

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE

Année : 1999-2000

2422/2000

pour l'obtention du

DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

**EPIDEMIOLOGIE DES MYCOSES DE LA PEAU
ET DES PHANERES AU DISPENSAIRE DU
PONT FELIX HOUPHOUET BOIGNY A
TREICHVILLE (ABIDJAN - COTE D'IVOIRE).**

Présentée et soutenue publiquement le 20 janvier 2000

Par

KOUADIO KOUAME

Né à Kouassi-Datékré (R.C.I.)

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur **EHOUMAN Armand**
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Agrégé **OUHON Jean**
Assesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé **DJEHA Djokonéhi**
Monsieur le Professeur Agrégé **ASSOUMOU Ala**

REPUBLICQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE

Année : 1999-2000

pour l'obtention du

DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

**EPIDEMIOLOGIE DES MYCOSES DE LA PEAU
ET DES PHANERES AU DISPENSAIRE DU
PONT FELIX HOUPHOUET BOIGNY A
TREICHVILLE (ABIDJAN - COTE D'IVOIRE).**

Présentée et soutenue publiquement le 20 janvier 2000

Par

KOUADIO KOUAME

Né à Kouassi-Datédro (R.C.I.)

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur **EHOUMAN Armand**
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Agrégé **OUHON Jean**
Assesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé **DJEHA Djokouéhi**
Monsieur le Professeur Agrégé **ASSOUMOU Aka**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UFR DES SCIENCES MEDICALES D'ABIDJAN 1999-2000

DOYENS HONORAIRES

P. HUARD Pierre PENE - BERTRAND Edmond - ALLANGBA KOFFI Théophile - Antoine YANGNI-ANGATE - MANLAN Kassi Léopold - DJEDJE André- Théodore - KADIO Auguste

PROFESSEURS HONORAIRES

ASSALE N'Dri - ASSI ADOU Jérôme - ATTIA YAO Roger - AYE Hypolite - BADOUAL Jean - BONDURAND Alain - BONHOMME Jean - BONNET DE-PAILLERETS François - J BOUCHER - A. BOURGEADE - BOURY Georges - BOUTROS-TONY Ferdinand - M. BOUVRY - BRETTE Jean- Pierre - BUREAU Jean- Pierre - CABANNES R.aymond - CLERC Michel - COFFI Dick Sylvain - CORNET Lucien - COULIBALY Ouezzin André - COULIBALY Nagbélé - COWPPLI-BONY Kwassy Philippe - DAGO-AKRIBI Augustin - DANON Gisèle - DJIBO William - DIARRA Samba - P. DELORMAS - DOUCET Jean - Michel DUCHASSIN - P. ESSOH Nomel - ETTE Ambroise - ETTE Marcel - D. FADIGA - GALAIS Hervé - GARANGO - GIORDANO Christian - GUESSEND Kouadio Gegorges - HAFFNER Gegorges - Max HAZERA - HEROIN Pierre - KEBE Memel Jean-Baptiste - P. KERFELLEQUE - F. S. KETEKOU - KOUASSI MANASSE - MICHOU Michel - LEBRAS Michel - LEGUYADER Armand - LONSDORFER Jean - LOUBIERE Robert - METRAS Dominique - MORLIER Gisèle - RAIN Jean Didier - RENAUD Jean-Pierre - RITTER Jean - OUATTARA Kouamé - POTOKI Bernard - Souleymane SANGARE - SANGARET Malick - SANTINI Jean Jacques - SERRE Jean Jacques - J. SOUBEYRAND - VILASCO Jacob - C. VAINDRENNE - WAOTA. Coulibaly Alexandre

DOYEN

N'DRI-YOMAN

AYA THERESE

ASSEESSEURS :

TIMITE-KONAN

ADJOUA MARGUERITE

EHUA

SOMIAN FRANCIS

HONDE

MICHEL

PROFESSEURS TITULAIRES

1	ANDOH	Joseph	Pédiatrie
2	BA	Zézé Vincent	Neurochirurgie
3	BAMBA	Méma	Oto-Rhino-Laryngologie
4	BEDA	Yao Bernard	Médecine Interne
5	BISSAGNENE	Emmanuel	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	BOHOUSSOU	Kouadio Marcellin	Gynécologie-Obstétrique
7	CAMARA	Benoît Mathieu	Hépatogastro-Entérologie
8	DELAFOSSE	Roger Charles	Psychiatrie
9	DIOMANDE	Mohénou Isidore	Anatomie Pathologique
10	DJEDJE	André-Théodore	Imagerie Médicale
11	DJEDJE	Mady Alphonse	Urologie
12	DOSSO-BRETIN	Mireille	Bactériologie-Virologie
13	EHOUMAN	Armand	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
14	HONDE	Michel	Anatomie Pathologique
15	GADEGBEKU	Anani Samuel	Stomato. et Chirurgie Maxillo-Faciale
16	KADIO	Auguste	Maladies Infectieuses et Tropicales
17	KANGA	Jean-Marie	Dermatologie-Vénérologie
18	KANGA	Miessan	Chirurgie Générale et Digestive
19	KEITA	Abdoul Kader	Imagerie Médicale

20	KONE	Mamourou	Gynécologie-Obstétrique
21	KONE	Nouhou	Gynécologie-Obstétrique
22	KOUAKOU	N'Zué Marcel	Rhumatologie
23	KOUAME	Konan Joseph	Pédiatrie
24	KOUASSI	Beugré	Neurologie
25	KOUASSI	Konan Bertin	O.R.L. et Chirurgie Cervico-Faciale
26	LAMBIN	Yves	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
27	LOKROU	Lohourignon Adrien	Endocrinologie
28	MANLAN	Kassi Léopold	Hépatogastro-Entérologie
29	MIGNONSIN	David	Anesthésie-Réanimation
30	MOBIOT	Mandou Léonard	Chirurgie Pédiatrique
31	N'DORI	Raymond	Cardiologie
32	N'DRI	Koffi Dominique	Anesthésie-Réanimation
33	N'GUESSAN	Henri Alexandre	Chirurgie Générale et Digestive
34	N'GUESSAN	Konan Gabriel	Anatomie-Urologie
35	NIAMKEY	Ezani Kodjo	Médecine Interne
36	ODEHOURI	Koudou Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
37	ODI	Assamoi Marc	Cardiologie
38	ROUX	Constant	Chirurgie Pédiatrique
39	SANGARE	Amadou	Hématologie Clinique
40	SANGARE	Ibrahima Séga	Urologie
41	SESS	Essiagne Daniel	Biochimie Médicale
42	SOMBO	Mambo François	Immunologie Générale et Médicale
43	TAGLIANTE-SARACINO	CHAPMAN Janine	Santé Publique et Méd. Communautaire
44	TEA	Daignékpo Norbert	Hématologie Clinique
45	TIMITE-KONAN	Adjoua Marguérite	Pédiatrie
46	TOURE-COULIBALY	Karidiata	Gynécologie-Obstétrique
47	TURQUIN-TRAORE	Henri	Chirurgie Générale et digestive
48	VARANGO	Guy Gaston	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
49	WELFFENS-EKRA	Christiane	Gynécologie-Obstétrique
50	YAO-DJE	Christophe	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1	ABBY	Blaguet Clément	Imagerie Médicale
2	ABISSE	Agba	Immunologie-Transfusion Sanguine
3	ADOH	Adoh	Cardiologie
4	ADOM	Ahoussi Hilaire	Médecine Interne
5	AGUEHOUNDE	Cosme	Chirurgie Pédiatrique
6	AMANI	N'Goran	Psychiatrie
7	AMONKOU	Akpo	Anesthésie-Réanimation
8	ANONGBA	Danho Simplicie	Gynécologie-Obstétrique
9	AOUSSI	Eba François	Maladies Infectieuses et Tropicales
10	ASSA	Allou	Stomato. et Chirurgie Maxillo-Faciale
11	ASSE	N'Dri Henri	Chirurgie Plastique et Réparatrice
12	ASSOUMOU	Aka	Parasitologie
13	BANA	Abdoulaye	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
14	BOA	Yapo Félix	Neurologie
15	BOGUI	Pascal	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
16	BONNY	Jean Sylvain	Médecine du Travail
17	D'HORPOCK	Ahoua François	Anatomie Pathologique

18	DA SILVA-ANOMA	Sylvia Hélène	Chirurgie Pédiatrique
19	DAH	Cyrille Serge	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
20	DANGUY-AKA KOUASSI	Vangah Elisabeth	Pneumophtisiologie
21	DANHO-KAKOU	Bassin Jeannette	Hématologie Clinique
22	DIALLO	Amadou Demba	Néphrologie
23	DIE-KACOU	Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
24	DJEHA	Djokouéhi	Dermatologie-Vénérologie
25	DJESSOU	Sossé Prosper	Biochimie Médicale
26	ECHIMANE	Kouassi Antoine	Cancérologie
27	EDOH	Vincent	Bactériologie-Virologie
28	EHOOU	Florent	Oto-Rhino-Laryngologie
29	EHUA	Somian Francis	Chirurgie Générale et Digestive
30	EKRA	Alain	Cardiologie
31	FANY	Adama	Ophtalmologie
32	FAYE-KETTE ACHI	Yaobla Hortense	Bactériologie-Virologie
33	GNAGNE	Yadou Maurice	Anatomie
34	GNIONSAHE	Dazé Appolinaire	Néphrologie
35	HOUENOU-AGBO	Yveline	Pédiatrie-Néo-Natalogie
36	KAKOU	Guikahué Maurice	Cardiologie
37	KANGAH	Diékouadio	Pédiatrie-Néo-Natalogie
38	Kassanyou	SALAMY	Anatomie-Chirurgie
39	KEITA	Cheikh Tidiane	Ophtalmologie
40	KOFFI	Kouamé	Santé Publique et Méd. Communautaire
41	KOFFI	N'Goran Bernard	Pneumophtisiologie
42	KOKOUA	Alexandre	Anatomie-Chirurgie
43	KONE	Drissa	Psychiatrie
44	KONE	Safédé	Ophtalmologie
45	KOUASSI	Jean-Claude	Chirurgie Générale et Digestive
46	KOUASSI	Kanga	Chirurgie Cardiaque
47	MANZAN	Konan	Urologie
48	MEITE	Mori	Immunologie Générale et Médicale
49	N'DRI-YOMAN	Aya Thérèse	Hépto-Gastro-Entérologie
50	N'GBESSO	Roger-Daniel	Imagerie Médicale
51	NAMA-DIARRA	Alimata Jeanne	Santé Publique et Méd. Communautaire
52	NANDJUI	Mansé Béatrice	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
53	OUATTARA	Dilai Noël	Imagerie Médicale
54	UEGNIN	Georges Armand	Urologie
55	OUHON	Jean	Parasitologie
56	OULAI	Soumahoro	Pédiatrie
57	SANOGO	Ibrahima	Hématologie Clinique
58	SEKA	Assi Rémi	Imagerie Médicale
59	SEKA	Séka Joseph	Immunologie Générale et Médicale
60	TANAUH	Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
61	TOURE	Stanislas André	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
62	TOUTOU	Toussaint	Médecine Interne
63	VARLET	Guy Gervais Aka	Neurochirurgie
64	YAPI	Achy	Pneumophtisiologie
65	YAPOBI	Yves René	Anesthésie-Réanimation
66	YOBOUET-YAO	Pauline	Dermato-Vénéro-Allergologie

