

Motifs d'Hospitalisation des Patients en Dermatologie à Antananarivo, Madagascar

[Reasons for Inpatient Admissions to the Dermatology Department in Antananarivo, Madagascar]

Irina Mamisoa RANAIVO^{1*}, Jenny Larissa RAKOTOMANANA², Malalaniaina ANDRIANARISON², Fandresena Arilala SENDRASOA², Lala Soavina RAMAROTATOVO², Fahafahantsoa RAPELANORO RABENJA²

¹ Service de Dermatologie CHU Morafeno Toamasina, Madagascar

² Service de Dermatologie CHU Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo, Madagascar



Résumé

Introduction : Le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Befelatanana d'Antananarivo prend en charge les dermatoses aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation. Deux études sur les patients vus en ambulatoire étaient menées en 2001 et en 2006. Mais, ceci sera la première pour Madagascar concernant l'hospitalisation. Notre objectif est de donner le profil épidémiologique-clinique des dermatoses vues en hospitalisation.

Méthodes et patients : Cette étude descriptive, rétrospective était réalisée du 01 Février

2006 au 28 Février 2012 dans le service de Dermatologie CHU Befelatanana. Les registres des hospitalisés et les dossiers des consultants étaient utilisés pour remplir nos fiches de recueil des données.

Résultats : Nous avons colligé 286 des patients vues dans le service. L'âge moyen était de 37,70 ans (extrême 5 et 98 ans) avec un sex ratio 0,49. Notre étude montrait l'importance des maladies auto-immunes (33,3%) qui sont dominées par le lupus érythémateux systémique (n=51). C'est une pathologie chronique évoluant par poussée et grave. La prise en charge des toxidermies graves (25,1%) se fait en hospitalisation comme dans tout autre pays. La durée moyenne d'hospitalisation était de 34 jours. Le taux de mortalité était de 3,49%.

Conclusion : Les formes graves des pathologies dermatologiques nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier.

Mots Clés - Dermatoses, Hospitalisation, Durée D'hospitalisation, Madagascar.

Abstract

Introduction: The Dermatology Department of the University Hospital Center of Befelatanana in Antananarivo deals with both outpatient and inpatient dermatoses. Two outpatient studies were conducted in 2001 and in 2006. But, this will be the first for Madagascar regarding hospitalization. So our aim is to determine the epidemiological-clinical profile of dermatoses seen in hospitalization.

Patients and methods: This descriptive retrospective study was conducted from 1 February 2006 to 28 February 2012 in Dermatology department at the University Hospital Befelatanana. The register of hospital consultants and files were used to fill out data collection Form.

Results : We collected 286 patients seen in the Dermatology department. The mean age was 37.70 years (5- 98 years) with a sex ratio 0.49. Our study showed the importance of autoimmune diseases (33.3%) that are dominated by systemic lupus erythematosus (n = 51). It is a serious chronic pathology evolving by push. The management of severe toxidermia (25,1%) is done in hospital as in any other country. The mean duration of hospitalization was 34 days. The mortality rate was 3.49%.

Conclusion: The serious forms of dermatological pathologies require management in hospital.

Keywords - Dermatoses, Hospitalization, Length Of Stay, Madagascar.

I. INTRODUCTION

Plusieurs études ont permis de documenter les pathologies cutanées rencontrées en consultation hospitalière [1]. Pour Madagascar, ces études se sont déroulées en 2001 et en 2006 [2, 3]. Mais, peu d'études ont été faites sur les pathologies vues en hospitalisation [2]. Cette étude sera la première pour notre pays. L'objectif de ce travail est de décrire le profil épidémiologique des principales dermatoses vues chez les patients hospitalisés au service de Dermatologie CHU Joseph Raseta Befelatanana (CHU JRB) d'Antananarivo.

II. PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective descriptive, de tous les patients ayant présenté des problèmes dermatologiques vus en hospitalisation au Service de Dermatologie CHU JRB pendant une période de 72 mois allant du 01 Février 2006 au 28 Février 2012. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés dans ce service pendant la période d'étude. Tous dossiers incomplets et tous patients n'ayant pas de problèmes dermatologiques ont été exclus dans notre étude. Les paramètres démographiques et les paramètres cliniques étaient étudiés. Les paramètres démographiques comprenaient l'âge et le genre des patients. Pour les paramètres cliniques il y avait le motif, la durée de l'hospitalisation ainsi que l'évolution au cours de l'hospitalisation. Les recueils des données ont été effectués par le logiciel Excel 2010. L'analyse statistique a été traitée sur le logiciel EPI-INFO version 3.5.3 année 2011. L'exploitation des données était faite de façon anonyme.

III. RESULTATS

Durant la période d'étude de 72 mois allant 01 février à 01 Février 2006 au 28 Février 2012, deux cent quatre-vingt-six des 7560 malades qui ont consulté dans le Service de Dermatologie ont été hospitalisés. L'âge moyen des patients était de 37.70 ans avec des extrêmes de 5 à 98 ans. Les patients âgés de moins de 15 ans représentaient 3,8% des patients hospitalisés, soit 11 enfants hospitalisés pendant la période étudiée. La tranche d'âge la plus concernée était de 15 à 45 ans avec un taux de 67,48% suivie de la tranche de 45 à 75 ans avec un taux de 25,17% ; Les patients âgés de plus de 75 ans ne représentaient que 3,49% des patients (Figure 1). Une prédominance féminine avait été notée avec

95 hommes (33,3%) et de 191 femmes (66,7%). Le sex ratio était de 0,49. Les maladies auto-immunes étaient les plus fréquemment observées avec 95 cas (33,2%) suivies successivement par les toxidermies (25,1%), les dermatoses infectieuses (12,5%), les dermatoses autonomes (12,5%) puis les dermatoses allergiques avec un taux de 4,8% (Tableau 1)

Les maladies auto-immunes étaient essentiellement représentées par le lupus érythémateux systémique (51 cas soit 53,6%) et la Dermatose Bulleuse Auto-Immune (DBAI) avec 27 cas (28,4%). Elles étaient suivies par la sclérodermie (8 cas soit 8,4%), la dermatomyosite (5 cas soit 5,2%), puis le syndrome SHARP (4 cas soit 4,2%). Les toxidermies comprenaient les nécrolyses épidermiques toxiques (60 cas soit 83,3% des toxidermies), le syndrome d'hypersensibilité (10 cas soit 13,8%), l'érythème pigmenté fixe (6 cas soit 8,3%), l'urticaire (4 cas soit 5,5%) et la pustulose exanthématique aiguë généralisée (2 cas soit 2,7%). Les pathologies d'origine infectieuse étaient dominées par les infections bactériennes (16 cas soit 44,4%) dont l'érysipèle (13 cas soit 36,1%), les infections virales (11 cas soit 30,5%) représentées par les infections par le virus varicelle-Zona, les réactions lépreuses (5 cas soit 13,8%) et les infections fongiques (4 cas soit 11,1%) avec 3 cas de mycoses profondes. La pelade (28 cas soit 77,7% des dermatoses autonomes) constituait la majorité des dermatoses autonomes en hospitalisation suivi du psoriasis (8 cas soit 22,2%). Les dermatoses allergiques retrouvées étaient la dermatite atopique dans sa forme érythrodermique (7,1% des dermatoses allergiques), l'eczéma de contact 28,5% et l'urticaire (64,2%).

