

Lesional diagnostic approach of common dermatoses in children at the University Clinics of Kinshasa - Democratic Republic of Congo

Lydie Joelle Seudjip Nono¹, Hugues D. Adegbidi², Adama Traore³, Paulo Bunga Muntu⁴

¹Department of Dermatology and Venereology, Kinshasa University Clinics, Democratic Republic of Congo, ²Department of Dermatology and Venereology, University Hospital Center, Cotonou, Benin, ³Department of Dermatology and Venereology, Yalgado Ouédraogo University Hospital Center in Ouagadougou, Burkina Faso, ⁴Department of Pediatrics, Kinshasa University Clinics, Democratic Republic of Congo

Corresponding author: Dr. Lydie Joelle Seudjip Nono, E-mail: seupiziemi@gmail.com

ABSTRACT

Background: Several authors approach epidemiological studies on dermatoses using an etiological diagnostic approach; the Willaniste school being mostly reserved for learners of dermatology and/or non-dermatologist doctors. The objective of this study is to determine the profile of dermatoses in children using exclusively the type of elementary lesion. **Material and methods:** In a retrospective, analytical and descriptive study, the data of children with dermatoses followed in the Dermatology Service of the University Clinics of Kinshasa between June 1, 2009 and December 31, were collected. The parameters of interest included epidemiological and clinical characteristics. **Results:** The hospital frequency of dermatoses in children (DC) according to the lesional diagnostic approach is 40.89% (818/1994). Their median age was 60 months (QEI 60-65.9) with a female predominance (55.7%, sex ratio of 1.25/1). There were more infants (30.6%). DC predominated in the dry season (54%). The entangled (21.02%) and vesicular (20.29%) lesional types were the most numerous, with ringworm of the scalp (31.9%) and atopic dermatitis (54.2%) respectively. The papular, erythematous, tumor and entangled lesion types were related to sex and age; pustular and tumor exclusively related to the season, in a statistically significant way ($p < 0.05$). Taken as a whole, the most frequent dermatoses were atopic dermatitis (11%), prurigo strophulus (10.8%), impetigo (7.4%), Tinea capitis (6.7%) and scabiosis (6.4%). **Conclusion:** The importance of this work lies in the interest of taking into account the two approaches, lesional and etiological of dermatoses, for their global management and research studies. Indeed, the lesional approach, also important in the study of dermatoses, appears to our knowledge to be poor in references in the literature.

Key words: Dermatoses; Children; Lesional diagnostic; Kinshasa

How to cite this article: Seudjip Nono LJ, Adegbidi HD, Traore A, Bunga Muntu P. Lesional diagnostic approach of common dermatoses in children at the University Clinics of Kinshasa - Democratic Republic of Congo. Our Dermatol Online. 2020;11(e):e80.1-e80.8.

Submission: 09.04.2020; **Acceptance:** 05.05.2020

DOI: 10.7241/ourd.2020e.80

Approche diagnostique lésionnelle des dermatoses fréquentes chez l'enfant aux Cliniques Universitaires de Kinshasa – République Démocratique du Congo

Lydie Joelle Seudjip Nono¹, Hugues D. Adegbi², Adama Traore³, Paulo Bunga Muntu⁴

¹Department of Dermatology and Venereology, Kinshasa University Clinics, Democratic Republic of Congo, ²Department of Dermatology and Venereology, University Hospital Center, Cotonou, Benin, ³Department of Dermatology and Venereology, Yalgado Ouédraogo University Hospital Center in Ouagadougou, Burkina Faso, ⁴Department of Pediatrics, Kinshasa University Clinics, Democratic Republic of Congo

Corresponding author: Dr. Lydie Joelle Seudjip Nono, E-mail: seupiziemi@gmail.com