MAITRES-ASSISTANTS

1	ADINGRA-GROGA	Bada Nicole	Médecine Interne
2	ADJOBI	Ello René	Gynécologie-Obstétrique
3	ADO-ADO-MENSAH	Marie Isabelle	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
4	ADOU-BRYN	Koffi Daho	Parasitologie
5	AGOH	Serge Antoine	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
6	AHNOUX	Ahnsanoux Antoine	Cancérologie
7	AHNOUX-ZABSONRE	Agbatouhabéba	Ophtalmologie
8	AISSI	Alain Germain	Gynécologie-Obstétrique
9	AKA	Boussou Romain	Dermatologie-Vénérologie
10	AKA-KOFFI	Viviane	Oto-Rhino-Laryngologie
11	AKE-TRABOULSI	Evelyne	Cardiologie-Pédiatrique
12	AKOUA-KOFFI	Gnankou	Bactériologie-Virologie
13	AMON-DICK	Flore	Pédiatrie
14	ASSI	Amonchyepo Ablan Berthe	Neurologie
15	ATTIA	Koffi Alain	Hépto-Gastro-Entérologie
16	BANKOLE-SANNI	Roumanatou	Chirurgie Pédiatrique
17	BAMBA	Insa	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
19	BOKOSSA-MAMBO	Ernestine	Gynécologie-Obstétrique
20	BROUH	Yapo	Anesthésie-Réanimation
21	CISSE-CAMARA	Massara	Biochimie Médicale
22	COULIBALY	Makan	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	DABOIKO	Félix Jean-Claude	Rhumatologie
24	DATIE	Ange Michel	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
25	DJE	Koffi	Urologie
26	DOMGUA	Kouao Médard Serge	Pneumophtisiologie
27	EBOULE-ABOA	Alloua Corinne	Cardiologie
28	ETI	Edmond	Rhumatologie
29	ETTE-AKRE	Evelyne	Oto-Rhino-Laryngologie
30	FAL	Arame	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
31	Gaoussou	COULIBALY	Pneumophtisiologie
32	GBAZI	Gogoua Casimir	Imagerie Médicale
33	GBERI	Ildevert Patrice	Dermatologie-Vénérologie
34	GUEDEGBE	Félix S.	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
35	KACOU-N'DOUBA	Adèle	Bactériologie-Virologie
36	KADJO	Kouamé	Médecine Interne
37	KAKOU	Aka Rigobert	Maladies Infectieuses et Tropicales
38	KAKOU	Konan Médard	Anatomie Neurochirurgie
39	KELI	Elie	Chirurgie Générale et Digestive
40	KODJO	Richard	Gynécologie-Obstétrique
41	KODO	Michel	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
42	KOFFI	Eric Martin	Chirurgie Générale et Digestive
43	KOFFI	N'Guessan Marcel	Santé Publique et Méd. Communautaire
44	KONAN	Alexis Victorien	Imagerie Médicale
45	KONE	Brahima	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
46	KOUADIO	Koffi	Chirurgie Générale et Digestive
47	KOUAKOU	Firmin	Gynécologie-Obstétrique
48	KOUAME	Yao Julien	Chirurgie Générale et Digestive
49	KOUTOUAN	Annick	Biophysique
50	LOHOUES-KOUACOU	Marie Jeanne d'Arc	Hépto-Gastro-Entérologie

51	N'DRI	Kouadio	Imagerie Médicale
52	N'GOAN-DOMOUA	Anne-Marie	Imagerie Médicale
53	N'GOM	Abdoukarim Sévérin	Pneumophtisiologie
54	OREGA	Marc Euloge	Pédiatrie
55	OUATTARA	Doignan	Médecine Interne
56	OUATTARA	Ossénou	Chirurgie Pédiatrique
57	OUEDRAOGO-YANGNI	Yolande	Médecine Interne
58	PRINCE	Agbodjan Adjété	Pédiatrie
59	QUENUM	Guillaume David C.	Gynécologie-Obstétrique
60	TANO-AIE	Amenan Laure	Gynécologie-Obstétrique
61	TOURE	Managbè	Pédiatrie
62	TRE-YAVO	Mireille	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
63	VILASCO	Brigitte Emma	Anesthésie-Réanimation
64	YAO	Toutoukpo	Hématologie Clinique
65	YAPI-YAPO	Chia Paulette	Radiologie
66	YAPO-AEVOUELIE K.	Florence	Cardiologie
67	YAPO	Patrice	Chirurgie Générale et Digestive
68	YAVO	Jean-Claude	Pharmacologie Clinique
69	YEBOUE-KOUME	Brou Yves	Médecine du Travail

MAITRE-ASSISTANT MONO-APPARTENANT

1	N'KO	Marcel	Biochimie
---	-------------	--------	-----------

ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

1	ADJORLOLO-SANOOGO	Adjoua Christiane	Ophthalmologie
2	ADONIS	Laurence Ya	Pédiatrie
3	ADOUBI	Innocent	Cancérologie
4	ALLAH	Kouadio Emile	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
5	AKA	Gblanh Kassy	Stomato. et Chirurgie Maxillo-Faciale
6	AKAFFOU-ADJA	Evelyne	Pédiatrie-Néo-Natalogie
7	AMORISSANI-FOLQUET	Amah Madeleine	Pédiatrie
8	ANKOTCHE	Amos	Médecine Interne
9	ANOUMOU	N'Guessan Michel	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
10	Bakary	OUATTARA	Stomato. et Chirurgie Maxillo-Faciale
11	BAKASSA	Traoré	Chirurgie Cardiaque
12	BASSA	Kouadio Modeste	Cardiologie
13	BENIE BI	Vroh Joseph	Santé Publique et Médecine Sociale
14	BINLIN-DADIE	Renée Hélia Ayakan dite Gn.	Anesthésie-Réanimation
15	BONI	N'Guessan Raymond	Neurochirurgie
16	Brahima	DIARRA	Chirurgie Générale et Digestive
17	BURAIMA	Fataho	Oto-Rhino-Laryngologie
18	CASANELLI	D'istria Jean-Marie	Chirurgie Générale et Digestive
19	CISSE	Lassina	Pédiatrie
20	COULIBALY	Abou	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
21	COULIBALY	Adama	Chirurgie Générale et Digestive
22	COULIBALY	Ali	Radiologie
23	COULIBALY	Bakary (à titre étranger)	Chirurgie Pédiatrique
24	COULIBALY	Fahan	Ophthalmologie
25	COULIBALY	Iklo	Cardiologie

26	COULIBALY	Noël	Urologie
27	COULIBALY-CAMARA	Ramata	Pédiatrie
28	COULIBALY-ZERBO	Férima	Pédiatrie
29	COWPLI-BONY	Ahou Pascale	Neurologie
30	DAGNAN	N'Cho Simplicie	Santé Publique et Médecine Sociale
31	DAIX	Ahou Thomas	Pneumophtisiologie
32	DEKOU	Angoran Hygin	Urologie
33	DIAGANA	Mouhamadou Boubacar (Etran.)	Neurologie
34	DIABATE	Aboubakar Sidiki	Radiologie
35	DIETH	Atafy Gaudens	Chirurgie Pédiatrique
36	DIOMANDE	Abdoulaye	Stomatologie
37	DREESEN	Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
38	ECRA-ELIDJE	Joseph	Dermatologie-Vénérologie
39	EHOLIE	Serge Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
40	EHOUNOUD	Hyacinthe Jean-Claude	Anesthésie-Réanimation
41	EHUA-AMANGOUA	Evelyne Sylvia	Pédiatrie
42	EKRA	Kouadio Daniel	Santé Publique et Méd. Communautaire
43	ELOIFLIN	Banga	Anesthésie-Réanimation
44	ENOH	Slanziahuélié Jacob Euloge	Pédiatrie
45	GBE	Kassieu	Ophtalmologie
46	GOGOUA	Dallo Raphaël	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
47	GONDO	Diomandé	Gynécologie-Obstétrique
48	GUIE	Yéret Privat	Gynécologie-Obstétrique
49	KABA	Lanciné	Chir. Plastique, Reconstructrice
50	KACOU	Aka Désiré	Chirurgie Ortho. et Traumatologie
51	KENDJA	Kouassi Flavien	Chirurgie Thoracique
52	KOFFI	Kouakou	Anesthésie-Réanimation
53	KONAN	Blé Rémy	Gynécologie-Obstétrique
54	KONAN	Kouadio Emmanuel	Stomatologie
55	KONAN	Kouamé Paul Gérard	Urologie
56	KONAN	Yao Lucien M.	Chirurgie Générale et Digestive
57	KONAN-TOURE	Akissi Marie-Louise	Ophtalmologie
58	KONE	Tahirou	Radiologie
59	KOSSOKO	Issa Hyppolyte	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
60	KOAME	Dibi Bertin	Chirurgie Pédiatrique
61	KOUASSI	François Xavier	Ophtalmologie
62	KOUKOUNON	Gbodo Michel	Anesthésie-Réanimation
63	KOUYATE	Salifou	Gynécologie-Obstétrique
64	LASME-GUILLAO	Berthe Evelyne	Pédiatrie
65	MAHASSADI	Kouamé Alassan	Hépto-Gastro-Entérologie
66	MANOU	Koffi Benjamin	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
67	MOH	Elloh Nicolas Félix	Chirurgie Pédiatrique
68	MOUSSA	Bakary	Chirurgie Générale et Digestive
69	N'DRI	Oka Dominique	Neurochirurgie
70	N'GUESSAN	Kan	Néphrologie
71	N'GUESSAN	Koffi	Gynécologie-Obstétrique
72	N'GUESSAN-KOFFI	Isabelle Léa	Oto-Rhino-Laryngologie
73	N'ZI	Kouassi Paul	Imagerie Médicale
74	NANDIOLO	KONE Rose	Chirurgie Pédiatrique
75	NDOUTABE	Modjirom (à titre étrang)	Santé Publique et Méd. Communautaire
76	NIANGUE-BEUGRE	N'Drin Martine	Pédiatrie
77	NIUBLE	Ghislain	Anesthésie-Réanimation

78	OUALI	Boubacar	Rhumatologie
79	OULD BEDDI	Mohamed (Etranger)	Imagerie Médicale
80	SANGARE	Abdoulaye	Dermatologie-Vénérologie
81	SENI	Konan	Gynécologie-Obstétrique
82	SICA	Asso (IRF ADZOPE)	Chirurgie Plastique
83	SIE	Essoh Jean-Baptiste	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
84	SISSOKO	Jacques Auguste Souleymane	Anesthésie-Réanimation
85	SORO	Lacina	Anesthésie-Réanimation
86	SORO-KONE	Mariam	Pédiatrie
87	TANON	Blah Marie Josée	Oto-Rhino-Laryngologie
88	TETCHI	Yavo Denis	Anesthésie-Réanimation
89	TIEMBRE	Issaka (Etranger)	Santé Publique et Méd. Communautaire
90	TOURE-ECRA	Ana Fatoumata	Gynécologie-Obstétrique
91	VE	Diomandé	Psychiatrie
92	YAGO	Assane (Etranger)	Radiologie
93	YAGO	David Ousséni (Etrang.)	Ophthalmologie
94	YAO	Blaise	Urologie
95	YAPO	Yapo Paul	Anesthésie-Réanimation
96	YENON	Kacou Sébastien	Chirurgie Générale et Digestive
97	YEO	Ténéna Niona Louis Phil.	Anesthésie-Réanimation
98	YOFFOU-ANDRE	Liliane	Ophthalmologie
99	YOTIO	Ayékpá	Oto-Rhino-Laryngologie