La durée moyenne de l'hospitalisation était variable selon les pathologies allant de 1 à 65 jours avec une moyenne de 34 jours. Les maladies systémiques d'origine auto-immunes étaient hospitalisées plus longtemps surtout le lupus érythémateux systémique avec une extrême de 3 à 65 jours, suivies des DBAI (18,5 jours), des toxidermies graves (17 jours), des réactions lépreuses (13,5 jours), des dermatoses autonomes, des autres infections. Les dermatoses allergiques constituaient presque toutes une hospitalisation de jour. Le tableau 2 représente les durées moyennes d'hospitalisations des différentes pathologies. L'évolution des patients était en générale bonne mais il y avait 10 décès soit 3,49%. Les décès étant liés à la décompensation des maladies sous-jacentes chez les patients atteints de toxidermies graves.

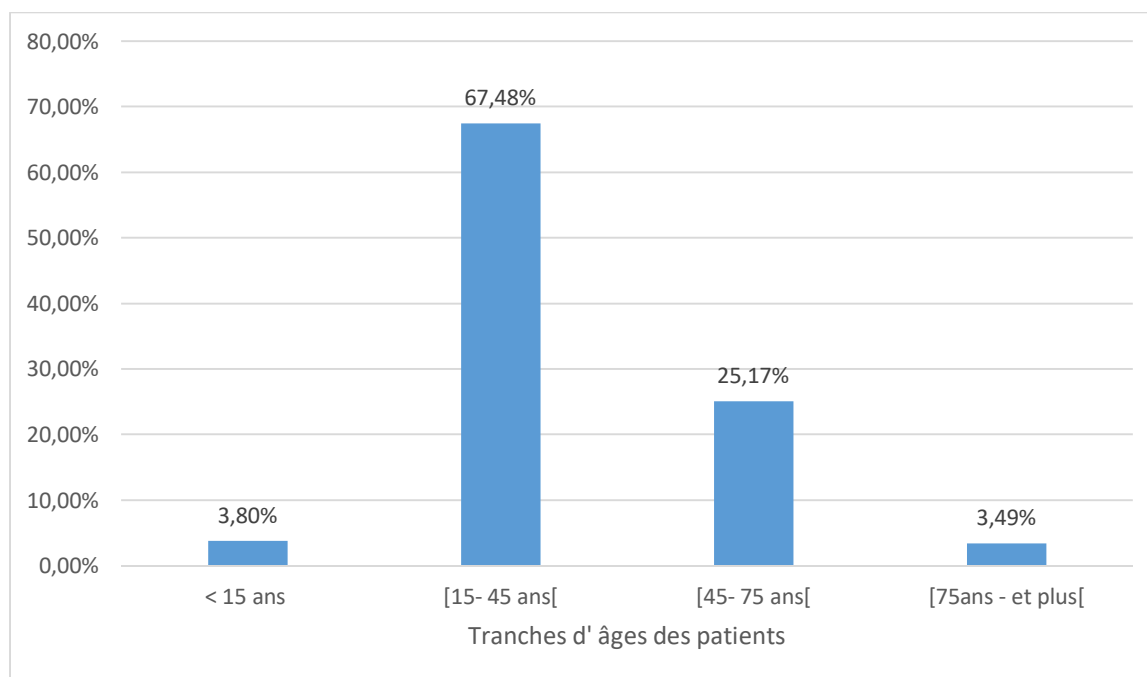


Figure 1 : Répartitions des patients hospitalisés selon les tranches d'âges

Tableau 1: Répartition de dermatoses vues en hospitalisation

Principales dermatoses	Nombre	Pourcentage
Maladies auto-immunes	95	33,2%
Toxidermies	72	25,1%
Dermatoses infectieuses	36	12,5%
Dermatoses autonomes	36	12,5%
Dermatoses allergiques	14	4,8%
Autres	33	11,5%
Total	286	100%

Tableau 2 : Durées moyennes d'hospitalisation des différentes pathologies

Pathologies	Durées moyennes d'hospitalisation (jours)
Dermatoses bactériennes	10
Dermatoses virales	12
Dermatoses mycosiques	13,5
Réactions lépreuses	26,5
Psoriasis	20
Pelade	4
Dermatite atopique et eczéma de contact	1,5
Urticaire	1
Erythème Pigmenté Fixe	7
Pustulose exanthématique aiguë généralisée	6
Nécrolyse épidermique Toxique	17
Lupus érythémateux systémique	34
Sclérodermie	16
Dermatomyosite	29,5
DBAI	18,5

