMS en 2020 et à laquelle ce cadre stratégique pour la peau sert désormais de document d'accompagnement. Parmi les travaux antérieurs, on peut citer la publication d'un manuel de formation destiné aux agents de santé de première ligne pour les aider à reconnaître les maladies tropicales en observant les manifestations cutanées³, l'évolution de ce manuel vers une application mobile de diagnostic⁴ et l'intégration ultérieure avec SkinApp (de NLR, No Leprosy Remains) pour créer l'actuelle application Skin NTDs de l'OMS.

Les MTN sont des maladies largement endémiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et qui touchent souvent les populations des zones rurales isolées. Jusqu'à présent, elles ont été largement « négligées », non seulement par les services de santé publique dans les pays concernés, mais aussi au niveau mondial dans le domaine de la recherche et du développement de médicaments. Les MTN cutanées sont des affections

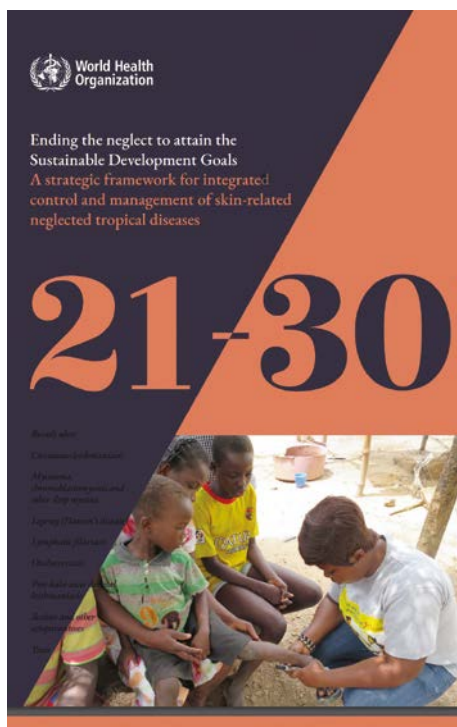


Fig. 1. Couverture de *Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

qui se manifestent par des signes et des symptômes dermatologiques. Au moins 10 des 20 MTN actuellement considérées comme prioritaires par l'OMS entraînent des altérations cutanées avant l'apparition de manifestations internes ou

Appli Community Skin Health

L'appli CSH est disponible pour iOS et Android.

Chaque numéro est désormais accessible à portée de main et vous pouvez rechercher les sujets d'actualité, mettre vos articles préférés en favori et recevoir le dernier numéro directement sur votre téléphone.



de handicaps physiques. La liste des MTN cutanées comprend le pian, la lèpre, l'onchocercose, la filariose lymphatique, l'ulcère de Buruli, la leishmaniose (cutanée, viscérale et dermique post-kala-azar), les mycétomes, les chromoblastomycoses et les mycoses profondes, ainsi que la gale et d'autres ectoparasites.

Historiquement, les divers programmes de lutte contre les MTN ne ciblaient généralement qu'une seule maladie spécifique, mais les manifestations cutanées sont souvent facilement visibles, ce qui

Suite au verso...

Contenu

17 Cadre stratégique de l'Organisation mondiale de la Santé pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée
Michele Murdoch

19 Tungose
Lynne Elson, Hermann Feldmeier et Ulrike Fillingner

24 Acro-ischémie chez un patient atteint du COVID-19 et de méningococcémie : une énigme diagnostique dans un contexte de ressources limitées S. O. Oiwoh, S. T. Orugun, S. Abayomi, O. Ilori, O. Sayomi et A. O. Akinboro

27 Point de vue personnel : santé et dignité pour les personnes atteintes d'albinisme Mafalda Soto Valdés

30 Troisième Sommet mondial de la peau de l'ILDS

31 Postuler pour DermLink 2023

Cadre stratégique de l'Organisation mondiale de la Santé pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée...suite



Fig. 2. Siège de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève.

offre une occasion unique d'intégrer divers aspects des soins pour plus d'une MTN à la fois, de manière plus efficace et plus économique. Les domaines pouvant être intégrés comprennent la surveillance et la gestion des données, la formation du personnel, le diagnostic clinique et de laboratoire, le traitement des plaies et des lymphoedèmes, le traitement (l'administration de masse de médicaments et la gestion individuelle des cas) ainsi que la prévention et la gestion des handicaps et l'atténuation de la stigmatisation. Une autre caractéristique principale du cadre est la reconnaissance du fait que d'autres affections cutanées courantes, comme les infections fongiques superficielles, l'impétigo, l'eczéma et l'acné, représentent plus de 80 % du fardeau des maladies cutanées dans les régions où les MTN sont endémiques.^{6,7} Cibler ces affections courantes, ainsi que les MTN à manifestation cutanée contribuera à réduire la stigmatisation et à améliorer l'acceptation de ces projets au sein des communautés.

Il est largement admis que la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes atteintes de MTN cutanées sont le fait non seulement des autres membres de la communauté, mais parfois même aussi des agents de santé. La stigmatisation associée aux MTN cutanées peut dissuader les patients de rechercher une aide médicale précoce, ce qui entraîne des handicaps

et des déformations et aggrave la pauvreté. Le cadre stratégique pour les maladies cutanées met l'accent sur les soins centrés sur la personne afin d'encourager une intervention précoce pour réduire la stigmatisation, améliorer les services de santé locaux, développer des réseaux d'assistance aux patients et permettre aux malades de continuer à vivre dans leur communauté et d'exercer une activité professionnelle rémunérée.

La feuille de route 2021-2030 de l'OMS fixe plusieurs objectifs ambitieux pour certaines MTN d'ici à 2030. Parmi les exemples d'objectifs relatifs aux MTN cutanées, on peut citer l'éradication du pian dans 100 % des pays endémiques et l'élimination (interruption de la transmission) de la lèpre dans 62 % des pays endémiques.² Le défi actuel auquel font face les pays endémiques est de parvenir à adapter et à intégrer les recommandations du cadre dans leurs programmes de santé nationaux et à renforcer leurs capacités. En incluant les soins pour les affections cutanées générales courantes, ainsi que pour les MTN cutanées, ils s'efforceront de parvenir à la « santé de la peau pour tous ».

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée*. OMS, 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051423> (dernier accès le 14 novembre 2022).
2. Organisation mondiale de la Santé. *Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : une feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030*. OMS, 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338565> (dernier accès le 14 novembre 2022).
3. Organisation mondiale de la Santé. *Comment reconnaître les maladies tropicales négligées selon les altérations de la peau : guide de formation à l'usage du personnel sanitaire de première ligne*. OMS, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723> (dernier accès le 14 novembre 2022).
4. Organisation mondiale de la Santé. *Maladies tropicales négligées à manifestation cutanée : L'OMS lance une application mobile pour faciliter le diagnostic*. Disponible sur : <https://www.who.int/news/item/16-07-2020-neglected-tropical-diseases-of-the-skin-who-launches-mobile-application-to-facilitate-diagnosis> (dernier accès le 14 novembre 2022).
5. NLR. *L'Organisation mondiale de la Santé adopte SkinApp de NLR*. Disponible sur : <https://nlrinternational.org/news/nlrs-skinapp-embraced-by-world-health-organization/> (dernier accès le 14 novembre 2022).
6. Mey S, Fuller LC, Bendick C. The impact of skin disease on patients in Cambodia – a survey and simple needs assessment. *Community Dermatol J* 2015; **11**:21–6.
7. Yotsu RR, Kouadio K, Vagamon B *et al*. Étude de la prévalence des maladies de la peau chez les écoliers des zones rurales de Côte d'Ivoire : implications pour l'intégration des maladies négligées à manifestation cutanée (MTN cutanées). *PLoS Negl Trop Dis* 2018; **12**:e0006489.