RÉSUMÉ

Contexte: Plusieurs auteurs abordent les études épidémiologiques sur les dermatoses suivant une approche diagnostique étiologique; l'école Willaniste étant réservée la plupart du temps aux apprenants en dermatologie et/ou aux médecins non dermatologues. L'objectif de cette étude est de déterminer le profil des dermatoses chez l'enfant en recourant exclusivement au type de lésion élémentaire. **Matériel et méthodes:** Dans une étude rétrospective, analytique et descriptive, les données des enfants avec dermatoses suivis dans le Service de Dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa entre le 1er juin 2009 et le 31 décembre 2011, étaient colligées. Les paramètres d'intérêts comprenaient les caractéristiques épidémiologiques et cliniques. **Résultats:** La fréquence hospitalière des dermatoses chez l'enfant (DE) selon l'approche diagnostique lésionnelle est de 40,89% (818/1994). Leur âge médian était de 60 mois (QEI 60-65,9) avec une prédominance féminine (55,7%, sex-ratio de 1,25/1). Les nourrissons étaient plus nombreux (30,6%). Les DE prédominaient en saison sèche (54%). Les types lésionnels intriqué (21,02%) et vésiculeux (20,29%) étaient les plus nombreux avec respectivement pour chefs de file la teigne du cuir chevelu (31,9%) et la dermatite atopique (54,2%). Les types lésionnels papuleux, érythémateux, tumoral et intriqué étaient liés au sexe et à l'âge; pustuleux et tumoral exclusivement liés à la saison, de façon statistiquement significative ($p < 0,05$). Prises dans leur globalité, les dermatoses les plus fréquentes étaient la dermatite atopique (11%), le prurigo strophulus (10,8%), l'impétigo (7,4%), Tinea capitis (6,7%) et la scabiose (6,4%). **Conclusion:** L'importance de ce travail réside dans l'intérêt de la prise en compte des deux approches, lésionnelle et étiologique des dermatoses, pour leur prise en charge globale et des études de recherche. En effet, l'approche lésionnelle également importante dans l'étude des dermatoses, s'avère à notre connaissance pauvre en références dans la littérature.

Mots clés: Dermatoses; Enfants; Diagnostic lésionnel; Kinshasa

INTRODUCTION

Contexte

Les dermatoses constituent un motif fréquent de consultation en milieu pédiatrique [1-4].

Celles-ci sont le plus souvent diagnostiquées selon les approches étiologique par les dermatologues [5] et lésionnelle par les apprenants en dermatologie et/ou

les médecins non dermatologues qui auraient quelques notions de lésions élémentaires.

Plusieurs auteurs en la matière abordent l'étude épidémiologique des dermatoses en appliquant l'école de William Dubreuilh qui se base sur l'étude de l'étiologie ou de la physiopathologie des maladies de la peau [1,2,4,6], ne nécessitant pas toujours dans l'exercice clinique quotidien une confirmation paraclinique.

How to cite this article: Seudjip Nono LJ, Adegbi HD, Traore A, Bunga Muntu P. Approche diagnostique lésionnelle des dermatoses fréquentes chez l'enfant aux Cliniques Universitaires de Kinshasa – République Démocratique du Congo. Our Dermatol Online. 2020;11(e):e80.1-e80.8.

Submission: 09.04.2020; **Acceptance:** 05.05.2020

DOI: 10.7241/ourd.2020e.80

Fort de ce constat, nous nous sommes proposé de mener une étude épidémiologique des dermatoses chez l'enfant en recourant exclusivement à la description des lésions élémentaires, en vue d'émettre un diagnostic du type de dermatose.

Le but de notre étude est de déterminer les principaux types de dermatoses chez l'enfant en milieu hospitalier en recourant à l'approche diagnostique lésionnelle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Cadre de l'étude

La présente étude était réalisée dans le service de dermatologie aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, en République Démocratique du Congo (RDC).

2. Type, période et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique portant sur 818 dossiers des patients âgés de 0 à 18 ans, colligés dans le service de dermatologie - vénéréologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) en RDC durant une période de 31 mois (1er juin 2009 au 31 décembre 2011).