IV. DISCUSSION

Nos résultats ont permis de répertorier les dermatoses vues en hospitalisation qui sont des pathologies chroniques évoluant par poussée, coûteux (couts directs et indirects) et grave pouvant engager le pronostic fonctionnel et/ou vital. Notre étude a trouvé une prévalence d'hospitalisation de 3,7% des pathologies dermatologiques sur l'ensemble des consultations de tous les patients venant dans le service de Dermatologie du CHUJRB. Cette prévalence est comparable aux données de la littérature. Elle était de 1,1 % à Lomé pour 454 hospitalisations des 40 231 consultants [4]. En France, Lukasiewicz *et al* ont rapporté un taux d'hospitalisation de 0,2% [5]. Il paraît donc que la majorité des dermatoses sont prises en charge en ambulatoire [1]. Pour Madagascar, cette prévalence reflète le parcours de soins du patient malagasy. Le malade est à certain stade d'évolution de l'affection sur le plan cutané et/ ou général lors de sa consultation. La faible accessibilité économique et géographique aux services de soins par les malades, le recours aux traitements traditionnels, ou à l'automédication retardent les consultations spécialisées [6]. Concernant l'âge, no patients sont généralement jeunes avec une moyenne d'âge de 37,7 ans. Les deux extrêmes d'âge étaient de 5 ans à 98 ans. La tranche d'âge entre 15 et 45 ans était la plus touchée. Ce pic de fréquence d'âge correspondait au résultat de l'étude sur les motifs de consultation au service de Dermatologie du CHU Befelatanana effectuée en 2006 [3]. Certaines pathologies sont aussi l'apanage des sujets jeunes, comme la pelade et le lupus érythémateux [4]. Le nombre restreint de patient (n=11) dans la tranche d'âge pédiatrique peut s'expliquer par la présence de service de pédiatrie à l'hôpital de Befelatanana.

La faible proportion des sujets âgé plus de 75 ans dans cette étude est peut être liée à leur habitude à consulter les tradipraticiens ou à leur expérience en automédication d'autant plus que la population Malagasy est jeune [6].

Un sex ratio de 0,49 (95H/191F) avec une prédominance féminine à 66,7% était retrouvée dans notre étude. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature sur les différentes études des pathologies dermatologiques [4, 7,8]. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes se préoccupent plus sur les symptômes cutanés. De plus, certaine pathologie, comme le lupus érythémateux, est beaucoup plus fréquent chez les femmes [9]. Les maladies auto-immunes étaient les pathologies les plus fréquemment rencontrées en forte proportion en hospitalisation au service de Dermatologie (33,2%) dans notre étude. Cependant, elles occupaient le septième rang lors de l'étude sur les consultations en 2006 [3]. Les maladies du système ont des manifestations cliniques variables autres que dermatologique. Et la présence de manifestations viscérales graves comme les atteintes viscérales, surtout rénale, neurologiques, cardiaques et pulmonaires nécessite une prise en charge en milieu hospitalier. La prédominance du lupus systémique s'expliquerait par sa fréquence sur peau noire [7,10] et de plus en plus diagnostiqué chez les Malagasy. En plus, les manifestations cutanées sont souvent inaugurales pour le lupus systémique [10- 11]. On avait diagnostiqué quatre syndromes de SHARP. Cette moindre proportion peut être due à sa faible fréquence ou sa difficulté de confirmation diagnostique. Par contre, les maladies auto-immunes se trouvaient à la troisième place lors d'une étude réalisée à Lomé [1]. Donc, la prévalence est différente d'un pays à un

autre. Cette différence est sur l'inégalité de la prédisposition à la maladie, des facteurs déclenchant, des facteurs favorisants, de l'état du patient ou du mode de prise en charge. Après le lupus érythémateux les dermatoses bulleuses autoimmunes viennent en deuxième position des maladies autoimmunes. Ces dermatoses sont prises en charge en milieu hospitalier surtout en phase aiguë. A Madagascar les examens d'immunofluorescences direct et indirects ne sont pas encore disponibles pour confirmation diagnostique de ces dermatoses bulleuses autoimmunes. [12]