SOINS INFIRMIERS AU CMD

Tous les quatre ans, le Congrès mondial de dermatologie (CMD) sert de point de convergence à la communauté internationale des dermatologues, qui se réunissent pour discuter, débattre et apprendre. Le CMD2023 se tiendra à Singapour et réunira des agents de santé et des scientifiques du monde entier afin de faire progresser la spécialité pour fournir les meilleurs soins et traitements possibles aux personnes atteintes de maladies de la peau.

Les soins infirmiers participent au Congrès mondial depuis l'édition de 2007 à Buenos Aires, en Argentine, lorsque nous avons retransmis l'événement en direct, ce qui était une première et a fait de la communauté infirmière un acteur permanent du Congrès mondial de dermatologie. À Singapour, la réunion sur les soins infirmiers se tiendra le lundi 3 juillet 2023, organisée par le British Dermatological Nursing Group (BDNG). Le thème de la réunion sur les soins infirmiers est « Innovations en matière de soins pour les populations difficiles à atteindre », définies comme des groupes de personnes (ou des individus) qui rencontrent des difficultés pour accéder aux soins. Ces difficultés s'expliquent par des raisons extrêmement variées, pouvant être d'ordre géographique, économique, physique, psychologique ou social. Le personnel infirmier est bien placé pour aider les patients à accéder aux soins et nous sommes convaincus que cette réunion mettra en lumière de nombreux exemples de bonnes pratiques.

Si vous souhaitez soumettre une proposition de communication, veuillez contacter Susan Maguire à l'adresse suivante : susan.maguire@bdng.org.uk

Rebecca Penzer-Hick, Présidente du BDNG.

Lynne Elson^{1,2}, Hermann Feldmeier,³ Ulrike Fillinger⁴

¹Institut de recherche médicale du Kenya (Kenya Medical Research Institute: KEMRI)-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya.

²Centre pour la médecine tropicale et de santé mondiale, Département de médecine Nuffield, Université d'Oxford, Royaume-Uni.

³Institut de microbiologie, de maladies infectieuses et d'immunologie, Charité University Medicine, Berlin, Allemagne.

⁴Centre international de physiologie et d'écologie des insectes (icipe), thème de la santé humaine, Nairobi, Kenya.

Auteur correspondant : lelson@kemri-wellcome.org

Conflits d'intérêts Aucun.

Financement : L.E. a bénéficié d'un Wellcome Trust Career Re-Entry Fellowship (numéro de subvention 213724/Z/18/Z). Ce travail a été rédigé avec l'autorisation du directeur du KEMRI-CGMRC. U.F. a été soutenu par l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (Sida : Swedish International Development Cooperation Agency), la Direction du développement et de la coopération (DDC) suisse, la République fédérale démocratique d'Éthiopie et le gouvernement de la République du Kenya, grâce au financement de base de l'icipe.

Mots-clés : Tungose, *Tunga penetrans*, Jiggers.

Points clés d'apprentissage :

1. La tungose est une parasitose cutanée causée par les puces de sable femelles, dont les œufs, les larves et les nymphes se développent en dehors de l'hôte dans le sol sec, principalement à l'intérieur des maisons.
2. La puce femelle s'enfonce dans la peau, principalement celle des pieds, et se développe rapidement, provoquant des douleurs et des démangeaisons considérables et, par la suite, des difficultés à marcher, à dormir et à se concentrer.
3. Il n'existe actuellement aucun traitement efficace et sûr dans les zones endémiques, mais les produits à l'étude comprennent les huiles à base de diméticone (NYDA®), les huiles de neem et de coco et le benzoate de benzyle.
4. La prévention passe par l'imperméabilisation des sols, le lavage quotidien des pieds avec du savon, l'utilisation d'insectifuges comme l'huile de coco et l'éloignement des animaux des maisons et des lieux de repos des humains.

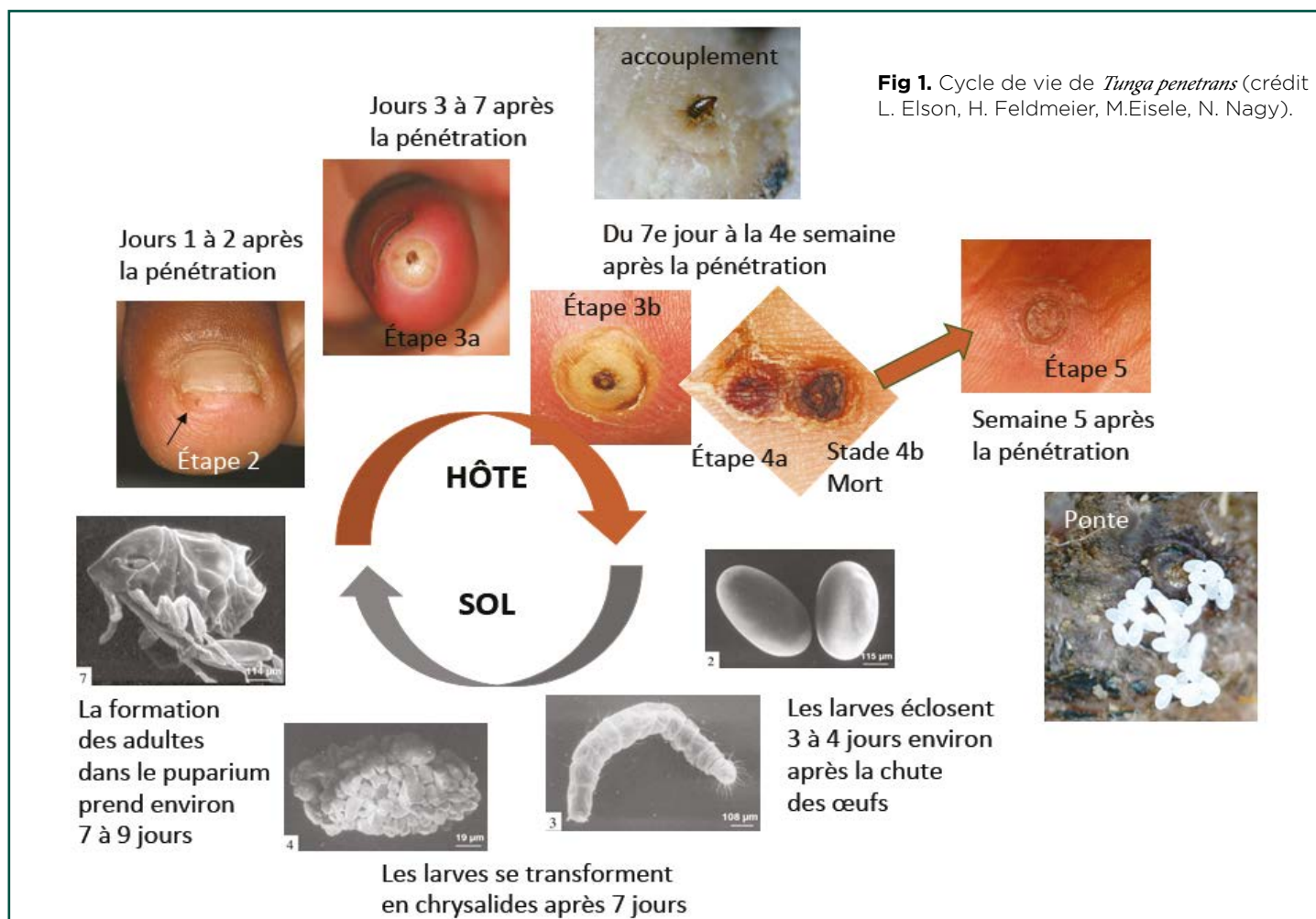


Fig 1. Cycle de vie de *Tunga penetrans* (crédit L. Elson, H. Feldmeier, M.Eisele, N. Nagy).

Suite au verso...