3. Population d'étude et échantillon:

818 dossiers des enfants examinés, âgés de 0 à 18 ans, étaient inclus dans l'étude, répondant de manière complète aux variables d'intérêt. N'étaient pas inclus dans l'étude, tous les dossiers incomplets en rapport avec les variables recherchées.

4. Variables étudiées:

Les données répertoriées étaient épidémiologiques (âge, sexe, mois de l'année et saison) et cliniques (groupe lésionnel et diagnostic clinique de la DE). L'âge était réparti de manière suivante: 0-2 ans (nourrissons), 3-5 ans (âge préscolaire), 6-12 ans (âge scolaire) et 13-18 ans (adolescence). La saison était répartie en deux: pluvieuse et sèche. Ainsi toute dermatose diagnostiquée pendant le mois de janvier, février, avril, mai, septembre, octobre, novembre et décembre était considérée apparaître à la saison pluvieuse, par contre pour celles de la saison sèche, il s'agissait des mois de mars, juin, juillet et août [7]. Le diagnostic était basé sur la clinique seule au départ du type de lésion élémentaire.

5. Définitions opérationnelles

Lésion élémentaire: lésion initiale ou secondaire, telle qu'elle apparaît à l'œil nu, grâce à elle on fait un diagnostic immédiat et de là, une classification de la dermatose.

Lésion intriquée: association de plus d'une lésion élémentaire

Groupe lésionnel: ensemble de dermatoses ayant en commun le même type de lésion élémentaire

Diagnostic clinique: dermatose objectivée à la fin de l'examen clinique au départ du type de la lésion élémentaire

6. Méthodes techniques et instruments de collecte des données

Les renseignements utiles à l'étude étaient prélevés dans les registres et toutes les fiches de consultation des patients répondant aux normes de l'étude et durant la période retenue à cette fin. Ils étaient consignés ensuite sur les fiches de collecte de données, renfermant toutes nos variables d'étude. Un ordinateur portable de marque hp EliteBook avait permis de compiler ces données dans un logiciel Excel afin de dégager, regrouper et analyser toutes ces variables d'intérêt.

7. Considérations éthiques

La confidentialité et l'anonymat étaient respectés lors de la collecte des données et de la prise des photos, pour lesquelles les yeux étaient voilés du visage.

8. Méthode de traitement des données

Toutes les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical package for social sciences, Chicago) pour Windows version 21. Le traitement statistique des données avait consisté à calculer les moyennes, l'écart-type, la médiane et l'écart interquartile pour les variables quantitatives et les proportions pour les variables qualitatives. Le test de chi carré de Pearson ou le test exact de Fisher était utilisé pour comparer les proportions selon le cas. Le seuil de signification statistique était fixé à 5%

RÉSULTATS

1. Données épidémiologiques

Sur un effectif de 1994 patients reçus dans le service pendant la période d'étude, 818 étaient des enfants (40,8%); conformément au tableau 1, le sexe féminin était prépondérant (55,7%) avec un sex ratio femme/homme de 1,25/1. Leur âge médian était de 60 mois (60-65,9 mois), avec des extrêmes 0 à 218 mois. Les nourrissons constituaient la tranche d'âge la plus importante (30,6%). Les dermatoses prédominaient en saison sèche (54,0%) avec des pics aux mois de février (12,3%) et de juillet (11,9%).

2. Données cliniques

La répartition des types lésionnels des dermatoses en fonction du sexe (Tableau 2) avait montré que les intriqués (28,01%) et les vésiculeux (20,3%) étaient les plus fréquentes avec prédominance dans le sexe masculin (28,21%, $p < 0,001$ pour le type intriqué). Les types lésionnels papuleux (19,1%), érythémato-squameux (10,5%), tumoral (5,9%), érythémateux (4,6%) et intriqué (28,01%) étaient liés au sexe avec $p < 0,05$.

La répartition des types lésionnels des dermatoses en fonction de l'âge. Selon le tableau 3, le type de lésion élémentaire était lié à l'âge ($p < 0,05$), à l'exception des

dyschromies, nodules, squames, kératoses, perte de cheveux et lésions non définies. Les types lésionnels vésiculeux étaient plus observés entre 0 – 2 ans et 6 – 12 ans; par contre le type papuleux était l'apanage des périodes pré-scolaire et l'adolescence ($p < 0,05$).