ASSISTANTS-CHEFS DE BIOCLINIQUE

1	ACHY	Ossey Bertin	Biophysique
2	ADEOTI	Mansour Franck	Biochimie Médicale
3	AKA	Joseph	Biostatistique et Informatique Médicale
4	AKRE	Dagra Paul	Immunologie Générale et Médicale
5	BALEYSSAC	Eric Wenceslas	Pharmacologie Clinique
6	BOKA	Boni Michel	Anatomie Pathologique
7	BROALET	Maman You Espérance	Anatomie-Neurochirurgie
8	DASSE	Séry Romuald	Immunologie Générale et Médicale
9	DAUBREY-POTÉY	Thérèse C.	Pharmacologie Clinique
10	ETTE-DIENG	Elisabeth	Anatomie Pathologique
11	GOTTA	Séry Fréjus	Anatomie
12	KOFFI	Kouakou	Anatomie Pathologique
13	KOFFI	Kouassi Gustave	Hématologie Clinique
14	KONE	Moumini	Hématologie Clinique
15	KOUAME	Kouassi René	Anatomie
16	KOUASSI-M'BENGUE	Aya Alphonsine	Bactériologie-Virologie
17	MONDE	Aké Absalome	Biochimie Médicale
18	OUATTARA	Souhaliho	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
19	SAKHO	Sidi Samba	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
20	SIRANSY-BOGUI	Kouabla Liliane	Immunologie Générale et Médicale
21	TOLO	Aïssata	Hématologie Clinique
22	TROH	Emile	Anatomie Pathologique
23	TUO	Nalourgo	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
24	VAMY	Gboignon Michel	Pharmacologie Clinique
25	WOGNIN	Sangah Barthélémy	Médecine du Travail
26	YAO	Gngangoran Victor	Histo-Embryo-Cyto-Génétique

27	YAPO-ETTE	Hélène Abouheu	Médecine Légale
28	ZUNON-KIPRE	Eric Emile Gnogbo	Biophysique
29	ZUNON-KIPRE	Yvan	Anatomie

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

1	ABBY-BAILLY	Hortense Marie-Thérèse	Anglais
2	AKA	Mossouma Georgette	Anglais
3	KAHAN	Koffi Pierre	Anglais

DÉDICACES

A Dieu tout-Puissant

"Dieu est fidèle à ses promesses, ce Dieu qui nous a appelé à être dans l'union avec son fils Jésus-Christ, notre Seigneur." 1 Cor. 1, 9.

Seigneur, dès ma naissance, tu avais déjà tracé mon destin; celui d'être Médecin.

Aujourd'hui est le couronnement de ce chemin. Merci Miséricordieux de m'avoir protégé tout au long de ce petit bout de vie que je viens de parcourir.

Je t'offre éternellement à ton fils, mon être, mon âme, mon cœur, mon sang et tout ce que je suis.

DÉDICACES

A ma mère Affonso Mouroufè

En hommage à ta dévotion et à ta présence en silence pour notre éducation.

Que Dieu te garde parmi nous pour que tu bénéficies de ces années de prières.

A mon père Koualla Nya

En hommage à toutes les souffrances et peines que tu as endurées pour élever les enfants. Merci Papa !

Que tu aies longtemps pour que tu puisses jouir du fruit de cette souffrance.

Papa et Maman, trouvez à travers la couronne de ce travail, le témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout le dévouement, ainsi que pour mon amour filial indéfectible.

A Dieu tout Puissant

"Dieu est fidèle à ses promesses, ce Dieu qui vous a appelé à vivre dans l'union avec son fils Jésus-Christ, notre Seigneur." 1 Cor. 1, 9.

Seigneur, dès ma naissance, tu avais déjà tracé mon destin; celui d'être Médecin.

Aujourd'hui est le couronnement de ce choix. Merci Miséricordieux de m'avoir protégé tout au long de ce petit bout de vie que je viens de parcourir.

Je me donne éternellement à toi, fais de moi le Médecin que tu souhaites que je sois.

A ma mère Affoua Mouroufié

En hommage aux sacrifices immenses que tu as consentis en silence pour notre éducation.

Que Dieu te garde parmi nous pour que tu bénéficies de ces années de peines.

A mon père Kouadio Kra

En hommage à toutes les souffrances et peines que tu as endurées pour instruire tes enfants. Merci Papa !

Que tu vives longtemps pour que tu puisses jouir du fruit de cette souffrance.

Papa et Maman, trouvez à travers la couronne de ce travail, le témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout le dévouement, ainsi que pour mon amour filial indéfectible.

A ma deuxième mère Soman Akoua Marie

Ton entente parfaite avec ma mère depuis que Papa t'a épousée a fait que tu nous as toujours considérés comme tes propres enfants.

Que Dieu te garde longtemps parmi nous.

A Mademoiselle Laté Abran Kra Florence

Merci pour tout l'amour et la joie que tu m'as témoignés lors de la confection de ce livre.

Tu as toujours été avec moi dans les moments de peine comme dans les périodes de joie.

Trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mon oncle Adingra Kouamé,

ex-Chef du village de Kouassi-Datékré (in memoriam)

Tout au long de mes études, tu m'as toujours soutenu. Tu étais une fierté pour notre famille. J'aurais voulu que tu sois là le jour du couronnement de ce travail, mais hélas Dieu t'a arraché à notre affection.

Que son nom soit béni. Mais sache que nous aurons toujours une pensée pieuse pour toi. Repose en paix pour tout le sacrifice que tu as consentis pour notre éducation et veille sur nous.

A mon oncle Kouadio Kobenan dit Pechou

Tu as la lourde responsabilité de veiller sur nous après la disparition de votre frère aîné. Nous savons qu'il sera difficile de remplacer un homme comme le vieux Adingra. Je sais que tu réussiras à nous surveiller à ta manière.

Trouve en ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance et mon soutien. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi et continueras de faire.

A mon oncle Laté Kouadio (in memoriam)

Tu étais pour moi une référence, un modèle, un guide. Ta disparition brutale nous a attristés en Août 1984, mais ce fut la volonté de Dieu.

Trouve depuis les cieux le repos et la paix éternels.

A mes tantes

- Ama Brou dite Mo Brou
- Alimata
- Naza

Merci pour votre apport moral

A mes frères et soeurs

- Kouadio Kouamé Joseph
- Kouadio Kobenan
- Kouadio Affoua Madeleine

Puisse ce travail vous servir d'exemple.

A mes cousins et cousines

- Essy Yao Koffi Marcellin
- Yao Assué Michel
- Adingra Kouakou Vincent
- Kouadio Kouassi Alphonse
- Tantie Mariette
- Affoua Mouroufié Christine
- Dongo Martin

Recevez ce travail en témoignage de ma reconnaissance.

A mes neveux et nièces

Que ce travail vous incite à faire mieux que moi.

A mon tuteur de Bondoukou

Adama Ouattara et son épouse

Vous m'avez accueilli à Bondoukou comme un vrai fils.
Je voudrais à travers ce travail, vous témoigner ma très profonde reconnaissance.

*A mes amis du Lycée Moderne de Bondoukou
et de l'Université*

- Kouakou Kouamé Boris Wilfried et sa fiancée Abo Abenan

Laure

- Boko Kouakou Laurent
- N'Dri Konan Faustin
- Flan Mathias

- Dongo Kouamé Frédéric dit "Moving"
- Sanogo NFah et sa fiancée Diarrassouba Krotoum
- Amadou Drissa

*Vous êtes pour moi plus des frères et des soeurs que des amis.
Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour
votre soutien moral.*

A mes amis d'enfance

- L'Abbé Kouassi Koffi Fofié Paul
- Koffi Yao Sylvestre

*Trouvez à travers ce travail l'expression de ma très profonde
sympathie*

*A tous ceux et toutes celles que j'ai omis involontairement, sachez
que je vous en sais gré.*

A mon Parrain, Son Excellence Monsieur 'ESSY' Amara,
Maire de la Commune de Kouara Doulou

Monsieur le Maire et cher oncle, le travail que vous faites en
général pour la Côte d'Ivoire et particulièrement pour notre région ne fait
que confirmer les grandes qualités d'homme de développement, d'unité et
de progrès que vous êtes.

En acceptant d'être le parrain de notre modeste travail, c'est un
honneur que vous nous faites en dépit de vos tâches immenses.

Vous êtes pour nous un modèle, une référence.

Merci pour votre soutien dans ce travail.

REMERCIEMENTS

Au Docteur ADOMI-BROWN (Koffi Daho)

Vous avez accepté de nous accompagner dans ce travail et vos précieux conseils ont permis la réalisation de cet ouvrage.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Aux Docteurs

- *Silué Soubé Kouadio*: Médecin-chef du dispensaire du pont
Noupiandé Boigny.

- *Akp Bonanou*: Maire adjoint au Centre de
Dermatologie du CHU de Treichville.

- *Kouaguidé Alain*: Médecin-chef Adjoint du dispensaire du
pont Noupiandé Boigny.

Pour votre franche collaboration lors de l'enquête au dispensaire
du pont.

A mon Parrain, Son Excellence Monsieur ESSY Amara,
Maire de la Commune de Kouassi Datekro

Monsieur le Maire et cher aîné, le travail que vous faites en général pour la Côte d'Ivoire et particulièrement pour notre région ne fait que confirmer les grandes qualités d'homme de développement, d'unité et de progrès que vous êtes.

En acceptant d'être le parrain de notre modeste travail, c'est un honneur que vous nous faites en dépit de vos tâches immenses.

Vous êtes pour nous un modèle, une référence.

Merci pour votre soutien dans ce travail.

Au Docteur ADOU-BRYN Koffi Dafo

Votre disponibilité et votre contribution à l'élaboration de ce travail et vos précieux conseils ont permis la réalisation de cet ouvrage.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Aux Docteurs

- Silué Sorho Kozolo: Médecin-chef du dispensaire du pont Houphouët Boigny.
- Aka Boussou : Maître assistant au Centre de Dermatologie du CHU de Treichville
- Kamagaté Matindé: Médecin-chef Adjoint du dispensaire du pont Houphouët Boigny.

Pour votre franche collaboration lors de l'enquête au dispensaire du pont.

A tout le personnel du Laboratoire de Parasitologie de l'U.F.R. des sciences Médicales en particulier:

- M. Coulibaly Siaka
- Mme Kouakou N'Zué Bernadette
- M. N'Guessan Assiè Bernard
- Dr. Yapo Gisèle
- Dr. Touré Ramatou Amidou
- Mme Manglé Rosine
- M. Dago Dieudonné
- M. N'Tapke Joseph

Merci pour toute l'aide que vous nous avez apportée lors de la réalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de notre très grande reconnaissance.