N. B. : Des informations pédagogiques supplémentaires sur la tungose sont disponibles sur le site web openwho.org : <https://openwho.org/courses/NTDs-tungiasis>

Introduction

La tungose est une maladie cutanée ectoparasitaire causée par une puce de sable de l'ordre des siphonaptères, *Tunga penetrans*, la plus petite puce connue, d'une longueur de 1 mm.¹ La puce femelle adulte s'enfonce dans la peau de l'hôte, le plus souvent la peau des pieds, mais elle peut se loger dans n'importe quelle partie du corps. Elle touche principalement les communautés marginalisées aux ressources extrêmement limitées, en Amérique centrale et du Sud, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne.²

Cycle de vie

Une fois que la puce femelle adulte a pénétré dans la peau, elle se nourrit du sang de son hôte et grandit rapidement, multipliant sa taille par 2 000 en 7 jours, tandis que les œufs se développent dans l'abdomen¹ (Fig. 1, au verso). À ce stade, le mâle vivant en liberté se reproduit avec les femelles enfoncées dans la peau, et se nourrit du sang sur le même hôte, et continue ensuite à chercher d'autres femelles pour se reproduire.

La femelle pond plus de 100 œufs au cours des trois semaines suivantes, puis meurt. À la cinquième semaine, le corps de la puce est expulsé de la peau par des mécanismes de réparation cutanée, s'il n'a pas été retiré plus tôt par l'hôte.¹ Les œufs sont expulsés de la peau par une ouverture maintenue par la puce, par laquelle elle respire et défèque également. (Une femelle qui n'est pas accouplée pondra quand même des œufs, mais les larves n'éclorent jamais.³ Cela peut être le cas lorsqu'un voyageur est infecté dans une zone endémique). En revanche, lorsque les œufs fécondés tombent sur le sol et, si l'environnement n'est pas trop sec³, les larves (également appelées « stades hors hôte ») éclosent au bout de 3 à 4 jours.³

Dans l'environnement, les larves ont besoin de très peu de matière organique pour survivre et se développer. Après 7 à 10 jours, les larves se transforment en pupes et deviennent adultes en 7 jours, puis elles recherchent un hôte. La plupart des stades hors hôte se développent dans les lieux de couchage des individus infectés, les œufs tombent sur le sol pendant le sommeil de l'hôte, les larves se développent et trouvent très rapidement un hôte une fois devenues adultes.

Morbidité

La croissance rapide de la femelle induit une forte réponse inflammatoire provoquant un œdème, un érythème et une desquamation dans la plupart des cas (Fig. 2). (Le taux de morbidité aiguë est directement lié au nombre de puces présentes sur l'hôte⁴). Les douleurs intenses et les démangeaisons provoquées par l'infestation empêchent le patient de dormir, de marcher et de se concentrer sur une activité quelconque, y compris le travail scolaire.

Les personnes infectées par un grand nombre de puces pendant une période prolongée développent une pathologie chronique caractérisée par une hyperkératose, des fissures, une déformation ou une perte des ongles et une déformation des orteils⁴ (Fig. 2). En raison de l'inconfort, les patients adoptent une démarche inhabituelle caractéristique en essayant de marcher sans exercer de pression sur les puces, ce qui peut à terme entraîner un handicap (Fig. 3). Ces déformations entraînent la stigmatisation des patients, leur discrimination et un sentiment de honte, ce qui a un impact négatif sur la qualité de vie des enfants⁵.

Très souvent, les patients présentent des infections bactériennes secondaires provoquées par les bactéries introduites lors de la pénétration de la peau, par les lésions cutanées et par le grattage constant avec des mains sales. Un grand nombre d'espèces



Fig. 2. Inflammation et déformation des ongles et des orteils causées par la présence de *Tunga penetrans* (crédit H. Feldmeier).

bactériennes aérobies et anaérobies ont été identifiées dans les lésions causées par les puces de sable, notamment *Staphylococcus aureus* et des entérobactéries.⁶ L'infection bactérienne entraîne des abcès et une suppuration (Fig. 4), exacerbant l'inflammation et la douleur et, dans certains cas extrêmes, une nécrose des tissus, une lymphangite et une gangrène⁶. Le risque le plus important, bien que probablement rare, est celui d'une infection secondaire à *Clostridium tetani* qui, chez les personnes non vaccinées, peut entraîner la mort. Il est vraisemblable que les démangeaisons soient exacerbées par d'autres agents pathogènes qui vivent dans le corps de la puce, appelés endosymbiotes, tels que *Wolbachia*, dont les lipopolysaccharides sont hautement immunogènes s'ils sont libérés lors de la mort de la puce et de la bactérie.⁷

De nombreuses personnes tentent de retirer les puces à l'aide d'instruments tranchants non stériles tels que des épines de plantes, des épingles de sûreté ou des couteaux (Fig. 5), ce qui



Fig. 3. Marche sur les talons pour éviter les douleurs caractéristiques de la tungose.



Fig. 4. Abscès entourant un *Tunga penetrans* incrusté, causé par une infection bactérienne secondaire.

risque d'entraîner une infection secondaire, non seulement par des bactéries, mais aussi par le VIH et l'hépatite B et C, compte tenu que les instruments sont souvent utilisés sur plusieurs personnes. Cela peut également provoquer des lésions tissulaires et des saignements importants. Il est fréquent de voir des personnes utiliser des produits nocifs sur les puces enfoncées dans leur peau pour tenter de les tuer, tels que du kérosène / de la paraffine, de l'huile de moteur usagée, des produits chimiques vétérinaires et des extraits de plantes toxiques locales qui peuvent eux-mêmes provoquer une nécrose des tissus et une gangrène.⁸

Épidémiologie

Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles sur la charge de morbidité réelle dans un pays ou au niveau mondial, il est largement admis que la tungose est une maladie très agrégée qui apparaît dans certains villages et pas dans d'autres, dans certaines écoles et pas dans d'autres, même si elles ne sont distantes que de quelques kilomètres. Même au sein d'un village ou d'une école, la plupart des personnes ne seront pas infectées. Parmi les personnes infectées, la plupart n'auront que quelques puces et une faible morbidité, tandis que quelques individus auront de très nombreuses puces et seront atteints d'une morbidité et de handicaps sévères. Les causes sous-jacentes de cette hétérogénéité sont inconnues et font actuellement l'objet de recherches. Dans la plupart des régions endémiques, les enfants de moins de 15 ans présentent la prévalence et l'intensité les plus élevées, suivis par les personnes âgées et celles en situation de handicap, tous les groupes qui dépendent des autres en matière de soins et d'hygiène personnelle.² Quelques études révèlent que la transmission peut être saisonnière, avec un pic pendant les saisons sèches² mais cela pourrait ne pas être vrai partout en fonction des conditions climatiques.

De nombreuses enquêtes menées en Amérique du Sud et en Afrique subsaharienne ont indiqué que le principal facteur de risque d'infection est le fait de vivre dans une maison dont le sol est en terre battue^{9,10} et c'est là que l'on a trouvé la plupart des stades hors hôte.⁸ Parmi les autres facteurs qui semblent être associés à l'infection, on peut citer le fait de ne pas porter de chaussures fermées, de ne pas avoir accès à un approvisionnement en eau propre, de ne pas se laver les pieds quotidiennement avec du savon et d'avoir une maison dont les murs sont en terre battue et le toit en chaume⁹ (Fig. 6). Tous ces facteurs sont associés à l'extrême pauvreté.

En outre, dans certaines études, l'infection a été associée à la présence d'animaux domestiques en liberté, tels que des chiens, des chats, des chèvres et des porcs. Les porcs semblent être particulièrement vulnérables à des niveaux élevés d'infection.¹¹ La tungose est une zoonose qui infecte les animaux domestiques (Fig. 7) et, en Amérique du Sud, les animaux sauvages tels que les rats, les singes et les porcs sauvages, contaminant continuellement l'environnement avec des œufs. Cependant, le cycle de vie des puces ne dépend d'aucun animal et peut se poursuivre sans l'implication d'un hôte réservoir animal.²

Diagnostic

Le diagnostic de la tungose repose sur l'observation de la peau à l'œil nu. Aucun autre équipement n'est nécessaire. Les puces ont une forme circulaire caractéristique et, aux premiers stades de leur développement, sont de couleur crème avec un point noir au centre (Fig. 1). Elles prennent une couleur plus foncée et une forme irrégulière lorsqu'elles meurent. Le corps d'une puce morte est noir et de forme irrégulière. Des douleurs et des démangeaisons sur le site d'infection et des difficultés à dormir



Fig. 5. Extraction de *Tunga penetrans* avec des instruments non stériles.