La répartition des types lésionnels en fonction des saisons (Tableau 4) indique que seuls les pustuleux et les tumoraux étaient liés à la saison de façon statistiquement significative.

En termes de fréquences, la répartition des types lésionnels des dermatoses de l'enfant (Tableau 5) avait montré que la dermatite atopique (52,2%) était la plus fréquente dans le groupe des dermatoses vésiculeuses; le prurigo strophulus (57,1%) dans le groupe papuleux, le pityriasis rosé de Gibert (39,5%) pour le type érythémato-squameux, l'impétigo (60,4%) pour le type pustuleux; les cicatrices hypertrophiques (31,3%) pour le type tumoral; l'érythème fessier en W (63,1%) pour le type érythémateux; le vitiligo (78,1%) pour le type dyschromique et tinea capitis (31,9%) pour le type intriqué.

Conformément au tableau 6, cinq diagnostics s'avéraient prépondérants avec la dermatite atopique et le prurigo strophulus en tête de file, suivis de l'impétigo, du tinea capitis et de la scabiose.

Tableau 1: Données épidémiologiques

Variables	n=818	Pourcentage
Sexe		
Masculin	362	44,3
Féminin	456	55,7
Age		
0-2 ans	250	30,6
3-5 ans	188	23,0
6-12 ans	215	26,3
13-18 ans	165	20,2
Saison		
Sèche	442	54,0
Pluvieuse	376	46,0
Mois d'admission		
Janvier	53	6,5
Février	101	12,3
Mars	88	10,8
Avril	70	8,6
Mai	55	6,7
Juin	55	6,7
Juillet	97	11,9
Aout	77	9,4
Septembre	68	8,3
Octobre	31	3,8
Novembre	51	6,2
Décembre	72	8,8

Tableau 2: Type lésionnel selon le sexe

Type lésionnel	Tous n=818	Masculin n=365	Féminin n=453	p
Vésiculeux	166 (20,3)	77 (21,3)	89 (19,5)	0,297
Papuleux	156 (19,1)	53 (14,6)	103 (22,6)	0,003
Erythémato-squameux	86 (10,5)	25 (6,8)	61 (13,4)	0,001
Pustuleux	101 (12,3)	43 (11,9)	58 (12,7)	0,400
Tumoral	48 (5,9)	13 (3,6)	35 (7,7)	0,009
Erythémateux	38 (4,6)	24 (6,5)	14 (3,0)	0,011
Dyschromique	33 (4,0)	17 (4,7)	16 (3,5)	0,248
Bulleux	3 (0,4)	3 (0,8)	0 (0,0)	-
Nodulaire	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,2)	-
Intriqué	172 (28,01)	103 (28,21)	69 (15,2)	<0,001
Squameux	7 (0,8)	3 (0,82)	4 (0,88)	0,395
Kératosique	2 (0,2)	1 (0,27)	1 (0,22)	0,779
Perte de cheveux	3 (0,3)	1 (0,27)	2 (0,44)	0,607
Pas de lésion élémentaire	2 (0,2)	2 (0,5)	0 (0,0)	0,617