A l'ARESKA (Association des Ressortissants de Kouassi-Datekro à Abidjan), à la MUDEKO (Mutuelle pour le Développement Economique, Social et Culturel de Kouassi-Datékro), à leur Bureau respectif et à leurs membres, à toute la population de Kouassi-Datekro.

Pour l'apport tant moral que financier dont j'ai bénéficié.

A Madame Akoua Thérèse, pour votre apport à l'élaboration de cet ouvrage

*A Monsieur et Madame Kamagaté, pour votre apport dans la
confection de cet ouvrage.*

A Monsieur Laté Yao Daniel et Madame

A Monsieur Klait Mohamed

*Merci pour votre soutien . Que Dieu vous bénisse et vous garde
longtemps.*

A NOS MAÎTRES
ET JUGES

A notre maître et président de Jury

Monsieur le professeur EMERSON Armand

- professeur d'histologie-embryologie et de cytogénétique,

*- Chef du Laboratoire d'Histologie-Embryologie et de
cytogénétique de l'U.F.R. des Sciences Médicales
d'Abidjan,*

- Directeur de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

- Officier de l'Ordre de la Santé Publique

- Officier de l'Ordre du Mérite

A NOS MAÎTRES ET JUGES

*Quand nous vous avons approché pour vous demander de
présider cette thèse, vous n'avez manifesté aucune résistance.*

*Aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire
que confirmer vos qualités d'homme simple, courtois, gentil et
travailleur.*

*Veuillez trouver en cher maître, l'expression de notre
profonde reconnaissance d'avoir été un élève de votre école.*

A notre maître et président de Jury

Monsieur le professeur EHOUMAN Armand

- professeur d'histologie-embryologie et de cytogénétique.*
- chef du Laboratoire d'Histologie-Embryologie et de cytogénétique de l'U.F.R. des Sciences Médicales d'Abidjan.*
- Directeur de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire*
- Officier des palmes académiques.*
- Officier du mérite sportif*

Quand nous vous avons approché pour vous demander de présider cette thèse, vous n'avez manifesté aucune résistance.

Aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté ne fait que confirmer vos qualités d'homme simple, courtois, gentil et travailleur.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance d'avoir été un élève de votre école.

profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Agrégé OUHON Jean.

- Maître de conférence Agrégé de parasitologie-mycologie,*
- Chef de service du Laboratoire de parasitologie mycologie du CHU de Cocody.*

Lorsque nous faisons nos premiers pas au Second cycle d'étude médicale, nous avons été fasciné par la qualité de vos enseignements et votre abord facile.

Ainsi cette thèse nous a permis de découvrir un homme dont les qualités humaines et scientifiques forcent l'admiration et le respect.

Votre disponibilité nous a permis de réaliser ce travail dans de meilleurs conditions et nous espérons qu'il sera à la mesure des espoirs que vous attendez.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur agrégé DJEHA Djokouéhi

- Maître de conférence agrégé de Dermatologie vénéréologie allergologie.

-- Membre de la Société Médicale de Côte d'Ivoire

- Membre fondateur de la Société Ivoirienne de Dermatologie et de vénéréologie

- Trésorier général de la Société Ivoirienne de Dermatologie

- Membre du Conseil d'Administration de l'Association Africaine de Dermatologie.

- Membre correspondant étranger de la Société Française de Dermatologie

- Chef de Service des M.S.T au Programme National de Lutte contre le SIDA, les M.S.T et la Tuberculose en Côte d'Ivoire.

Nous sommes très touché de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger.

Soyez assuré de notre déférente admiration et de nos sentiments les plus respectueux.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE GENERALITES.....	2
CHAPITRE I Le cuir.....	3
1.1- Composition de la peau.....	3
1.2- Les annexes de la peau.....	6
1.2.1- Les glandes sudoripares.....	6
1.2.2- Les follicules pileux.....	7
1.2.3- Les ongles.....	7
A notre Maître et Juge.....	7
Monsieur le Professeur agrégé ASSOUMOU Aka.....	8
- Maître de conférence agrégé de parasitologie-mycologie.....	8
- Chef de service du Laboratoire de parasitologie du CHU de Yopougon.....	8
Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.....	10
Nous vous en savons gré et vous assurons de notre respectueuse admiration.....	17
II.3.1- Affaire de la peau glabre.....	17
II.3.1.2- Affaire des ongles: Onyxie à onycholyses.....	19
II.3.1.3- Affaire du cuir chevelu et de la tête.....	20
II.3.2- Les Candidoses.....	22
II.3.2.1- Infection des parties ple.....	22
II.3.2.2- Infection des ongles.....	23
II.3.2.3- Péronychie et Onyxie à Candida albicans.....	25
II.3.3- Les autres levures.....	27
II.3.3.1- La <i>Phyliasia versicolor</i>	27
II.3.3.3- LA Torulose.....	24
II.3.3.2- Le Trichosporon.....	24
II.3.4- Diagnostic différentiel des mycoses superficielles.....	24
II.3.4.1- Au niveau la peau glabre.....	24
II.3.4.2- Au niveau de la région pileuse et des cheveux.....	25

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE: GÉNÉRALITÉS	4
CHAPITRE I- La peau	5
I.1- Composition de la peau	5
I.2- Les annexes de la peau.....	6
I.2.1- Les glandes sudoripares.....	6
I.2.2- Les follicules pilosébacés.....	7
I.2.3- Les ongles	7
I.2.4- Autres annexes	7
I.3- Les fonctions de la peau.....	7
CHAPITRE II- Les mycoses superficielles	8
II.1- Epidémiologie.....	8
II.1.1- Les agents pathogènes.....	8
II.1.1.1- Les dermatophytes	8
II.1.1.2- Les levures.....	11
II.1.2- Facteurs favorisants.....	14
II.1.3- Mode de contamination.....	15
II.1.4- Répartition géographique (5).....	16
II.2- Physiopathologie.....	16
II.3- Manifestations cliniques.....	17
II.3.1- Les dermatophyties	17
II.3.1.1- Atteinte de la peau glabre	17
II.3.1.2- Atteinte des ongles: Onyxis à dermatophytes	19
II.3.1.3- Atteinte du cuir chevelu et de la barbe.....	20
II.3.2- Les Candidoses	22
II.3.2.1- Intertrigo des grands plis.....	22
II.3.2.2- Intertrigo des petits plis.....	23
II.3.2.3- Péronyxis et Onyxis à Candida albicans	23
II.3.3- Les autres levuroses.....	23
II.3.3.1- Le Pityriasis versicolor.....	23
II.3.3.3- La Torulose	24
II.3.3.2- La Trichosporose.....	24
II.3.4- Diagnostic différentiel des mycoses superficielles.....	24
II.3.4.1- Au niveau la peau glabre	24
II.3.4.2- Au niveau de la région pileuse et des cheveux.....	26

II.3.4.3- Evolution et pronostic des mycoses superficielles	27
II.4- Diagnostic mycologique	27
II.4.1- Le prélèvement.....	27
II.4.1.1- Le matériel nécessaire.....	27
II.4.1.2- Les principes essentiels du prélèvement	28
II.4.1.3- Pratique du prélèvement.....	28
II.4.2- L'examen direct.....	29
II.4.3- Cultures.....	32
II.4.3.1- Isolement	32
II.4.3.2- Identification.....	33
* Les dermatophytes.....	37
* Les levures	43
II.5- Traitement des mycoses superficielles.....	44
II.5.1- But.....	44
II.5.2- Moyens.....	44
II.5.3- Indications.....	47
II.5.4- Conduite pratique du traitement	48
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	49
CHAPITRE I- MATERIEL ET METHODES.....	50
I.1- Description du site d'étude	50
I.2 Patients et méthodes.....	51
I.2-1 Patients	51
I.2.2 Méthodes.....	53
I.2.2.1- Consultations.....	53
I.2.2.2 Prélèvement.....	53
I.2.2.3- Traitement des données	54
I.2.2.4- Examen direct	55
I.2.2.5 Cultures.....	56
I.2.2.6 Limites de l'étude.....	60
CHAPITRE II- RESULTATS ET COMMENTAIRES	61
II.1- Résultats.....	61
II.1.1- Les caractéristiques socio-démographiques.....	61
II.1.1.1- Le sexe	61
II.1.1.2- L'âge.....	62
II.1.1.3- La profession	63
II.1.1.4- Le mode de logement.....	64
II.1.1.5- Le lieu de résidence	65
II.1.2- Utilisation des Corticoïdes.....	66

II.1.2.1- Sexe et Corticoïdes.....	66
II.1.2.2- Corticoïdes et voie d'administration.....	66
II.1.2.3- Corticoïdes et profession.....	67
II.1.3- Examens pratiqués.....	68
II.1.3.1- Les prélèvements.....	68
II.1.3.2- Examen direct.....	69
II.1.3.3- Cultures.....	69
II.1.3.4- Les types de champignons.....	70
II.1.3.4.1- Les dermatophytes.....	70
II.1.3.4.1.1- Les agents fongiques.....	70
II.1.3.4.1.2- Site d'isolement des dermatophytes.....	71
II.1.3.4.2- Les levures et leurs sites d'isolement.....	72
II.2- Commentaires.....	73
II.2.1- Caractères socio-démographiques.....	73
II.2.1.1 Le sexe et l'âge.....	73
II.2.1.2- La profession et le lieu d'habitation.....	74
II.2.1.3- Utilisation des corticoïdes.....	74
II.2.2- Diagnostic mycologique.....	75
II.2.2.1- Examen direct.....	75
II.2.2.2- Cultures.....	76
II.2.3- Champignons isolés.....	77
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	81
REFERENCES.....	85
ANNEXES.....	97

La sol, l'air, l'eau, les poussières domestiques et agricoles, les végétaux, les animaux sont sujets de réservoirs de champignons microscopiques: dermatophytes, levures, moisissures d'une richesse inépuisable (32).

Ces champignons sont en majorité des saprophytes dont la plus minime est capable de provoquer des maladies appelées mycoses chez les animaux, et chez l'homme (33).

On distingue deux types de mycoses: les mycoses superficielles qui concernent l'épiderme des couches superficielles de la peau, des ongles et des muqueuses et les mycoses profondes caractérisées par l'envahissement des organes ou viscères profonds (34).

INTRODUCTION

Dans notre travail, nous nous sommes intéressés aux mycoses superficielles touchant la peau glabre (peau nue et pilé), les ongles (ongles, orteils et doigts) et dues à deux groupes de champignons microscopiques: les dermatophytes et les levures (35).

Les mycoses superficielles sont longtemps considérées comme des affections touchant les couches sociales pauvres (5). Aujourd'hui, avec l'utilisation intensive d'immunosuppresseurs, d'antibiotiques et surtout de corticoïdes, ces affections touchent toutes les couches sociales (6).

En pratique courante, les dermatophytes et les levures constituent un motif fréquent de consultation en dermatologie, le pityriasis versicolore est, quant à lui, un motif non fréquent et non prurigineux pour certains patients (8).

Le sol, l'air, l'eau, les poussières domestiques et agricoles, les végétaux, les animaux sont autant de réservoirs de champignons microscopiques: dermatophytes, levures, moisissures d'une richesse insoupçonnée (32).