Les toxidermies constituaient les deuxièmes groupes de pathologies dermatologiques prises en charge en hospitalisation dans notre étude avec 72 cas (21,1%). Elles sont essentiellement représentées par la nécrolyse épidermique toxique qui est une forme grave de toxidermie. Elles posent le problème de l'imputabilité. Les médicaments les plus souvent incriminés sont les antiépileptiques et les antituberculeux [13]. La présence de toxidermies impose l'arrêt immédiat des médicaments incriminés et la déclaration en service de Pharmacovigilance. Elles nécessitent ensuite des soins locaux rigoureux.

Les pathologies infectieuses occupaient la troisième des hospitalisations en Dermatologies. Les infections bactériennes occupent une place importante. Les dermatoses infectieuses sont généralement prise en charge en ambulatoire [14] Mais dans certains cas comme l'érysipèle une hospitalisation est nécessaire au risque décompenser et de favoriser les complications. Les réactions lépreuses nécessite une prise en charge en urgence et immédiate pour limiter les handicaps laissés par cet épisode inflammatoire aigu.

Pour les dermatoses autonomes seules les pelades ainsi que les psoriasis étaient hospitalisés. En cas de pelade l'hospitalisation s'avère nécessaire dans les formes graves pour dans le cadre d'un traitement par bolus de méthylprednisolone à forte dose nécessitant une surveillance hospitalière [15]. Le psoriasis dans la forme érythrodermique est une urgence dermatologique afin d'éviter les complications.

Le groupe de dermatoses allergiques était le moins rencontré en hospitalisation dermatologique (4,8%). On notait l'urticaire généralisée, l'Eczéma de contact et la dermatite atopique. Les dermatoses allergiques étaient dominées par l'urticaire généralisée (n=9). Cela prouve qu'une prise en charge en ambulatoire est sans risque pour ce groupe de dermatose. Ces patients étaient hospitalisés pour une simple surveillance de l'évolution de leur maladie sous traitement.

La durée d'hospitalisation en Dermatologie variait de un jour à 65 jours. En moyenne, la durée était de 34 jours. Cette variation du jour d'hospitalisation était fonction de la gravité de la pathologie et de la prise en charge thérapeutique (mode d'administration des médicaments, surveillance recommandée). Le séjour est allongé chez les patients ayant présenté des complications infectieuses et des manifestations viscérales graves des maladies systémiques [16]. L'évolution était bonne dans 96,51% des cas. Il y avait dix décès dont sept étaient des toxidermies graves. Ces décès étaient surtout causés par la décompensation des maladies sous-jacentes. Mais, pas de la dermatose en soit. L'étude sur les motifs d'hospitalisation à Lomé signalait aussi le taux élevé de décès (24,5%) au cours des toxidermies [1]. Pour leur étude, il y avait aussi la participation de la maladie de Kaposi dans cette hausse du taux de mortalité.

V. CONCLUSION

Cette étude sur les pathologies vue en hospitalisation au service de Dermatologie nous a permis de répertorier groupes de pathologies nécessitant vraiment une prise en charge en milieu hospitalier à Madagascar. Il a été constaté qu'à travers cette étude que les maladies systémiques qui paraissent absentes à Madagascar auparavant sont de plus en plus diagnostiquées. Et les toxidermies sont de plus en plus répertoriées.