Tableau 3: Répartition des types lésionnels selon l'âge

Type lésionnel	Age				p
	0-2 ans n=251	3-5 ans n=192	6-12 ans n=212	13-18 ans n=163	
Vésiculeux	69(27,6)	34(17,7)	46(21,6)	17(10,4)	<0,001
Papuleux	35(14,0)	44(22,9)	38(17,9)	39(23,9)	0,029
Erythémato squameux	22(8,8)	12(6,2)	21(9,9)	31 (19,0)	0,002
Pustuleux	37(14,8)	22(11,4)	12(5,6)	30(18,4)	0,001
Tumoral	22(8,8)	9(4,6)	14(6,6)	3(1,8)	0,001
Erythémateux	33 (13,1)	4 (2,0)	0(0,0)	1 (0,6)	<0,001
Dyschromique	4(1,5)	8(4,1)	11(5,1)	10(6,1)	0,068
Bulleux	3(1,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	-
Nodulaire	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	-
Intriqué	26(10,35)	53(27,6)	64 (30,18)	29 (17,7)	<0,0001
Squameux	0 (0,0)	3 (1,5)	4 (1,88)	0 (0,0)	1
Kératosique	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,4)	0 (0,0)	0,480
Perte de cheveux	0 (0,0)	2 (1,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	1
Pas de lésion élémentaire	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)	-

Tableau 4: Répartition des types lésionnels selon la saison

Groupes lésionnels	Saison sèche n=454	Saison pluvieuse n=364	p
Vésiculeux	91 (20,0)	75 (20,6)	0,445
Papuleux	81 (17,4)	75 (20,6)	0,309
Erythématosquameux	52 (11,4)	34 (9,3)	0,147
Pustuleux	41 (9,0)	60 (16,4)	0,003
Tumoral	35 (7,7)	13(3,5)	0,005
Erythémateux	19 (4,1)	18(4,9)	0,156
Dyschromique	19 (4,1)	14(3,8)	0,408
Bulleux	3 (0,6)	0(0,0)	-
Nodule	0 (0,0)	1(0,2)	-
Intriqué	102 (26,4)	64(17,5)	0,288
Squameux	7 (1,5)	0 (0,0)	0,445
Kératosique	1 (0,2)	1 (0,2)	-
Perte de cheveux	1 (0,2)	2 (0,5)	-
Pas de lésions élémentaires	2 (0,4)	0 (0,0)	-

La fréquence des DE dans cette étude était de 40,8%, constat semblable au Yémen [8] et en Egypte [9], respectivement 45,1% et 40%, contrairement aux observations maliennes (31,51 – 32,9 %) [2,10]. Le sexe féminin était majoritaire (55,7%) avec un sex ratio F/H de 1,25. Nos résultats s'accordent avec ceux observés à l'Est de la RDC [11] mais divergent de ceux des études Nigériane [12] et Turquie [13] où les enfants en période d'âge scolaire étaient plus nombreux. La prédominance des dermatoses chez les nourrissons pourrait s'expliquer par la précarité des conditions de vie des populations kinoises en général et des confins des CUK en particulier; les réalités démographiques pourraient justifier la grande fréquence du sexe féminin [4].

La saison sèche était l'alliée des DE dans 54% des cas avec des pics élevés en février (12,3%) et en juillet (11,9%). Dans une étude de Seudjip et al. [4] portant sur le profil des groupes étiologiques des DE, les observations sont les mêmes et s'accordent avec celles

de Tamer et al. en Turquie [13], mais divergent de celles de El Khateeb et al. en Egypte [9]. Le climat sec et froid de la saison sèche favorise d'une part la sécheresse cutanée, grande pourvoyeuse des irritations et des effractions cutanées, par conséquent de la survenue des dermatoses, et d'autre part la malpropreté corporelle à cause de la diminution de la fréquence de bain corporel.

2. Données cliniques

Les dermatoses intriquées (28,01%), vésiculeuses (20,3%) et papuleuses (19,1%) étaient les plus fréquentes dans le présent travail (Tableau 2). La survenue des DE était liée au sexe (p inférieur (p < 0,05; Tableau 2) pour les types lésionnels intriqué (tinea capitis: 31,9%; scabiose: 30,8%), érythémateux (Erythème Fessier du nourrisson en W: 63,1%), tumoral (cicatrice hypertrophique: 31,3%), érythémato-squameux (Pityriasis Rosé de Gibert: 39,5%) et papuleux (prurigo strophulus: 67,1%) (Tableau 5).