Ces champignons sont en majorité des saprophytes alors qu'une minorité est capable de provoquer des maladies appelées mycoses chez les animaux, ou chez l'homme (32).

On distingue deux types de mycoses: les mycoses superficielles qui concernent l'atteinte des couches superficielles de la peau, des phanères et des muqueuses et les mycoses profondes caractérisées par l'envahissement des organes ou viscères profonds (91).

Dans notre travail, nous nous sommes intéressés aux mycoses superficielles touchant la peau glabre (peau vague et plis), les phanères (cheveux, poils, et ongles) et dues à deux groupes de champignons microscopiques: les dermatophytes et les levures (30).

Les mycoses superficielles sont longtemps considérées comme des affections touchant les couches sociales pauvres (5). Aujourd'hui, avec l'utilisation intempestive d'immunosuppresseurs, d'antibiotiques et surtout de corticoïdes, ces affections touchent toutes les couches sociales (5).

Si, en pratique courante, les dermatophyties et les candidoses constituent un motif fréquent de consultation en dermatologie, le pityriasis versicolor est, quant à lui, un motif rare parce que non gênant et non prurigineux pour certains patients (5).

Le but de notre travail est l'étude de l'épidémiologie des mycoses superficielles à Abidjan et en particulier au dispensaire du pont Félix Houphouët Boigny à Treichville.

Les objectifs de cette étude sont:

Objectif général: déterminer la prévalence des mycoses superficielles

Objectifs spécifiques:

- préciser leurs étiologies
- préciser les différents types de lésions
- identifier les facteurs favorisants.

Pour atteindre ces différents objectifs, nous adopterons le plan suivant qui se consacrera dans une première partie, à faire les généralités sur la peau et les mycoses superficielles, la deuxième partie concernera les résultats de notre étude et nous finirons par les commentaires et les éventuelles recommandations.

CHAPITRE I- LA PEAU

C'est un organe complexe qui recouvre tout le corps et qui se distingue au niveau des critères par la multiplicité (exemple la buléche).

1.1- Composition de la peau

La peau est constituée de deux tissus.

PREMIERE PARTIE:

- la couche épidermique recouverte par l'épithélium

- la couche conjonctive qui est le derme et l'hypoderme

GÉNÉRALITÉS

- la couche cornée, formée de cellules plates sans noyau. Ces cellules plates sont composées de kératine, une protéine fibreuse résistante et insoluble.

La couche cornée est épaisse au niveau des paumes et des plantes elle est mince ailleurs (50).

- la couche granuleuse, composée de 1 à 4 rangées de cellules sombres présentant un petit noyau.

- la couche claire aussi appelée couche de Malpighi, constituée de cellules en mosaïque. Ce sont des cellules polyédriques.

- la couche basale ou couche germinative, constituée d'une seule rangée de cellules en palissade, à gros noyau et à contenu cytoplasmique dense. Ce sont des cellules à division active. Dans cette couche, se trouvent les mélanocytes qui produisent la mélanine. Ces mélanocytes ne se divisent pas.

La mélanine protège la peau contre les rayons solaires (50).

CHAPITRE I- LA PEAU

C'est un organe complexe qui recouvre tout le corps et qui se continue au niveau des orifices par la muqueuse (exemple la bouche).

I.1- Composition de la peau

La peau est constituée de deux tissus.

De l'extérieur vers l'intérieur, on distingue:

- le tissu épithélial constitué par l'épiderme
- le tissu conjonctif qui est le derme et l'hypoderme.

• L'épiderme est composé de 4 couches:

* la couche cornée, formée de cellules plates sans noyaux. Ces cellules plates sont composées de kératine, une protéine fibreuse résistante et élastique. La couche cornée est épaisse au niveau des paumes et des plantes; elle est mince ailleurs.(50)

* la couche granuleuse, composée de 1 à 4 rangées de cellules aplaties présentant un petit noyau.

* la couche claire, encore appelée couche épineuse ou couche de MALPIGHI, constituée de cellules en mosaïque. Ce sont des cellules polyédriques.

* la couche basale ou assise germinative, constituée d'une seule rangée de cellules en palissade, à gros noyaux et à contenu cytoplasmique dense. Ce sont des cellules à division active. Dans cette couche, se trouvent les mélanocytes qui produisent la mélanine. Ces mélanocytes ne se divisent pas.

La mélanine protège la peau contre les rayons solaires (50).

• Le derme comprend:

* Des cellules dermiques constituées de fibroblastes, d'histiocytes, de mastocytes.

* Des fibres collagènes, élastiques, réticuliniques noyées dans la substance fondamentale.

• L'hypoderme est constitué:

* de lobules graisseux qui en sont la majeure partie.

* de fibres identiques à celles du derme, mais moins nombreuses (50).

La peau est innervée par des fibres sensibles. La vascularisation est assurée par des artérioles et des veinules (50).

I.2- Les annexes de la peau.

I.2.1- Les glandes sudoripares.

Elles sont constituées de pelotons sudoripares situés à la limite du derme et de l'hypoderme et d'un canal excréteur qui traverse le derme et l'épiderme pour s'ouvrir à l'extérieur.

Ces glandes sudoripares sont surtout abondantes aux paumes des mains, aux plantes des pieds, aux aisselles et au front (50).

1.2.2- Les follicules pilosébacés.

Ils comprennent:

- les poils formés de kératine et colorés par la mélanine.
- les glandes sébacées qui produisent le sébum.
- l'infundibulum dont les parois forment le canal folliculaire.

L'infundibulum est bordé de 4 couches cellulaires. (50).

On distingue 3 types de follicules pilosébacés. Ce sont:

- * le follicule de la toison ou du duvet: le poil est court et fin, les glandes sébacées sont peu développées.
- * le follicule terminal ou du poil de la barbe expulse les débris cornéens.
- * le follicule pilosébacé proprement dit: le poil est épais et occupe toute la lumière du canal folliculaire dont il polit en permanence les parois. C'est à ce niveau que se constituent les lésions acnéiques.

1.2.3- Les ongles

L'ongle est formé de la kératine dure. Il comprend une racine et un corps.

1.2.4- Autres annexes

Ce sont les muscles peauciers, les glandes mammaires.

1.3- Les fonctions de la peau.

La peau assure une protection mécanique, calorifique, contre la lumière solaire et contre les agents infectieux.

Elle assure également une fonction métabolique qui consiste à l'élimination de l'eau et du sel, à l'absorption transcutanée des substances liposolubles essentiellement (50)

CHAPITRE II- LES MYCOSES SUPERFICIELLES

II.1- Epidémiologie

II.1.1- Les agents pathogènes

II.1.1.1- Les dermatophytes

Ce sont des champignons microscopiques filamenteux à mycélium cloisonné qui appartiennent à la classe des Ascomycètes (5). Kératinophiles et Kératinolytiques, ils ont une affinité pour la peau et les phanères: squames, cheveux, poils et ongles humains; squames, poils, griffes, ongles et sabots d'animaux (91).

Ces dermatophytes n'ont aucune affinité pour les muqueuses et les tissus profonds (5).

Ils poussent en général, facilement sur des milieux artificiels peptonés et sucrés. Ils sécrètent des substances antigéniques regroupées sous les noms de Trichophytine et d'Epidermophytine. Ils sont sensibles à l'action fongistatique de la griséofulvine (5).

Ils sont classés en 3 genres:

- Le genre *Trichophyton*

Il possède une affinité pour la kératine humaine et animale (11).

Le cycle épidémiologique permet de différencier au sein du genre trois types:

- *Trichophyton* anthropophile qui n'existe que chez l'homme.
- *Trichophyton* géophile rencontré dans le sol.
- *Trichophyton* zoophile présent chez l'animal.

Il existe plusieurs espèces, mais nous ne citerons que les principales:

* ***Trichophyton rubrum***

D'origine anthropophile, il parasite la peau (peau vague, grands et petits plis), ongles (des pieds et éventuellement des mains). Il attaque rarement le poil sur un mode aigu.

* ***Trichophyton mentagrophytes***

D'origine zoophile, il est l'agent des teignes du cuir chevelu, du sycosis de la barbe, du kérion de la peau glabre.

* ***Trichophyton mentagrophytes variété interdigitale.***

D'origine anthropophile, il est responsable de lésions des pieds en particulier la forme inflammatoire du pied d'athlète (intertrigo interdigito-plantaire).

* ***Trichophyton tonsurans.***

Espèce d'origine anthropophile, est responsable de teignes chez l'enfant, de dermatophytie circinée et d'onxyis.

* ***Trichophyton soudanense***

C'est une espèce exclusive de l'homme. Elle est responsable de teignes endothrix tondantes à multiples plaques de l'enfant, plus rarement des teignes inflammatoires. Cette espèce est responsable de dermatophyties circinées et d'onychomycoses.

- Le genre *Microsporum*

On distingue des espèces anthropophiles, zoophiles, et géophiles.

Nous citerons ici:

* *Microsporum langeronii*

Espèce originaire d'Afrique noire, *Microsporum langeronii* est exclusivement anthropophile.

Il est surtout responsable de teignes chez l'enfant. Souvent on a une atteinte de la peau vague et des plis (11).

* *Microsporum audouini*

C'est un dermatophyte exclusivement humain, le plus souvent de l'enfant. Retrouvé en Europe et aux U.S.A, il est responsable de teignes du cuir chevelu; quelques fois il existe des lésions cutanées.

* *Microsporum canis*

Il parasite de nombreux animaux qui le transmettent à l'homme.

Les chats sont souvent porteurs sains.

Microsporum canis est responsable de teignes du cuir chevelu à grandes plaques chez l'enfant et de dermatophyties circinées chez l'adulte.

* ***Microsporium gypseum***

D'origine géophile, il est transmis à l'homme par contact tellurique ou animal.

Responsable de dermatophyties circonscrites de la peau vague, il parasite le poil et est responsable de Kérion du cuir chevelu chez l'enfant, de sycosis ou Kérion de la barbe chez l'adulte (11).

- **Le genre *Epidermophyton***

Il est représenté par une seule espèce: *Epidermophyton floccosum*.

C'est un dermatophyte anthropophile responsable de lésions de la peau glabre et des plis inguinaux, axillaires, périnéaux. Ces lésions sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (91).

Il est aussi responsable d'intertrigos interdigitoplantaires, de lésions de la peau glabre.

On a très rarement une atteinte des ongles.

Epidermophyton floccosum ne parasite jamais les poils et les cheveux. (11).

II.1.1.2- Les levures

Classiquement, le terme de levure regroupait des champignons capables d'utiliser la voie fermentative pour leur métabolisme.

Actuellement le terme associe les espèces incapables de produire une fermentation, et ayant un certain nombre de caractères morphologiques communs:

- thalle unicellulaire
- reproduction asexuée par bourgeonnement
- aspect des colonies plus ou moins crémeux.

Ces caractères permettent de les séparer des champignons filamenteux. Cependant cette séparation ne repose sur aucun critère botanique absolu (91).

Les levures qui nous intéressent appartiennent à la classe des Blastomycètes et à la famille des Cryptococcaceae; on connaît plusieurs genres:

- **le genre Candida:**

Les levures qui provoquent les mycoses sont dominées par le genre *Candida*. Le rôle pathogène s'exerce tant sur le plan cutané, que muco-viscéral. On distingue plusieurs espèces:

* ***Candida albicans***.