Suite au verso...



Fig. 6. La tungose touche principalement les personnes vivant dans une extrême pauvreté vivant dans une habitation avec un sol en terre battue.

en raison des démangeaisons extrêmes sont d'autres symptômes de la tungose

Traitement

Il n'existe actuellement aucun traitement efficace et sûr dans la plupart des régions endémiques. L'extraction chirurgicale est la seule méthode garantie, mais elle doit être effectuée dans des conditions stériles dans un établissement de santé. Les pieds doivent d'abord être lavés avec du savon et de l'eau bouillie et refroidie. Si aucun instrument stérile n'est disponible, d'autres aiguilles peuvent être stérilisées en les passant à la flamme ou en les faisant bouillir dans de l'eau et en les refroidissant. La lésion occasionnée doit être rincée avec une solution saline stérile [une demi-cuillère à café de sel dans une tasse (250 ml) d'eau bouillie refroidie] et, de préférence, recouverte d'une pommade antibiotique. Les puces retirées doivent être éliminées comme des déchets dangereux, brûlées ou incinérées. Le patient doit continuer à nettoyer la lésion. L'extraction doit être effectuée avec une extrême prudence afin de ne pas briser le corps de la puce, car la libération des œufs et des bactéries symbiotiques dans la peau

provoquera une inflammation et des démangeaisons persistantes pendant des mois. Toutefois, cette méthode peut ne pas être réalisable sur les patients infestés par un grand nombre de puces (certains peuvent en avoir des centaines) ou sur ceux qui vivent dans des zones endémiques où il est difficile d'assurer l'hygiène des lésions.

Quelques essais cliniques ont été menés au cours de la dernière décennie pour tester d'éventuels traitements. L'option thérapeutique la plus prometteuse est le NYDA[®], une huile de silicone (diméticone) de très faible viscosité commercialisée pour le traitement des poux dans les pays développés, et désormais enregistrée et approuvée par l'Organisation panaméricaine de la Santé pour le traitement de la tungose en Amérique centrale et en Amérique du Sud. Le produit a tué 98 % des puces enfoncées dans la peau une application unique. Il agit en asphyxiant les puces afin qu'elles ne puissent pas développer de résistance au produit.¹²

Un mélange d'huiles de neem (*Azadirachta indica*) et d'huile de coco (*Cocos nucifera*) a également fait l'objet d'une étude clinique.¹³ Il s'agit d'un médicament à base de plantes fabriqué et utilisé dans



Fig. 7. Pattes d'animaux domestiques infectés par *Tunga penetrans* (crédit F. Mutebi).

les communautés touchées au Kenya. L'étude a révélé qu'il tuait ou interrompait le développement de 77 % des puces dans les 7 jours lorsqu'il était appliqué une fois par jour pendant 2 jours. Il présente en outre l'avantage de favoriser la cicatrisation de la peau et d'être un répulsif pour les insectes, réduisant ainsi les taux de réinfection. Le neem est utilisé depuis des milliers d'années en Inde pour lutter contre les insectes nuisibles aux cultures. Ses ingrédients actifs et son mode d'action se sont révélés être l'azadirachtine, qui agit comme un anti-appétant et un régulateur de croissance.¹³

Parfois, les médecins utilisent des produits génériques contenant du benzoate de benzyle ou de la perméthrine pour le traitement de la tungose. Il s'agit de médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels

de l'Organisation mondiale de la Santé pour le traitement de la gale, une autre dermatose parasitaire. Toutefois, leur efficacité et leurs effets indésirables dans la lutte contre la tungose n'ont fait l'objet d'aucun essai clinique et doivent donc être utilisés avec prudence et sous étroite surveillance.

Les individus auxquels on a retiré un grand nombre de puces et ceux qui présentent des abcès dus à une infection bactérienne secondaire doivent être traités avec des antibiotiques systémiques tels que le triméthoprime-sulfaméthoxazole, le sulfaméthoxazole, les tétracyclines ou l'amoxicilline (avec/sans clavulanate). En outre, il convient de vérifier leurs antécédents en matière de vaccination contre le tétanos et de les vacciner s'ils ne le sont pas ou s'ils l'ont été il y a plus de dix ans.

Prévention

Le traitement des cas de tungose doit être associé à des efforts de prévention, faute de quoi les patients seront immédiatement réinfectés. L'idéal serait de sceller les sols des maisons, en particulier les pièces où les gens dorment, afin d'éviter que les conditions ne soient propices au développement des stades hors hôte. Cependant, la construction d'un sol en béton standard est coûteuse. Des essais sont en cours au Kenya et au Rwanda pour mettre au point et piloter une solution alternative abordable pour les sols, qui empêchera le développement de stades hors hôte et que les communautés pourront développer elles-mêmes (Fig. 8).

Les sols doivent être durs et lisses pour faciliter le nettoyage et être exempts de tout matériau meuble tel que la poussière, la terre et le sable, dans lesquels les larves peuvent survivre. Il est également possible de pulvériser des insecticides d'intérieur sur le sol de la maison pour tuer les stades non hôtes, mais il faut veiller à ne pas utiliser de produits chimiques toxiques, car de jeunes enfants fouleront ces sols avec des lésions ouvertes aux pieds. Les produits à base de margousier sont largement utilisés comme insecticides biologiques et font l'objet d'essais pour lutter contre la tungose.

Des études sur les facteurs de risque suggèrent que l'infection par la tungose pourrait être réduite en portant des chaussures fermées en permanence, mais la transmission se fait principalement dans les chambres à coucher, où il est peu probable de porter des chaussures. Se laver les pieds au moins une fois par jour avec du savon peut réduire l'infection, car le savon élimine les matières fécales des puces sur la peau pouvant attirer davantage de puces, et les résidus de savon sur la peau peuvent repousser les puces à la recherche d'un endroit où pénétrer⁹. L'utilisation d'insectifuges sur la peau est une autre méthode possible pour prévenir l'infection, à condition qu'elle soit abordable. Les produits à base d'huile de coco se sont avérés efficaces pour prévenir les infections et favoriser la cicatrisation des plaies, et ils peuvent être plus facilement accessibles à certaines communautés¹⁴. Les animaux domestiques infectés, en particulier les porcs, doivent être traités avec un insecticide et doivent toujours être tenus à l'écart des zones où les populations se reposent et dorment.

Remerciements

Nous remercions M. Eisele et al⁽¹⁾, N. Nagy et al⁽³⁾ et F. Mutebi et al⁽¹¹⁾ de nous avoir autorisés à utiliser leurs photographies.



Fig. 8. Plancher domestique peu coûteux pour prévenir la tungose.