Tableau 5: Répartition de dermatoses selon les types lésionnels

Dermatoses par groupe lésionnel	n	%
Intriqué	172	100,0
Tinea capitis	55	31,9
Scabiose	53	30,8
Tinea corporis	25	15,5
Myase rampante	9	5,2
Onychomycose	3	1,7
Myase furonculoïde	1	0,5
Tungose	1	0,5
A déterminer	9	5,2
Ongle incarné	4	2,3
Erysipèle	1	0,5
Sclérodermie	1	0,5
Lèpre	1	0,5
Bébé collodion	1	0,5
Type Vésiculeux	166	100,0
Dermatite atopique	90	54,2
Dermatide de contact	17	10,2
Sudamina	46	27,7
Zona	2	1,2
Herpès	5	3,0
Varicelle	6	3,6
Papuleux	156	100,0
Urticaire	28	17,9
Prurigo strophulus	89	57,1
Erythème polymorphe	5	3,2
Granulome annulaire	3	1,9
Lichen plan	7	4,5
Epidermodysplasie verruciforme	2	1,3
Verrue vulgaire	17	10,9
Keratose pileaire	4	2,6
Pityriasis rubra pillaire	1	0,6
Pustuleux	101	100,0
Impétigo	61	60,4
Acné vulgaire	31	30,7
Foliculite	9	8,9
Erythémato-squameux	86	100,0
Pityriasis rosé de Gibert	34	39,5
Eczématide	23	26,7
Dermite séborrhéique	11	12,7
Pytiriasis versicolor	10	11,6
Psoriasis	4	4,6
Tinea corporis	1	1,1
A déterminer	2	2,3
Tumoral	48	100,0
Cicatrice hypertrophique	15	31,3
Hémangiome infantile	14	29,2
Molluscum contagiosum	8	16,7
Naïvus verruqueux	3	6,3
Condylome anogénital	2	4,2
Neurofibromatose	2	4,2
Maladie de Kaposi	2	4,2
Condylome buccal	1	2,1
Botriomycome	1	2,1
Erythémateux	38	100,0
Toxidermie	8	21,0
Erythème fessier en W	24	63,1
Erythème fessier en Y	6	15,7
Dyschromique	33	100,0
Vitiligo	25	78,1
Hyperpigmentation séquellaire	7	21,2

(Contd...)

Tableau 5: (Continued)

Dermatoses par groupe lésionnel	n	%
Mosaïcisme	1	3,1
Squameux	7	100,0
Icthyose vulgaire	7	4,0
Kératosique	2	100,0
Kératodermie palmo-plantaire	2	1,1
Perte de cheveux	3	100,0
Pélade	3	1,7
Pas de lésions élémentaires	2	100,0
Gonococcie	2	1,1

Tableau 6: Diagnostics les plus fréquents

Diagnostics	n	%
Dermatite atopique	90	11
Prurigo strophulus	89	10,8
Impétigo	61	7,4
Tinea capitis	55	6,7
Scabiose	53	6,4
Sudamina	46	5,6
Pityriasis rosé de Gibert	34	4,1
Acné vulgaire	31	3,7
Urticaire	28	3,4
Vitiligo	25	3,0
Tinea corporis	25	3,0
Erythème fessier en W	24	2,9
Eczématide	23	2,8
Verrue vulgaire	17	2,0
Dermatite de contact	17	2,0

Sans tenir compte de la classification des DE selon l'approche lésionnelle par d'autres auteurs, tinea capitis et scabiose se trouvaient être les plus fréquentes des dermatoses intriquées et représentaient sur l'effectif global de l'étude respectivement 6,7 % et 6,4%. En comparant ce constat diagnostique à ceux des travaux similaires mais selon l'approche étiologique, il y'a un accord avec Seudjip et al. [4] mais une contradiction avec Seudjip et al. [14], où la scabiose représentait 30,6% et tinea capitis 3,8% de l'effectif global des dermatoses infectieuses.