C'est l'espèce la plus fréquente (50). C'est un endosaprophyte, jamais saprophyte de la peau normale (91).

Le pouvoir pathogène est manifeste chez l'homme et l'animal. Les autres espèces sont :

- * ***Candida tropicalis***
- * ***Candida krusei***
- * ***Candida famata***

- * ***Candida guilliermondii***
- * ***Candida parapsilosis***
- * ***Candida parakrusei* etc.**

- **Le genre Trichosporon**

Caractérisé par la présence de mycélium, ce genre ne devrait pas être classé parmi les levures.

Il attaque les ongles et se distingue des autres levures par la présence d'arthrospores.

- **Le genre Torulopsis**

C'est une levure opportuniste exceptionnelle isolée de la peau, de l'urine, du vagin, de la bouche.

Sa pathogénicité est à considérer au même titre que le genre *Candida* (5).

L'espèce la plus fréquente est *Torulopsis glabrata*.

- **Le genre Pityrosporum**

On distingue plusieurs espèces:

- ***Pityrosporum orbiculare* ou *Malassezia furfur*.**

Il parasite la couche superficielle de la peau notamment le tronc et la face, jamais les poils. (5).

Malassezia furfur appartient à la famille des cryptococcaceae et se présente dans les squames sous un double aspect:

- des hyphes épaisses, courtes, rectilignes ou incurvées

- des cellules bourgeonnantes, sphéroïdes réunies en amas de 10 à 30 éléments en grappe de raisin.

• **Pityrosporum ovale** responsable de Pityriasis capitis (50).

II.1.2- Facteurs favorisants

Les facteurs responsables de l'apparition des mycoses sont nombreux. On les regroupe d'une façon générale en 2 grands groupes:

- Facteurs généraux

• Certaines affections selon Delacretaz et Coll. favorisent l'apparition des mycoses. C'est le cas de l'hyperhydrose, des troubles de la circulation périphérique, du diabète (91).

• La thérapeutique joue aussi un grand rôle. Nous citerons l'antibiothérapie, la corticothérapie, le traitement immunosuppresseur, les contraceptifs et les psychotropes. Cette thérapeutique utilisée sur une longue durée altère la peau et entraîne l'apparition de mycose (5).

Les facteurs liés à l'âge (vieillard et prématuré) et à l'état physiologique (sujet obèse, femme enceinte) causent le même dommage.

- Facteurs locaux:

- la sudation: elle provoque une macération de la couche cornée en facilitant la pénétration du champignon.
- la douche collective avec échange de chaussure.
- la chaleur, l'humidité, le port de bas et de chaussettes synthétiques.
- l'utilisation de savons acides altérant la peau et la rendant perméable à l'agression fongique.

La pratique de certains sports, en l'occurrence la natation, crée des conditions favorables. En effet, le contact prolongé et répété avec l'eau modifie la résistance naturelle du fait de la macération.

Certaines professions joueraient un rôle favorisant. C'est le cas des soldats, des mineurs, des ouvriers du caoutchouc et les ménagères (91) etc...

II.1.3- Mode de contamination

Les voies de contamination pour l'homme peuvent être:

- cutanée, par contact direct d'homme à homme ou d'animal à l'homme ou du sol à l'homme.

- transcutanée, par pénétration d'une épine ou d'une aiguille contaminée par un mycète (5); c'est une contamination indirecte. Cette contamination indirecte se fait aussi par l'intermédiaire du sol souillé, d'objet de toilette, (objets de coiffure, serviette, éponge), chaussette, personne marchant pieds-nus sur un sol souillé (91).

II.1.4- Répartition géographique (5)

Certaines mycoses superficielles sont cosmopolites, d'autres localisées dans des régions précises .

En réalité, on assiste à l'heure actuelle, à une extension géographique des aires de répartition des mycoses et cela pour trois raisons:

- une connaissance meilleure de la clinique et de la biologie des mycoses en permet le diagnostic plus fréquemment.

- l'étude de plus en plus systématique des malades permet de placer une étiquette d'étiologie mycosique sur des syndromes divers.

- des champignons qui passaient pour n'avoir aucun rôle pathogène pour l'homme, sont fréquemment isolés à partir des lésions humaines du fait de cette possibilité d'opportunisme signalé plus haut.

II.2- Physiopathologie

La pénétration du champignon se fait dans l'épiderme. Le champignon va se multiplier à partir d'une spore ou d'un fragment de mycélium. Il progresse de façon excentrique dans la couche cornée de l'épiderme, créant une lésion érythémato-squameuse.

Au niveau des poils et des cheveux qui sont attaqués secondairement, l'envahissement se fait à partir de l'ostium folliculaire avec une propagation descendante jusqu'au bulbe (5). Le champignon se développe en sens inverse de la croissance des cheveux et à une vitesse supérieure.

Ainsi après la pénétration, la situation intradermique du champignon le met souvent à l'abri des antifongiques locaux. La papille dermique continue d'élaborer les cheveux, mais ceux-ci sont parasités et fragilisés au fur et à mesure de leur croissance (5).

Au niveau des ongles, les dermatophytes atteignent les ongles par les abords libres et progressent en direction de la matrice (5). Quant aux levures, elles partent de la base et remontent vers le bord libre. Le filament mycélien ou hyphe c'est-à-dire la partie active du champignon émet des substances cytotoxiques au niveau de l'épiderme et du derme créant une réaction inflammatoire circulaire, maximale en périphérie, ce qui explique les lésions cliniquement visibles (5).

II.3- Manifestations cliniques

II.3.1- Les dermatophyties

Ce sont des mycoses superficielles provoquées par la pénétration dans la couche cornée de l'épiderme et des phanères de champignons filamenteux, Kératinophiles (5).

II.3.1.1- Atteinte de la peau glabre

- peau vague: dermatophytie circinée (ou anciennement herpès circiné).

C'est la lésion la plus fréquente des atteintes de la peau glabre.

Elle débute par une tache érythémato-squameuse, superficielle qui s'étend de façon excentrique. Progressivement, la lésion de taille variable, est

caractérisée par sa forme arrondie, parfaitement limitée avec une zone centrale plus claire, d'aspect cicatriciel et une périphérie marquée par une rougeur des squames et des vésicules. Uniques ou multiples, ces plaques peuvent confluer, donnant des placards à contours polycycliques (5).

- intertrigo

* Grands plis

C'est la lésion localisée au niveau des plis inguinaux, axillaires, et du pli interfessier.

C'est habituellement le pli inguinal qui est le plus touché. Cette dermatophytie inguinale (anciennement eczéma marginé de Hébra) a la même phase de début que la dermatophytie circinée.

Elle siège à la partie supéro-interne de la cuisse. Cette lésion va s'étendre vers les cuisses et le pli interfessier. Elle peut gagner le pubis et l'abdomen ou être associée à une dermatophytie circinée.

Cette localisation est observée chez l'adulte jeune et plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle n'est pas observée chez l'enfant.

Des lésions comparables se voient au niveau de l'aisselle et chez les femmes obèses, dans les plis sous-mammaires généralement associées à une dermatophytie inguinale (5).

Ces lésions sont prurigineuses, particulièrement la nuit. Elles peuvent être secondaires à une mycose des pieds et des mains.

1.3. * Petits plis: interdigitopalmaires ou plantaires.

Cette atteinte interdigitoplantaire est favorisée par le port de chaussures trop serrées et fermées.

Au début, il s'agit d'un prurit entre les orteils, accentué le soir, puis apparaît à la phase d'état un aspect blanc nacré, brillant, avec le plus souvent une fissure douloureuse au fond du pli (91).

La lésion peut évoluer au niveau des ou de la plante du pied.

Le siège est le plus souvent le 3^e ou le 4^e espace interdigitoplantaire. Cette atteinte est presque toujours bilatérale. L'atteinte des espaces interdigitopalmaires est le plus souvent secondaire à une mycose de la peau glabre.

11.3.1.2- Atteinte des ongles: Onyxis à dermatophytes

Elle débute par une tache jaunâtre sur le bord latéral de l'ongle. Progressivement la tache est remplacée par un épaissement jaunâtre, feuilleté de la moitié de la surface de la table unguéale (5).

L'ongle le plus fréquemment atteint est celui du gros orteil ou du pouce. L'évolution peut se faire vers l'envahissement total et la destruction de l'ongle qui est transformé en un magma pulvérulent, gris-jaunâtre, réalisant l'ongle en «moelle de jonc» (5).

II.3.1.3- Atteinte du cuir chevelu et de la barbe

* Les teignes du cuir chevelu

On distingue les teignes tondantes sèches, les teignes faviques et les teignes suppurées.

- Les teignes tondantes sèches sont caractérisées par la présence au niveau du cuir chevelu de plaques d'alopecie par la rupture des cheveux parasités. Ces cheveux sont cassés courts à quelques millimètres du cuir chevelu. Ils sont ternes, grisâtres. Il n'y a pas de suppuration (5).

Le bulbe pileux n'est pas atteint.

Ces teignes s'observent chez les enfants d'âge scolaire entre 4 et 12 ans. Elles sont exceptionnelles après la puberté, moment où intervient une guérison spontanée. Elles disparaissent rapidement par traitement à la griséofulvine (5).

On distingue deux variétés:

- Les teignes tondantes sèches microsporiques.

Elles réalisent des plaques d'alopecie de grande taille (4 à 7 cm), peu nombreuses (1 à 4), de formes arrondies avec une surface «sale» recouverte de squames grisâtres. La plaque est hérissée de cheveux cassés courts, mais encore visibles (5). La phase de début de cette teigne est caractérisée par une ou plusieurs taches roses, à bordure rouge et à surface squameuse. A la phase d'état qui survient 15 jours plus tard, apparaissent les lésions citées plus haut (5).

L'examen en lumière de Wood révèle le plus souvent une intense fluorescence verte. Il n'y a pas de cheveux sains sur les plaques.

- Les teignes tondantes sèches trichophytiques

Elles ont un début identique à celui de la teigne microsporique.

A la phase d'état, apparaissent les plaques typiques. Ces plaques sont beaucoup plus nombreuses, beaucoup plus petites. Les cheveux sont cassés bien plus courts au ras du cuir chevelu, à peine visibles, englués dans de nombreuses squames qui les masquent (5).

L'examen en lumière de Wood ne montre pas de fluorescence

- les teignes faviques sont caractérisées par la formation d'un godet favique. Le favus débute par une tache érythémato-squameuse du cuir chevelu de forme circinée. Les premières lésions sont observées après des mois. Elles sont caractérisées par des plaques croûteuses d'où sortent des cheveux ternes et grisâtres (11).

Les lésions siègent sur le vertex et sur les régions fronto-pariétales. Les godets ont quelques millimètres de diamètre et sont centrés par un cheveu; ils sont friables, de couleur jaune soufre et d'odeur fétide, reposant sur un épiderme déprimé et inflammatoire. L'examen en lumière de Wood montre une fluorescence verdâtre.

Le favus ne guérit jamais spontanément sans traitement (5), atteint aussi bien l'enfant que l'adulte et est très contagieux.