Références

1. Eisele M, Heukelbach J, Van Marck E et al. Recherches sur la biologie, l'épidémiologie, la pathologie et le contrôle de *Tunga penetrans* au Brésil: I. Histoire naturelle de la tungose chez l'homme. *Parasitol Res* 2003 ; **90**:87-99.
2. Feldmeier H, Heukelbach J, Ugbomoiko US et al. La tungose : une maladie négligée présentant de nombreux défis pour la santé publique mondiale. *PLoS Negl Trop Dis* 2014 ; **8**:e3133.
3. Nagy N, Abari E, D'Haese J et al. Recherches sur le cycle de vie et la morphologie de *Tunga penetrans* au Brésil. *Parasitol Res* 2007 ; **101** (Suppl. 2):S233-42.
4. Kehr JD, Heukelbach J, Mehlhorn H, Feldmeier H. Évaluation de la morbidité dans la maladie des puces de sable (tungose). *Parasitol Res* 2007 ; **100**:413-21.
5. Wiese S, Elson L, Feldmeier H. Altération de la qualité de vie liée à la tungose chez les enfants vivant dans les zones rurales du Kenya. *PLoS Negl Trop Dis* 2018 ; **12**:e0005939.
6. Feldmeier H, Heukelbach J, Eisele M et al. Surinfection bactérienne associée aux cas de tungose humaine. *Trop Med Int Health* 2002 ; **7**:559-64.
7. Heukelbach J, Bonow I, Witt L et al. Taux d'infection élevé des endobactéries *Wolbachia* chez la puce de sable *Tunga penetrans* du Brésil. *Acta Trop* 2004 ; **92**:225-30.
8. Elson L, Wright K, Swift J, Feldmeier H. Contrôle de la tungose en l'absence d'une feuille de route : approches locales et globales. *Trop Med Infect Dis* 2017 ; **2**:33.
9. Elson L, Wiese S, Feldmeier H, Fillinger U. Prévalence, intensité et facteurs de risque de tungose dans le comté de Kilifi, Kenya II : résultats d'une étude d'observation en milieu scolaire. *PLoS Negl Trop Dis* 2019 ; **13**:e0007326.
10. Muehlen M, Feldmeier H, Wilcke T et al. Identification des facteurs de risque de tungose et d'infestation importante dans une communauté pauvre en ressources du nord-est du Brésil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006 ; **100**:371-80.
11. Mutebi F, Krücken J, Feldmeier H et al. Espèces-réservoirs de la tungose zoonotique dans les villages ruraux endémiques de l'Ouganda. *PLoS Negl Trop Dis* 2015 ; **9**:e0004126.
12. Nordin P, Thielecke M, Ngomi N et al. Traitement de la tungose avec une huile à base de dimétilcane à deux composants : comparaison entre l'humidification de tout le pied et le ciblage direct des puces de sable enfouies dans la peau. *Trop Med Health* 2017 ; **45**:6.
13. Elson L, Randu K, Feldmeier H, Fillinger U. Efficacité d'un mélange d'huile de graines de neem (*Azadirachta indica*) et d'huile de coco (*Cocos nucifera*) pour le traitement topique de la tungose. Une étude de preuve de principe contrôlée et randomisée. *PLoS Negl Trop Dis* 2019 ; **13**:e0007822.
14. Thielecke M, Raharimanga V, Rogier C et al. Prévention de la tungose et de la morbidité associée à la tungose à l'aide du répulsif à base de plantes Zanzarin : une étude de terrain randomisée et contrôlée dans les zones rurales de Madagascar. *PLoS Negl Trop Dis* 2013 ; **7**:e2426.

Acro-ischémie chez un patient atteint de COVID-19 et de méningococcémie : une énigme diagnostique dans un contexte de ressources limitées

Sebastine Oseghae Oiwoh^{1,*}, Sope Tope Orugun², Subusola Ayinke Abayomi³, Oluwatosin Ilori⁴, Bukola Adetutu Sayomi⁵, Adeolu Oladayo Akinboro⁶

¹Unité de dermatologie et de vénéréologie, département de médecine interne, hôpital universitaire spécialisé d'Irrua, État d'Edo, Nigeria.

²Département de médecine, Ladoke Akintola University of Technology (LAUTECH) Teaching Hospital, Ogbomoso, Oyo State, Nigeria.

³Département de microbiologie médicale, Ladoke Akintola University of Technology (LAUTECH) Teaching Hospital, Ogbomoso, Oyo State, Nigeria.

⁴Unité de Chirurgie Plastique et des Brûlés, Département de Chirurgie, Ladoke Akintola University of Technology (LAUTECH) Teaching Hospital, Ogbomoso, Oyo State, Nigeria.

⁵Département de pédiatrie, Ladoke Akintola University of Technology (LAUTECH) Teaching Hospital, Ogbomoso, Oyo State, Nigeria.

⁶Unité de dermatologie et de vénéréologie, département de médecine, Ladoke Akintola University of Technology (LAUTECH) et LAUTECH Teaching Hospital, Ogbomoso, Oyo State, Nigeria.

*Auteur principal : seboiwoh1@gmail.com

Conflits d'intérêts : Aucun.

Financement : Aucun

Mots-clés : Acro-ischémie ; COVID-19 ; méningococcémie.

Points clés d'apprentissage :

- En présence d'une acro-ischémie COVID-19, un indice élevé de suspicion de comorbidité avec la méningococcémie peut sauver des vies.
- Ce cas clinique met en évidence la nécessité d'une collaboration étroite entre les spécialistes pour traiter les patients.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a engendré des problèmes de diagnostic dans les régions à faibles ressources. L'Afrique a enregistré une augmentation de 43 % de la mortalité et un taux de létalité de 2,6 %¹. L'atteinte cutanée peut faciliter le diagnostic de la COVID-19.²

Les manifestations cutanées rapportées sont variées et peuvent inclure une cyanose périphérique et une gangrène secondaire

à l'hypercoagulabilité et à la formation de microthrombi.^{3,4}

Ce cas clinique souligne le rôle des manifestations cutanées et des incertitudes diagnostiques dans le diagnostic de la méningococcémie et de la COVID-19.

Présentation du cas

Un lycéen de 11 ans a été hospitalisé en raison d'une fièvre, de maux de tête, de courbatures généralisées et d'une émission d'urine brun foncé. Des antécédents de vomissements non bilieux et non projectifs, d'anorexie et de faiblesse corporelle généralisée ont été rapportés. Cinq jours après son admission, il a développé des lésions rouges surélevées, non prurigineuses sur le visage, qui ont progressé pour atteindre le tronc et les membres. Ces lésions ont évolué en vésicules remplies de liquide de couleur foncée qui se sont rompues, formant ensuite des plaques noires adhérentes. Les organes génitaux étaient atteints, mais pas la muqueuse buccale.

À l'examen, il était somnolent et agité, fébrile (38,2 °C), avec une tachycardie (152 battements par minute), une pression artérielle



Fig. 1a-c. Plaques nécrotiques et bulles sur les jambes (a,b) et la région glutéale (c).



Fig. 2. (a) Plaques nécrotiques sur les jambes et le dos du pied droit et **(b)** gangrène du troisième doigt.

de 79/56 mmHg et une tachypnée (64 respirations par minute). L'examen dermatologique a révélé de multiples plaques nécrotiques hyperpigmentées symétriques sur le tronc et les membres. La région glutéale et les membres inférieurs étaient largement atteints, avec quelques bulles intactes et flasques sur fond d'érythème sur les parties déclives des jambes (Fig 1 et 2).

Le signe de Nikolsky était négatif, mais le signe d'Asboe Hansen (c'est-à-dire l'extension latérale de l'ampoule après application d'une pression sur le dessus) était positif. Le troisième orteil droit présentait une hyperpigmentation et était gangréné (Fig. 2). Les pouls pédieux ont été perçus bilatéralement. L'examen des autres systèmes était normal.

Les recherches ont révélé les éléments suivants.

- Analyse d'urine protéines 3+ ; sang + ; traces de nitrites ; leucocytes + ; pH 5,0 ; densité 1,025.

- Résultats sanguins : volume globulaire 24 % ; leucocytose (16 300 cellules/mm³) avec déplacement vers la gauche des neutrophiles et des granulations toxiques ; plaquettes 72 000/mm³ ; temps de prothrombine, temps de thromboplastine partielle avec Kaolin et rapport international normalisé 15 sec, 57 sec et 1,08, respectivement ; acidose ; hyponatrémie (122 mmol/l) ; glycémie aléatoire 5,0 mmol/l.
- Liquide céphalorachidienglucose 3,2 mmol/l (avec une glycémie correspondante de 6 mmol/l) ; protéines (139 mg/dl) ; pas de croissance bactérienne.
- PCR SARS-COV 2 : positif.
- Hémoculture : l'hémoculture a révélé la présence de diplocoques, sensibles à la ceftazidime.