Les types lésionnels étaient liés à l'âge pour les dermatoses intriquées, érythémateuses, tumorales, pustuleuses, érythémato-squameuses, papuleuses et vésiculeuses (Tableau 3). Tinea capitis et la scabiose étaient l'apanage de la tranche d'âge de 3 à 12 ans ($p < 0,0001$). Pour tinea capitis, la présente étude va dans le même ordre d'idées que Seudjip et al. [4,14] et Fofana et al. [2]. Quant à la scabiose, nos résultats confortent ceux de Seudjip et al. [14], bien que leur étude portait exclusivement sur les dermatoses infectieuses chez l'enfant.

La survenue de la gale et de la teigne du cuir chevelu durant la tranche d'âge de 3 – 12 ans pourrait

s'expliquer par la phase de croissance que traversent les enfants à cet âge, le contact important interhumain et avec l'environnement [14,15], en plus du bas niveau socio-économique [16].

Les dermatoses vésiculeuses étaient liées au sexe ($p < 0,001$), avec un pic élevé chez les nourrissons (27,6%) (Tableau 3) et la dermatite atopique était la plus fréquente (54,2%) (Tableau 5). Toujours prises sous l'angle étiologique, plusieurs auteurs observent les dermatoses vésiculeuses comme étant les plus nombreuses chez les nourrissons [17-19]. La prédominance de la dermatite atopique dans cette étude s'accorde avec le constat de Seudjip et al. [4,11].

L'hygiène précaire de la peau du nourrisson dans notre milieu, associée au survêtement en région tropicale, peuvent justifier entre autre la prépondérance des dermatoses vésiculeuses. L'urbanisation, la croissance progressive de la pollution dans les grandes métropoles et la xérose cutanée due au climat froid et sec de la saison sèche pourraient justifier la prépondérance de la dermatite atopique [4].

Les dermatoses papuleuses venaient en 3^{ème} position avec 19,1% des cas (Tableau 2); elles étaient liées à l'âge ($p = 0,029$) avec des pics élevés entre 3-5 ans (22,9%) et 13-18 ans (23,9%) (Tableau 3); le prurigo strophulus se trouvant être le diagnostic le plus fréquent dans ce groupe (57,1%) (Tableau 5).

Ce constat se rapproche de ceux de plusieurs auteurs [4,20] pour la tranche d'âge de 3 – 5 ans contrairement à l'observation de Lengua et al. [21] où la prédominance se situe entre 6 – 8 ans.

Les piqûres d'insectes, le port des vêtements non couvrant, le non assainissement et la pollution de l'environnement pourraient étayer la survenue accrue du prurigo strophulus chez les enfants [1, 21, 22].

Le relevé des diagnostics (Tableau 6) montre que les dix DE les plus fréquentes étaient identiques selon les approches diagnostiques étiologique et lésionnelle et ce, aux fréquences comparables [4].

CONCLUSION

L'importance du présent travail réside dans l'intérêt de la prise en compte des deux approches, tant lésionnelle qu'étiologique, pour la prise en charge globale des dermatoses. En effet, l'approche lésionnelle pourtant

également importante dans l'étude des dermatoses, s'avère à notre connaissance pauvre en références dans la littérature.

Remerciements

Notre gratitude est exprimée au Docteur Aliocha Nkodila pour les analyses statistiques.

Statement of Human and Animal Rights

All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008.

Statement of Informed Consent

Informed consent was obtained from all patients for being included in the study.