Le bulbe pileux étant détruit, l'alopecie est irréversible.

* Les teignes suppurées (ou kérion de Celse) débutent par une plaque érythémato-squameuse circulaire. Cette plaque se tuméfie rapidement, rougit, suppure et les cheveux tombent. Le kérion réalise un macaron inflammatoire, surélevé de quelques centimètres de diamètre, bien limité. Les orifices folliculaires sont dilatés et purulents (62). Le kérion n'est ni douloureux, ni fébrile (5).

* Le Sycosis de la barbe

Il réalise des lésions parfois semblables au kérions de Celse. Le Sycosis intéresse surtout la barbe (22).

II.3.2- Les Candidoses

Ce sont des affections cosmopolites dues à des champignons levuriformes appartenant au genre *Candida*.

II.3.2.1- Intertrigo des grands plis

C'est l'atteinte des plis sous-mammaires, axillaires, inguinaux et du pli interfessier.

Cette lésion se caractérise par un érythème suintant, souvent bilatéral avec en général, un enduit crémeux au fond du pli. La bordure de l'érythème est mal limitée et est le siège de décollement épidermique. La lésion est prurigineuse.

II.3.2.2- Intertrigo des petits plis

Il s'agit surtout d'une atteinte des plis interdigitopalmaires rencontrée sélectivement chez les personnes dont les mains sont soumises à l'humidité : blanchisseurs, ménagères, pâtisseries, coiffeurs. L'atteinte des pieds est la plupart du temps secondaire.

II.3.2.3- Périonyxis et Onyxis à *Candida albicans*

Cette atteinte commence par un périonyxis.

Le périonyxis à *Candida albicans* se présente comme un bourrelet inflammatoire périunguéal, douloureux, exsudant par pression un peu de sérosité puriforme, évoluant chronologiquement avec une réaction hypertrophique et inflammatoire du lit de l'ongle (5). L'onyxis est secondaire.

II.3.3- Les autres levures

II.3.3.1- Le Pityriasis versicolor

C'est une pathologie bénigne, mais inesthétique et récidivante. Elle est due à une levure lipophile appelée *Pityrosporum orbiculare* ou *Malassezia furfur* qui est un saprophyte cutané peu contagieux (5).

Cette pathologie se rencontre dans les zones séborrhéiques du corps (dos, cou, thorax, visage, membre), jamais à la paume et à la plante.

Les lésions se caractérisent par de petites taches ou nappes brunes ou hypochromiques, irrégulières, à surface finement squameuse, se détachant à la curette ou à l'ongle en fins copeaux (5).

La maladie s'observe chez les sujets ayant une peau grasse. Son extension est favorisée par les thérapeutiques immunosuppressives ou par abrasion fréquente de la peau (5). Ces lésions n'atteignent jamais les poils (5).

II.3.3.3- La Torulose

C'est une levurose opportuniste qui peut se retrouver au niveau de la peau.

II.3.3.2- La Trichosporose

Elle est due au genre *Trichosporon* incriminé dans certains onyxis et dans certaines formes de pied d'athlète.

II.3.4- Diagnostic différentiel des mycoses superficielles

II.3.4.1- Au niveau la peau glabre

- Erythrasma

C'est une affection bactérienne due à *Corynebacterium minutissia* caractérisée par une lésion en nappe à coloration homogène sombre sans guérison centrale.

- Psoriasis des plis dit «psoriasis inversé»

C'est une plaque rouge vif ou érythémato-squameuse bien limitée avec l'existence d'autres lésions de psoriasis à distance.

- **Intertrigos inguinaux**

• **Intertrigo microbien:** c'est une plaque inflammatoire sans guérison centrale. Elle est humide, suppurée, douloureuse. Elle justifie les antibiotiques et les antiseptiques.

• **Intertrigo mécanique :** il est vu au sous vêtement avec une lésion blanchâtre. Il n'y a pas de guérison centrale.

- **Eczéma:** il est le plus souvent pris pour une mycose. Il est dû à une allergie de contact avec les produits de la colle ou du cuir chevelu, avec l'usage de certains médicaments, ou certaines plantes (62). Il est prurigineux.

La topographie est variable selon le type d'allergène.

- **Les dysidroses et les eczémas dysidrosiques:** ce sont des eczémas endogènes des paumes des mains et des faces latérales des doigts, non liés à des allergènes de contact, mais aggravés par le contact avec des produits irritants, surtout lorsque les manipulations s'opèrent dans des conditions de chaleur et d'humidité. Ces eczémas s'observent principalement, mais non exclusivement chez les femmes adultes jeunes (62).

La dysidrose s'observe aussi à la plante des pieds et aux faces latérales des orteils.

- Les eczématides

Ce sont des lésions cutanées rentrant dans le cadre de l'eczéma.

On connaît les eczématides pityriasiformes (qui ressemblent au pityriasis versicolor), taches erythématosquameuses et annulaires; les eczématides psoriasiformes (ressemblent au psoriasis) sont plus squameuses.

Toutes les deux régressent en quelques semaines: on les attribue à des foyers infectieux cutanés.

Nous avons aussi les eczématides séborrhéiques (rougeurs et squames sur peau grasse).

II.3.4.2- Au niveau de la région pileuse et des cheveux

- La pelade

C'est une plaque lisse du cuir chevelu, propre sans squame.

- L'impétigo du cuir chevelu

C'est une lésion inflammatoire croûteuse au niveau du cuir chevelu avec adénopathies.

- Les affections du cuir chevelu avec cheveux normaux:

- Fausse teigne amiantacée d'Alibert
- Eczéma sec du cuir chevelu
- Psoriasis du cuir chevelu
- Plaque de trichotillomanie : tic tendant à arracher les cheveux ou les cils chez les sujets nerveux ou les psychopathes.

II.3.4.3- Evolution et pronostic des mycoses superficielles

L'évolution des mycoses superficielles est bénigne, mais chronique avec des poussées pendant les saisons chaudes et des rémissions pendant les saisons froides.

Quant à *Pityriasis versicolor*, du fait de son caractère non prurigineux, n'inquiète pas le patient qui peut vivre avec la maladie sans traitement. Néanmoins, du fait de son caractère inesthétique, le patient prend le soin de consulter un médecin.

Le pronostic des mycoses superficielles est toujours favorable.

II.4- Diagnostic mycologique

Il comprend le prélèvement, l'examen direct et la culture.

II.4.1- Le prélèvement

Il est d'une importance capitale.

II.4.1.1- Le matériel nécessaire

On a recours à:

- une pince à épiler,
- une lame de bistouri montée sur un manche,

- une curette de Brocq ou de Vidal,
- des ciseaux fins à bout pointu, droit ou courbe,
- une paire de très forts ciseaux courbes (matériel qui peut-être stérilisé au poupinel ou plus simplement stérilisé à la flamme d'un bec Bunsen.),
- des écouvillons stériles avec coton solidement fixé,
- des boîtes de Pétri en verre ou en Pyrex stériles,
- des tubes à large ouverture, stériles, en plastique pour expédition éventuelle des prélèvements,
- une lampe de Wood,
- des pipettes Pasteur.

II.4.1.2- Les principes essentiels du prélèvement

Il faut prélever là où les filaments mycéliens sont actifs. Ce point de prélèvement est variable avec le type de lésion clinique.

Le prélèvement doit être fait loin de tout traitement antimycosique local ou général.

II.4.1.3- Pratique du prélèvement

- Affection du cuir chevelu et des poils: prélever les cheveux ou les poils atteints en s'aidant si possible d'une lampe de Wood et prélever les cheveux fluorescents s'ils existent.

Une grande quantité de matériel doit être prélevée. Des squames seront ramenées à la curette de Brocq.

- Affection de la peau glabre

On utilise essentiellement la Curette de Brocq et on racle la périphérie des lésions.

Les squames sont recueillies dans les boîtes de Pétri stériles.

Dans le cas de Pityriasis versicolor, le scotch-test donne d'excellents résultats.

- Affections des ongles

On grattera la partie lésée avec le tranchant d'une lame de bistouri. Si possible, on prélèvera avec les ciseaux courbes, les morceaux d'ongle. S'il existe un périonyxis, on prélève à la pipette Pasteur ou à l'écouvillon stérile.

II.4.2- L'examen direct

Cet examen montre la phase parasitaire du champignon. Les squames, les fragments d'ongle, les cheveux ou poils ne peuvent être examinés qu'après action d'un liquide ramollissant et éclaircissant (11).

On utilise la potasse à 30% ou le chlorallactophénol. Une squame, un cheveux, un poil ou un fragment d'ongle dilacéré dans une goutte de potasse sur une lame, après un léger chauffage sur la veilleuse du bec Bunsen, peut être écrasé sous une lamelle et examiné après une dizaine de minutes.

L'examen direct peut donc être très rapide, presque immédiat, mais quelques heures plus tard le matériel à examiner est détruit.

Par contre le chlorallactophénol, utilisé dans les mêmes conditions, permet de conserver indéfiniment les préparations et donne en outre des images plus fines.

* Formule de la potasse

potasse 30 g

eau distillée 70 ml

Cette préparation est à renouveler tous les 15 jours.

* formule du chlorallactophénol

hydrate de chloral 20 g

acide phénique 10 g

acide lactique 10 g

L'examen direct des squames et des fragments d'ongle permet de voir des filaments mycéliens, des spores, des levures.

Il est parfois difficile, surtout dans les ongles, de faire la différence entre les filaments mycéliens de dermatophytes et les pseudo-filaments de *Candida albicans*, ces derniers étant en principe d'un diamètre plus réduit (11).

L'examen direct des poils ou des cheveux qui ne peut montrer que des dermatophytes, avec des renseignements extrêmement précieux mais jamais de levures.

Selon le dermatophyte en cause, on reconnaît 5 types d'atteinte parasitaire.

Deux sont dites endothrix : les éléments fongiques sont uniquement présents à l'intérieur du cheveu.

Trois sont dites endo-ectothrix : les filaments mycéliens sont à l'intérieur et à l'extérieur du cheveu.

- Type endothrix:

* endothrix pur : le cheveu cassé très court est englué dans la squame. Il est rempli de chaînes de grosses spores rondes, mesurant 4 micromètres de diamètre. Il caractérise diverses espèces de *Trichophyton*.

* type favique : lorsque l'on commence l'éclaircissement à la potasse, on voit apparaître sur le cheveu parasité, des bulles d'air qui dessinent les trajets des filaments. L'écrasement d'une parcelle de godet montre qu'il n'est formé que de l'enchevêtrement de filaments mycéliens. C'est le cas de *Trichophyton schöenleinii*.

- Type endo-ectothrix

* type microsporique: il peut y avoir quelques filaments mycéliens dans le cheveu, mais rarement visibles.

Par contre on observe autour du cheveu, une véritable gaine de petites spores, très compactes, adhérentes au cheveu, mesurant 2 micromètres de diamètre. Il caractérise le genre *Microsporum*.

* type microïde : il ressemble au type microsporique. Mais la gaine des spores externes, peu compactes se dissocie en chaînettes de spores donnant un aspect en "collier de perles". C'est le cas de *Trichophyton mentagrophytes*.