REFERENCES

- [1] Mouhari-Tour A, Klu AS. Les motifs d'hospitalisation en dermatologie à Lomé (Togo). *Ann Dermatol Venereol* 2009 Avril;134: 448– 9
- [2] Randrianasolo FMP, Rasolonirina M, Ratrimoarivony C, Rapelanoro R F. Les principales pathologies dermatologiques à Antananarivo. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2001; 128: 3s81
- [3] Moroyandsa FL. Les principales pathologies dermatologiques vues au centre hospitalier universitaire d'Antananarivo [Thèse] Médecine : Antananarivo ; 2006. 123p.
- [4] Saka B, Gnassingbe W, Akakpo S et al. Motifs d'hospitalisation des patients en dermatologie à Lomé, Togo : tendances entre 1992-2005 et 2005-2016. *Med Sante Trop*. 2018 ; 28(3):270- 2
- [5] Lukasiewicz E, Martel J, Roujeau J-C, Flahault A. La dermatologie libérale en France métropolitaine en 2000. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:1261-5.
- [6] Ranaivo IM, Sendrasoa FA, Harioly Nirina MOJ et al. Self-Medication during Dermatological Disorders Seen

- in the Dermatology Department of the University Hospital Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo Madagascar. *EC Microbiology* 2019 ; 15 (5) : 339-343
- [7] Lamchahab FE, Beqqal K, Guerrouj B *et al.* Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénéréologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc. *The Pan African Medical Journal*. 2010;7:17. doi:10.11604/pamj.2010.7.17.400
- [8] de Paula Samorano-Lima L, Quitério LM, Sanches JA Jr, Neto CF. Inpatient dermatology: profile of patients and characteristics of admissions to a tertiary dermatology inpatient unit in São Paulo, Brazil. *Int J Dermatol*. 2014; 53(6):685-91.
- [9] Govoni M, Castelleno G, Bosi S, Napoli N, Trotta F. Incidence and Prevalence of Systemic Lupus Erythematosus in a district of North Italy. *Lupus*. 2006; 15: 110-3
- [10] Daboiko JC *et al.* Profil Clinique et Evolutif du Lupus Erythémateux Systémique à Abidjan à propos de 49 cas colligés au CHU de Cocody. *Méd Afr Noire*. 2004; 3: 143-6.
- [11] Ranaivo IM, Andrianarison M, Sendrasoa FA, Raharolahy O, Ramarozatovo LS, Rapelanoro Rabenja F. Cutaneous manifestations of lupus erythematosus in Antananarivo (Madagascar). *Int J Prog Sci Tech*. 2019 ; 17(1) : 98- 103
- [12] Kaloga M, Ecra E, Kourouma S *et al.* Panorama des dermatoses Bulleuses auto-Immunes (dBaI) sur Peaux foncées. *Rev int sc méd -RISM-2016*;18,4: 275- 9
- [13] Ranaivo IM, Sendrasoa FA, Harioly Nirina MOJ *et al.* Epidemiological and Evolutionary Aspects of Severe Toxidemia Seen in the Dermatology Department of the University Hospital Center Joseph Raseta Befelatanana of Antananarivo. *EC Microbiology*. 2019 ; 15(1) : 44- 9
- [14] Michoux E, Dereure O, Guillot B, Girard C. Maladies infectieuses en dermatologie : valeur ajoutée d'une consultation de dermatologie à délai court. *Ann Dermatol Vénéréol*. 2017 ; 144 (12S): S240
- [15] Im M, Lee SS, Lee Y, Kim CD, Seo YJ, Lee JH, Park JK. Prognostic factors in methylprednisolone pulse therapy for alopecia areata. *J Dermatol*. 2011 ; 38(8):767-72
- [16] Vololontiana HMD, Randriamanatsoa LN, Rahantamalala MI *et al.* Complications infectieuses des maladies systémiques prises en charge dans un service de Médecine Interne au CHU d'Antananarivo. *Rev. méd. Madag*. 2011;1(2):24- 9