RÉFÉRENCES

1. Kourouma HS, Kouassi Yi, Ecra EJ, Kaloga M, Gbery iP, Ahogo C, et al. Dermatoses de l'enfant: panorama des entités cliniques en consultation à Abidjan. *Rev Int Sc Méd.* 2017;19:144-8.
2. Youssouf F, Bekaye T, Adama D, Ousmane F, Siritio B, Lamissa C, et al. Profil épidémiologique 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;25:238.10564.
3. Traoré A, Kouéta F, Sanou I, Kam K, Dao I, Barro F, et al. Les dermatoses courantes de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical. *Service de Coopération et d'Action Culturelle éd, Ouagadougou.* <http://www.chu-rouen.fr/chnpo/Annales/Pubped9.html>. Consulté le 17 juillet 2018.
4. Seudjip NJ, Traore A, Mazebo PS, Bunga MP. Profile of the Etiological Groups of Child Dermatitis at the University Clinics of Kinshasa - Democratic Republic of the Congo. *Curr Updates Dermatol Probl.* 2019;2019:-11.
5. Wallach D. *Guide pratique de dermatologie*, 2^e éd., Mimi et Masson.
6. Emodi IJ, Ikefuna AN, Uchendu U. Skin diseases among children attending the outpatient clinic of the University of Nigeria teaching hospital, Enug Afr Health Sci. 2010;10:362-6.
7. Mulumba MP, Le paludisme de l'enfant à Kinshasa (Zaire): Influence de saison, de l'âge, de l'environnement et du standing familial. *Méd Trop.* 1990;50:53-4.
8. Lal Khatri M. Spectrum of skin diseases in Yemen (Hajjah and adjacent region). *Int J Dermatol.* 2004;43:580-1.
9. El-Khateeb EA. The spectrum of paediatric dermatoses in a university hospital in Cairo, Egypt. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2011;25:666-72.
10. Mahe A, Cisse IA, Faye O, Ndiaye HT, Niamba P. Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol.* 1998;37:673-6.
11. Semikenke S, Adégbidi H, Minani J, Bisimwa G. Les dermatoses de l'enfant en milieu hospitalier à Bukavu: aspects épidémiologiques et cliniques. *Ann Dermatol Vénérolog.* 2018;145:40.
12. Ayanlowo O, Puddicombe O, Gold-Olufadi S. Pattern of skin diseases among children attending a dermatology clinic in Lagos, Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2018;29:162.

13. Tamer E, Ilhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. *J Dermatol.* 2018;35:413-8.
14. Seudjip Nono LJ, Kakiessé Musumba V, Mazebo MPku S, Kasongo Mulenda F, Tshilombo Mwindila JM, Mbanzulu Dimbu C, et al. Dermatose infectieuse chez les enfants fréquentant un établissement de santé à Kinshasa/République Démocratique du Congo. *J Innovat Res Health Scien Biotechnol.* 2018;3:639-45.
15. Kouotou EA, Fokoua DCM, Kechia FA, Somo MR. Teigne du cuir chevelu: profil épidémiologique en milieu scolaire camerounais. *Ann Dermatol Vénéreol.* 2016;143:42.
16. Seudjip NLJ, Kakiessé 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:e3009-17.
17. Shahram B, Shahram Z, Abdoul-Ali M. Report: Skin disease patterns in Hormozigan, Iran MD. *Int J Dermatol.* 2005;44:641-5.
18. Furue M, Yamazaki S, Jimbow K, Tsuchida T, Amagai M, Tanaka T, et al. Prevalence of dermatological disorders in Japan: A nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. *J Dermatol.* 2011;38:310-20.
19. Andonaba J, Barro-Traoré F, Diallo B, Sakana L, Niamba P, Traoré A. Aspects épidémiologiques des affections dermatologiques au Centre hospitalier universitaire de Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso. *Ann Afr Med.* 2010;4:668–77.
20. Ahogo C, Sangare A, Kassi K, Ecra E, Kaloga M. Le prurigo strophulus: Aspects épidémiologiques et étiologiques sur peau noire à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Rev Int Sc Méd.* 2007;9:29-33.
21. Lenga A, Lenga – Loumingou A, Mabika Moussounda M, Vouidibio J. The Prurigo Strophulus in Brazzaville: Demonstration of Vectors and Study of Some Associated Bioecological Parameters. *Pakistan J Zool.* 2013;45:121-8.
22. Adegbidi H, Degboé B, Saka B, Elegbedé A, Atadokpedé F. Profil des dermatoses immunoallergiques chez les enfants dans le service de dermatologie du CNHU-C (Bénin). *Méd Santé Trop.* 2014;24:446-8.

Copyright by Lydie Joelle Seudjip Nono, et al.. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.