Fig. 3a-c. Plaques nécrotiques cicatrisées après traitement.

Suite au verso...

Acro-ischémie chez un patient atteint de COVID-19 et de méningococcémie : une énigme diagnostique dans un contexte de ressources limitées...suite

Le patient a été mis sous ceftazidime par voie intraveineuse, 2G immédiatement puis 1G toutes les 12 heures, perfusion saline intraveineuse, transfusion de sang total frais, débridement de la peau nécrosée avec pansement, vitamine C orale 500 mg trois fois par jour, sulfate de zinc 100 mg par jour, anatoxine tétanique intramusculaire 0,5 ml immédiatement et sérum antitétanique sous-cutané 1500 UI immédiatement. L'état du patient s'est considérablement amélioré grâce à l'isolement et au traitement. Les lésions cutanées actives ont disparu au bout d'environ 14 jours avec une cicatrisation importante (Fig. 3). Il a été renvoyé chez lui et a fait l'objet d'un suivi ambulatoire. Le patient a été pris en charge de manière collaborative par le pédiatre, le microbiologiste médical, les dermatologues et le chirurgien plasticien.

Discussion

La formation de microembolies et la coagulopathie sont des caractéristiques reconnues de l'infection par la COVID-19. La COVID-19 peut survenir en association avec une méningococcémie causée par un diplocoque Gram négatif, *Neisseria meningitidis*, le principal agent étiologique de la méningite bactérienne chez les enfants et les adultes en contact étroit avec des enfants⁶. La co-infection par la COVID-19 *Neisseria meningitidis* se comporte un risque élevé de mortalité⁷. L'infection virale du nasopharynx peut altérer sa fonction de barrière et favoriser la colonisation bactérienne⁸. Les manifestations cutanées acro-ischémiques de la COVID-19 peuvent inclure une perniose acrale de type engelure et des lésions de type érythème polymorphe⁹ ce qui a posé un problème de diagnostic chez ce patient. La confirmation microbiologique de la co-infection par le méningocoque a permis d'établir un diagnostic complet et de commencer un traitement salvateur.

Conclusion

Le pronostic de la méningococcémie est grave dans un contexte de ressources limitées, en particulier lorsqu'elle est associée à une infection par le virus de la COVID-19. Des caractéristiques cliniques cutanées similaires devraient contribuer à sensibiliser davantage à ces maladies dans les régions à faibles ressources.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé Afrique. Les flambées de COVID-19 en Afrique ont augmenté de plus de 40 % par rapport à la semaine précédente. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/news/covid-19-deaths-africa-surge-more-40-over-previous-week> (dernier accès le 14 novembre 2022).
2. Visconti A, Bataille V, Rossi N et al. Valeur diagnostique des manifestations cutanées de l'infection par le SRAS-COV-2. *Br J Dermatol* 2021; **184**:793-4.
3. Novara E, Molinaro E, Benedetti I et al. Gangrène sèche aiguë sévère dans le cadre d'une infection par la COVID-19 : un rapport de cas. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; **24**:5769-71.
4. Hubiche T, Cardot-Leccia N, Le Duff F et al. Caractéristiques cliniques, de laboratoire et de réponse à l'interféron alpha des lésions de type chilblain au cours de la pandémie COVID-19. *JAMA Dermatol* 2021; **157**:202-6.
5. Hong LZ, Shou ZX, Zheng DM, Jin X. Le biomarqueur le plus important associé à la coagulation et à l'inflammation chez les patients atteints par la COVID-19. *Mol Cell Biochem* 2021; **476**:2877-85.
6. Brower MC, Tunkel AR, van de Beek D. Épidémiologie, diagnostic et traitement antimicrobien de la méningite bactérienne aiguë. *Clin Microbiol Rev* 2010; **23**:467-92.
7. Wei M, Yang N, Wang F et al. Épidémiologie de la maladie du coronavirus 2019 (Covid-19) causée par le SARS-Cov-2. *Préparation à la santé publique en cas de catastrophe* 2020; **14**:1-9.
8. Bakaletz LO. Co-infections virales-bactériennes des voies respiratoires. *Curr Opin Microbiol* 2017; **35**:30-5.
9. Fernandez-Nieto D, Jimenez-Cauhe J, Suarez-Valle A et al. Caractérisation des lésions cutanées acrales aiguës chez les patients non hospitalisés : une série de cas de 132 patients au cours de l'épidémie de COVID-19. *J Am Acad Dermatol* 2020; **83**:e61-3.

CAS DE DIAGNOSTIC

Deepani Munidasa

Dermatologue Consultante, Anuradhapura Teaching Hospital, Sri Lanka
E-mail : deepanimunidasa@yahoo.com

Une femme de 35 ans présente depuis trois mois une lèvre supérieure gonflée et légèrement prurigineuse, plus marquée certains jours que d'autres. D'une manière générale, l'état de santé s'est progressivement aggravé.

La lèvre est caoutchouteuse au toucher. Les muqueuses des lèvres et de la langue n'ont pas été touchées.

Elle était par ailleurs en parfaite santé et n'utilisait aucun médicament ni aucune application topique sur les lèvres. Elle n'avait aucune allergie connue.

Réponses à la page 27



Quel est le diagnostic ?

- a) Angioœdème de la lèvre b) Réaction à un corps étranger
c) Leishmaniose cutanéomuqueuse d) Chéilite granulomateuse e) Lèpre

Point de vue personnel : santé et dignité pour les personnes atteintes d'albinisme

Mafalda Soto Valdés

PDG et cofondatrice de l'ONG Beyond Suncare, pharmacienne, titulaire d'une maîtrise en médecine tropicale et en santé internationale

Adresse de correspondance ; mafalda@beyondsuncare.org

Lodina était la deuxième d'une fratrie de huit enfants ; son nom en chichewa, la principale langue du Malawi, signifie « la terre nous a trahis ». Lodina était atteinte d'albinisme.

Son cousin séropositif a abusé d'elle sexuellement en pensant qu'avoir des relations sexuelles avec une femme atteinte d'albinisme le guérirait du sida. Après le viol, le chef du village a convoqué un conseil pour décider de la suite à donner à l'affaire. La mère du cousin a déclaré qu'ils ne devaient pas être durs avec son fils car il faisait partie de la famille, et la famille est primordiale. Le père de Lodina avait un avis différent ; il était temps que quelqu'un respecte son honneur et prenne pitié de sa progéniture. Les chefs traditionnels, les représentants des hôpitaux, les chefs de communauté ont donné leur avis et ont longuement discuté de la manière de résoudre la situation. Tout le monde parlait, tout le monde avait une opinion, tout le monde sauf Lodina, la victime. Ce qu'elle pensait, ce qu'elle ressentait n'avait que peu d'importance. Lodina se tenait à l'écart, les yeux fixés sur le sol, sans larmes, sans expression... Lodina a grandi sans opinion, sans liberté de décision. À l'hôpital, lorsque nous remplissions son dossier personnel, à la question « Quelle est votre profession ? », elle a continué à fixer le sol ; c'est son frère aîné qui a répondu « Elle est juste là » (Fig. 1).



Fig. 1. Lodina et son fils.

La seule chose qui nous différencie des autres personnes atteintes d'albinisme est que leur production de mélanine est déficiente. Ils ont donc une peau plus fragile et une déficience visuelle, ce qui les oblige à appliquer fréquemment de la crème solaire et à porter des lunettes spéciales, tout comme je suis atteinte d'une forte myopie et que je dois porter des lunettes.

L'albinisme est héréditaire, avec la particularité que deux parents non albinos porteurs du gène ont une probabilité de 25 % d'avoir un enfant atteint d'albinisme.

Jusqu'à ce que Darwin révolutionne les connaissances avec son ouvrage *L'origine des espèces*, une grande partie de l'humanité était

convaincue que les hommes étaient issus de la boue et les femmes d'une côte d'homme. Galilée a été réduit au silence par l'Inquisition pour avoir annoncé que la Terre était ronde. Partout, dans le passé et aujourd'hui encore, des personnes ont posé des questions, cherchant des réponses à des questions universelles et moins transcendantes. La science a répondu à un grand nombre de ces questions, mais il reste beaucoup de travail à faire et il existe encore de nombreux endroits où la science n'a toujours pas sa place. Dans ces lieux, la magie et la superstition règnent en maîtres, et ce de manière impitoyable.

Avec une population estimée à environ 200 000 personnes atteintes d'albinisme, l'Afrique subsaharienne est la région où la prévalence est la plus élevée au monde (Fig. 2). C'est aussi la région où les personnes sont le moins informées sur la maladie.



Fig. 2. Un enfant atteint d'albinisme dans un groupe.

Deux personnes ayant la peau noire donnent naissance à un bébé blanc !!! Que s'est-il passé ? Les hommes ont des doutes, c'est pourquoi il est si fréquent que les femmes soient abandonnées par leur partenaire lorsqu'elles donnent naissance à un enfant atteint d'albinisme. En Tanzanie, les personnes atteintes d'albinisme sont appelées « zeruzeru », c'est-à-dire des fantômes. Les gens croient que lorsqu'ils meurent, ils disparaissent, et que posséder des membres de leur corps porte chance. La violence et la persécution sont d'autant plus justifiables qu'il ne s'agit pas « d'êtres humains », mais de zeruzeru.

L'ignorance et la stigmatisation négative sont leurs deux grands ennemis. Le soleil en est un aussi.

Dans de nombreux pays africains, le soleil entraîne le décès de 90 % des personnes atteintes d'albinisme entre 30 et 40 ans.

Malawi, janvier 2009. Jeremiah a été le premier bébé atteint d'albinisme que j'ai tenu dans mes bras. Sa mère est arrivée à l'hôpital avec le petit garçon sur le dos. Jérémie avait 3 semaines et son visage était brûlé au deuxième degré (Fig. 3). Lorsque nous lui avons expliqué la raison de ces brûlures, elle a fondu en larmes et s'est sentie coupable. Quelques semaines après avoir adopté de bonnes pratiques de protection solaire, la mère de Jeremiah a retrouvé le sourire.

Suite au verso...

Point de vue personnel : santé et dignité pour les personnes atteintes d'albinisme...suite



Fig. 3. Jérémie, (a) avant et (b) après avoir utilisé notre protection solaire.

Dans une grande partie de l'Afrique, l'albinisme et ses conséquences sur la santé sont inconnus des institutions. Bien que la prévalence de l'albinisme soit la plus élevée au monde, les pays africains n'incluent pas l'albinisme dans les programmes universitaires et n'allouent pas de budget pour investir dans la protection dont ils ont besoin. Les agents de santé ne sont pas informés de cette maladie. Les crèmes solaires relèvent de la science-fiction et lorsqu'ils en reçoivent, elles sont souvent

périmées, de qualité douteuse ou proviennent de dons qui alimentent la corruption des douanes.

Après le Malawi, j'ai travaillé au Regional Dermatology Training Center (RDTC), le principal centre de formation en dermatologie de l'Afrique subsaharienne anglophone. Là-bas, chaque jour, nous avons été témoins de centaines d'histoires de jeunes désespérés atteints d'albinisme arrivant à des stades avancés de cancer de la peau où « il n'y avait plus rien à faire ». Tumaini était l'une d'entre eux (Fig. 4). Nous sommes en 2012 et la Tanzanie, qui compte plus de 45 millions d'habitants, ne compte que quatre dermatologues. Tumaini n'y a donc pas réfléchi à deux fois, elle a pris son sac à dos et est partie pour un voyage de 2 jours vers l'hôpital ; quand elle est arrivée, les chirurgiens lui ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire pour elle.

Sa tumeur s'était trop étendue, « il n'y avait plus rien à faire » et elle a été orientée vers l'un des deux centres anticancéreux du pays, mais Tumaini n'avait pas d'argent pour s'y rendre. Elle est décédée à son domicile deux mois plus tard.



Fig. 4. Tumaini, lorsqu'elle est arrivée au Centre régional de formation en dermatologie (Moshi, Tanzanie).

Jeremiah, Lodina et Tumaini ont été les déclencheurs : Comment ça, « on ne peut rien faire » ? C'est ainsi qu'une réaction de non-conformisme, de rejet de ces injustices, a marqué le début de notre lutte pour le droit à la santé et à la dignité des personnes atteintes d'albinisme.

En collaboration avec la direction d'un département proactif et solidaire, j'ai commencé à travailler sur le développement d'une crème solaire spécialement conçue pour la prévention du cancer de la peau chez les personnes atteintes d'albinisme en Afrique (Fig. 5). En l'espace de deux ans, plus de 2 000 personnes dans tout le pays la recevaient régulièrement. Mais le problème n'était pas propre à la Tanzanie, nous devions aller le résoudre au-delà des frontières. Des histoires comme celle de Tumaini ne peuvent se répéter et, pour y remédier, nous devons améliorer la prévention. Mais il faut aussi éviter que des situations comme celle de Lodina ne se produisent, c'est pourquoi l'éducation joue un rôle essentiel.

En collaboration avec des experts de différents secteurs, nous sommes attelés à l'élaboration d'un modèle complet de services qui répondrait à leurs besoins sans perpétuer la dépendance. C'est ainsi



Fig. 5. Personnes atteintes d'albinisme fréquentant une clinique.

qu'est née, en 2017, l'organisation non gouvernementale (ONG) Beyond Suncare.

Le modèle de Beyond Suncare, déclaré meilleure pratique par les Nations Unies en 2017, fournit une crème solaire personnalisée, de haute qualité et simple à fabriquer, car notre objectif ultime est la production locale. La distribution de cette crème dans les endroits les plus reculés s'accompagne d'un travail d'éducation et de sensibilisation. Nous formons et éduquons les travailleurs de la santé et les associations de personnes atteintes d'albinisme. Nous travaillons pour eux et avec eux. Nous faisons de la sensibilisation parce que, bien que notre approche ne soit pas descendante, il est important d'éveiller les consciences de ceux qui tirent les ficelles.

Nous avons déjà contribué à changer l'avenir de plus de 4 000 personnes atteintes d'albinisme, dont plus de la moitié sont des enfants. Les services ont permis de réduire les lésions précancéreuses de 50 % et plus de 95 % des patients déclarent que leur confiance en eux et leur intégration dans la communauté se sont améliorées après la participation au programme.

En Tanzanie, j'ai rencontré Grace. Orpheline à l'âge de 5 ans et ayant perdu un frère à 18 ans (cancer), Grace s'est réfugiée auprès d'un homme qui lui voulait tout sauf du bien. Avec un bébé de 6 mois, elle a trouvé la force de le quitter et de continuer sa vie.

En 2013, l'unité de production de crème solaire du Kilimandjaro recherchait du personnel. Grace s'est présentée à l'entretien d'embauche vêtue d'une robe moulante à imprimé animalier, d'une longue coiffe, d'un maquillage appuyé et d'un sourire infini. Tout en elle était couleur qui égayait la salle d'attente d'un hôpital morose. Nous l'avons engagée.

Heureuse de travailler dans un environnement protégé du soleil, sept ans après cet entretien, Grace envoie son fils dans une école secondaire ; elle est sur le point de construire sa propre maison et est fière de travailler à la création d'un produit qui améliore la vie d'autres personnes atteintes d'albinisme. Dans le laboratoire, Grace est une personne comme les autres, avec ses forces et ses faiblesses. Les gens ne voient pas un zeruzeru, ils ne voient pas une personne atteinte d'albinisme, ils la considèrent simplement comme une

personne. Je suis arrivée au Malawi en 2008 avec l'intention d'y rester 9 mois. J'ai rencontré Lodina, Jeremiah et Tumaini... et ces 9 mois se sont transformés en 9 ans (Fig 6). Le poète britannique John Donne a écrit : « La mort de tout homme me diminue, parce que j'appartiens au genre humain ; aussi n'envoie jamais demander pour qui sonne le glas : c'est pour toi qu'il sonne. ». C'est pourquoi, lorsque vous parvenez à sauver une personne, à redonner de l'espoir à une mère, vous revivez vous-même.

C'est pour ça que je suis restée, mais si je continue aujourd'hui, c'est parce qu'avec le soutien adéquat, nous pouvons faire avancer les choses.



Fig. 6. L'auteur et ses collègues veillent à ce que, dans n'importe quel coin d'Afrique, lorsqu'un enfant atteint d'albinisme se réveille le matin, sa seule préoccupation soit d'appliquer la crème solaire, de la même manière que je cherche mes lunettes de vue.

Des leaders internationaux se réunissent lors du 3e Sommet mondial de dermatologie de l'ILDS pour améliorer la santé de la peau dans le monde



Le 3e Sommet mondial de la peau (SMP) de l'ILDS s'est tenu à Lima, au Pérou, du 13 au 15 octobre 2022 et a rassemblé 119 dirigeants représentant 47 associations nationales et internationales de dermatologie, ainsi que des représentants d'associations de patients, de partenaires industriels et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Un programme interactif de séances plénières et d'ateliers a permis aux participants de partager leurs connaissances, d'identifier et de relever les défis dans leurs régions et de développer des stratégies communes pour améliorer la santé de la peau dans le monde. Après de nombreuses discussions stimulantes et fructueuses, les participants ont demandé à l'ILDS, en partenariat avec ses sociétés membres, les organisations de patients et les entreprises partenaires, de promouvoir à l'échelle mondiale l'éducation, l'accès aux

soins, une galerie d'images de haute qualité et des registres contenant des données représentatives de la dermatologie à l'échelle mondiale.

L'ILDS souhaite remercier le El Círculo Dermatológico



del Perú (CIDERM), le Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD) et les organisations de patients pour avoir organisé conjointement le SMP, ainsi que le Dr Jose Ruiz Postigo pour avoir présenté l'événement et y avoir assisté au nom de l'OMS.

Emma van Rooijen
Chef des opérations, ILDS



Postuler pour DermLink 2023

Le programme de subventions DermLink 2023 est désormais ouvert aux candidatures. Grâce à ce programme, les membres de l'ILDS et les applications soutenues par les membres peuvent demander un financement allant jusqu'à 5 000 USD pour entreprendre des projets et des initiatives uniques visant à améliorer le traitement des patients atteints de maladies cutanées dans les régions du monde où les populations ont un accès limité aux soins. Quelques projets antérieurs sont illustrés ici.

Il existe trois types de subventions DermLink :

1. Matériel et équipement : jusqu'à 3 000 USD pour le matériel et l'équipement de soins dermatologiques
2. Formation individuelle jusqu'à 3 000 USD pour une formation en dermatologie de courte durée pour une personne
3. Projets de terrain ou communautaires : jusqu'à 5 000 USD pour des projets d'une durée maximale de 12 mois dans des régions pauvres en ressources

La date limite de dépôt des candidatures à notre cycle actuel de demandes de subventions est fixée au 28 février 2023. Pour postuler ou en savoir plus, veuillez consulter le site

<https://bit.ly/dermlink>



DermLink 2021 : L'Association nigérienne des dermatologues a mis en place des cliniques de proximité gratuites dans les communautés à faibles ressources et mal desservies de trois États du Nigeria.



DermLink 2019 : La Société des dermatologues, vénéréologues et léprologues du Népal a organisé une formation pour les pharmaciens communautaires afin de lutter contre l'utilisation abusive des stéroïdes topiques au Népal.



DermLink 2020 : Deux jeunes patients dans une clinique gratuite de prévention du cancer de la peau pour les personnes atteintes d'albinisme. La clinique a été créée par **Beyond Suncare** en partenariat avec la **Société brésilienne de dermatologie** à Bié, en Angola.



DermLink 2019 : Clinique de proximité gratuite et ateliers de sensibilisation à la COVID-19 pour les communautés Maasai mal desservies, organisés par la **Société tanzanienne de dermato-vénéréologie**.

RÉPONSE DE DIAGNOSTIC

d) Chéilite granulomateuse

Discussion

La chéilite granulomateuse se caractérise par un œdème chronique et persistant d'une ou des deux lèvres. Cette affection peut être un signe d'une maladie granulomateuse généralisée telle que la sarcoïdose ou la maladie de Crohn, mais lorsqu'elle est isolée, comme c'est le cas ici, elle est connue sous le nom de chéilite granulomateuse de Miescher. Dans de rares cas, l'œdème des lèvres est associé à un œdème oro-facial, une paralysie faciale récurrente et une langue plicaturée. Cette triade est connue sous le nom de syndrome de Melkersson-Rosenthal. L'œdème labial initial peut être transitoire et récurrent. Au fur et à mesure que la maladie progresse, la tuméfaction devient chronique et persistante, avec des fissures linguales, une desquamation et une texture caoutchouteuse.

L'étiologie exacte de la chéilite granulomateuse reste inconnue. L'affection peut être associée à une dermatite de contact allergique ou à un lymphoœdème secondaire à une infection.

Le diagnostic clinique se fait essentiellement par exclusion. L'histopathologie démontre des granulomes non spécifiques.

La chéilite granulomateuse est souvent traitée par des corticostéroïdes (topiques, intra-lésionnels ou systémiques). Les antibiotiques anti-inflammatoires à long terme comme les tétracyclines, les immunosuppresseurs et la réduction chirurgicale sont d'autres options thérapeutiques. Cependant, la maladie est généralement chronique et récidivante.



Rédacteurs

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

Rédacteur-Fondateur

Paul Buxton (Royaume-Uni)

Secrétaire de rédaction

Secrétariat ILDS

Comité de rédaction

Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Anna Ascott (Royaume-Uni)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Jean Bologna (États-Unis)
Isabel Casas (Argentine)
David Chandler (Royaume-Uni)
Steve Ersser (Royaume-Uni)
Guadalupe Estrada (Mexique)
Claire Fuller (Royaume-Uni)

Chris Griffiths (Royaume-Uni)
Henning Grossman (Allemagne)
Rod Hay (Royaume-Uni)
Sarah Hogan (Royaume-Uni)
Arjan Hogewoning (Pays-Bas)
Vineet Kaur (Inde)
Harvey Lui (Canada)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)
John Masenga (Tanzanie)
Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)

Anisa Mosam (Afrique du Sud)
Kelvin Mponda (Malawi)
Ben Naafs (Pays-Bas)
Rebecca Penzer - Hick (Royaume-Uni)
Rune Nathaniel Philemon (Tanzanie)
Terence Ryan (Royaume-Uni)
Mafalda Soto (Espagne)
Gail Todd (Afrique du Sud)
Shyam Verma (Inde)
Steve Walker (Royaume-Uni)

Comment recevoir le journal Community Skin Health

Le journal Community Skin Health (CSH) est disponible en format numérique et papier. L'inscription à la version numérique ou papier est **gratuite** : veuillez visiter : <https://ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal/>

Vous pouvez également télécharger l'appli CSH sur votre téléphone ou tablette Android et iOS.

Écrire un article

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

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

Copyright

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

Éditeur

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

Avis de non-responsabilité

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

ISSN 2632-8046



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

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



Partenaire d'HIFA
Health information for All

Devenez un ami du CSH

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

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

CSH@ILDS.org



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

www.easyfundraising.org.uk

Promoting global
Community Skin Health
through education