* type mégaspore: il ressemble au type microïde, mais les spores sont beaucoup plus grosses et mesurent en moyenne 4 à 5 micromètres de diamètre. Il caractérise *Trichophyton ochraceum*.

Dans le pityriasis versicolor, l'examen direct qui est le Scotch-test permet de mettre en évidence des spores regroupées en grappes de raisin et des filaments assez courts.

II.4.3- Cultures

La culture montre le champignon à l'état saprophyte.

Elle permet l'isolement et l'identification du champignon.

II.4.3.1- Isolement

Le milieu nécessaire à l'isolement est le milieu de Sabouraud qui comprend :

- le glucose 20 ‰
- des antibiotiques antibactériens pour empêcher la pousse des bactéries saprophytes de la peau (exemple chloramphénicol à 0,5 ‰)
- un produit empêchant la pousse de la plupart des champignons saprophytes: l'Actidione® ou le cycloheximide à 0,5‰

A l'exception de *Malassezia furfur*, tous les champignons pathogènes poussent sur ce milieu à la température du laboratoire ou mieux à l'étuve entre 26°C et 27°C.

Quant à *Malassezia furfur* sa culture n'est pas d'usage courant.

II.4.3.2- Identification

L'identification du champignon se fait à partir de divers éléments :

- la précocité de la pousse
- les aspects cultureux
- l'étude du parasitisme chez le cobaye
- l'attaque du cheveu
- les caractères biochimiques.

- La précocité de la pousse:

Certains champignons poussent vite. C'est le cas du genre *Candida* qui pousse en 24 à 48 heures. D'autres poussent moins vite; c'est le cas de *Trichophyton mentagrophytes* qui pousse en 5 à 7 jours.

D'autres poussent encore plus lentement; c'est le cas de *Trichophyton Schoenleinii* et surtout *Trichophyton ochraceum* qui poussent en 3 à 4 semaines.

- Les aspects cultureux

- Aspect macroscopique

Lorsqu'elles sont développées, les colonies se caractérisent par les éléments suivants: relief, surface, couleur au recto et au verso, extension dans la gélose.

- Aspect microscopique

Il peut s'apprécier à partir d'une portion de la colonie delayée dans une goutte de bleu coton ou à partir d'une culture sur lame réalisée soit par la méthode de Rivalier, soit par la méthode des carrés de gelose.

- * Méthode de Rivalier

- Une boîte de Pétri de 15 cm de diamètre contenant une baguette de verre repliée en "U" qui sert de support à 2 ou 3 lames porte-objets. Cette boîte de Pétri est stérilisée au poupinel.

- Faire fondre au bain Marie dans un tube de Borel un peu de gélose de Sabouraud.

- Plonger dans la gélose fondue, les lames porte-objets, les retirer et les aligner dans une boîte de Pétri sur le support.

- Ensemencer un fragment de culture aussi petit que possible au centre de la lame.

- Couler quelques millimètres d'eau distillée dans le fond de la boîte de Pétri pour assurer une atmosphère humide.

- Incuber à la température du laboratoire.

Quand la culture s'est suffisamment développée, retirer les lames; enlever la gélose et celle qui est en excédent autour de la colonie; les mettre à l'étuve à 37°C pendant 24 heures, pour dessication. On peut colorer soit au lactophénol, bleu coton, soit par le Hotchkiss-MacManus et montrer selon les procédés histologiques (91).

* Méthode des carrés de gélose

- Stériliser des boîtes de Pétri contenant support et lames.
- Couler dans une boîte de Pétri à fond plat de la gélose de Sabouraud.
- Laisser solidifier et découper au bistouri de petits blocs de gélose (carrés de 1,5 cm de côté ou rectangulaires de 2 cm ou 3 sur 1,5 cm) qu'on place au milieu de chaque lame.
- Ensemencer chaque côté du carré de gélose et recouvrir d'une lamelle stérile.
- Verser un peu d'eau distillée dans le fond de la boîte de Pétri.
- La colonie fongique qui doit se développer, sera emprisonnée entre lame et lamelle et un peu de cette colonie se fixera sur le verre, la lamelle sera déposée sur une lame portant une goutte de bleu coton (91).

La lame débarrassée du bloc de gélose est recouverte d'une goutte de bleu coton et d'une lamelle propre, ou lutée au vernis pour la conservation des deux préparations ainsi obtenues (91).

On peut aussi, pour éviter la dessiccation trop rapide, augmenter la quantité de gélose en découpant non des carrés mais des bandes de gélose de la longueur de la lame. On pose sur un côté de la lame et on ensemence un seul côté. Ce procédé permet aux colonies fixées sur les lames d'atteindre un plus grand développement (91).

Dans l'aspect microscopique, trois éléments sont ainsi observés:

- les filaments mycéliens caractérisés par un diamètre variable, un aspect régulier ou irrégulier, l'orientation variable des ramifications.
- les fructifications qui sont essentiellement les conidies , et les chlamydo-spores.
- les ornementsations qui sont les vrilles, les chandeliers faviques, les organes pectinés et nodulaires (11).

- L'attaque du cheveu

In vitro, les champignons attaquent le cheveu suivant deux modes:

- soit en l'envahissant par des organes perforateurs (*Trichophyton mentagrophytes*)

- soit en provoquant sa fonte du cortex vers le centre (*Trichophyton rubrum*)

- L'étude du parasitisme chez le cobaye.

Elle est utile quand un champignon a été isolé d'une teigne sans que le type de parasitisme pileaire ait pu être clairement observé.

- Les caractères biochimiques

Enfin on est amené parfois à rechercher les caractères biochimiques d'une souche de dermatophyte. En effet, si la plupart sont prototrophes, certains

sont auxotrophes: exemple *Trichophyton equinum* qui exige l'acide nicotinique ou le tryptophane; *Trichophyton rosaceum* qui exige l'histidine.

La culture du *Candida* est obtenue en 2 à 4 jours sur du Sabouraud Chloramphénicol ou du Sabouraud Actidione® Chloramphénicol.

L'identification des espèces de *Candida* repose sur des tests complémentaires: tests de filamentation en présence de sérum, production de chlamydospores sur milieux pauvres RAT (riz, agar, Tween-80) et PCB (pomme de terre, carotte, bile).

Nous décrivons ici les aspects culturels des principaux agents responsables des mycoses superficielles.

* Les dermatophytes

- Genre *Trichophyton*

• *Trichophyton mentagrophytes*

La culture se développe en 5 à 7 jours.

- Aspect macroscopique

* colonie blanche, cotonneuse en forme de disque, devenant poudreuse en vieillissant.

* Envers jaune (pigment diffusant dans le milieu)

- Aspect microscopique

* Filaments ramifiés et septés avec de très nombreuses microconidies ovoïdes ou piriformes disposées en acladium ou en croix de Lorraine.

- * Dans les cultures jeunes, on trouve de nombreuses macroconidies (fuseaux cylindriques) souvent attachées au filament porteur, de nombreuses vrilles et des organes nodulaires.

- ***Trichophyton mentagrophytes variété interdigitale***

Le temps moyen de développement est de 14 jours

- Aspect macroscopique

- * colonies blanchâtres, plâtreuses ou poudreuses arrondies en forme de disque.

- * pigment jaune diffusant dans la gélose

- Aspect microscopique

- * Mycélium septé ramifié avec de nombreuses microconidies rondes ou ovalaires naissant sur les filaments, en grappes composées ou en buissons.

- * Macroconidies rares souvent réduites à de simples ébauches

- * Parfois chlamydospores

- * Organes en bois de cerf et organes nodulaires.

- ***Trichophyton rubrum***

Le temps moyen de développement des cultures est de 14 jours.

- Aspect macroscopique

- * Les colonies sont en général arrondies ou ovalaires, couvertes de duvet blanc, parfois poudreuses, bouton cotonneux au centre.
- * Envers pourpre (parfois jaune au début)
- * Le pigment ne diffuse pas dans le milieu. Il peut être réparti de manière homogène en couches concentriques ou en taches.

- Aspect microscopique

- * Filaments cloisonnés, ramifiés, entrecroisés.
- * Microconidies habituellement nombreuses, piriformes, disposées en accladium ou en grappe.
- * Chlamydozspores souvent nombreuses
- * Macroconidies à bout obtus, lisses, rectangulaires.

• ***Trichophyton soudanense***

Il pousse en 14 jours.

- Aspect macroscopique

- * Culture cérébriforme, sèche, non duveteuse.
- * Teinte abricot sec à l'endroit et à l'envers, mais possibilité de teintes diverses, jaune d'or, rouille et même violette.
- * Un duvet blanc en surface peut apparaître d'emblée ou secondairement.

- Aspect microscopique

- * Aspect buissonneux très particulier pour ce dermatophyte.
- * Les filaments mycéliens progressent suivant un trajet anguleux. A chaque bifurcation, des filaments secondaires naissent et se dirigent tantôt en avant dans le sens de la progression, tantôt en arrière (filament rétrograde).
- * Présence d'arthrospores dans les vieilles cultures.
- * Microconidies inexistantes ou rares sauf exception
- * Pas de macroconidies.

- Genre *Microsporum*

• ***Microsporum langeronii***

Il pousse à partir du 4e -5e jour

- Aspect macroscopique

Petit disque de duvet blanc avec petite accumulation centrale, couleur un peu crème ou grisâtre, envers chamois.

- Aspect microscopique

- * Macroconidies de grande taille avec une membrane épaisse
- * Microconidies piriformes
- * Chlamydospores

• ***Microsporium canis***

Il pousse à partir du 4e jour

- Aspect macroscopique

- * Disque de duvet ras ou épais (aspect laineux), de couleur chamois.
- * Le verso est jaune parfois orangé. Parfois ce pigment est vu au recto autant qu'au verso, avec un rare duvet.
- * Pigment jaune diffusible.

- Aspect microscopique

- * Filaments mycéliens de diamètres différents
- * Microconidies généralement absentes. Si elles existent, elles sont piriformes ou allongées, en bâtonnet.
- * Macroconidies à paroi et septa épais

• ***Microsporium gypseum***

Pousse précoce et culture reconnaissable en quelques jours.

- Aspect macroscopique

- * Colonie granuleuse, légèrement plâtreuse, évoquant un peu celle de ***Trichophyton mentagrophytes*** avec cependant des rayons plus sinueux et une teinte chamois ou café au lait clair. L'envers est identique.
- * Il n'y a pas de pigment diffusible.

- Aspect microscopique

- * Assez de filaments, cachés par l'abondance des macroconidies de petite taille.
- * Certaines souches montrent des microconidies piriformes en acladium.

- Genre **Epidermophyton**

Il existe une seule espèce: ***Epidermophyton floccosum***

Les cultures se développent en 10 à 14 jours.

- Aspect macroscopique

- * Colonies verdâtres, sèches, rondes avec bouton central souvent cérébriforme et une frange de filaments en périphérie.
- * Envers jaune-verdâtre parfois.

- Aspect microscopique

- * Absence de microconidies, d'ornementations particulières
- * Nombreuses macroconidies en raquette ou en massue disposées en "régime de banane"
- * Filaments ramifiés et septés
- * Dans les vieilles cultures, il y a présence de chlamydo-spores et d'arthrospores.

* Les levures

- Genre *Candida*

Candida albicans

La culture pousse en 24 à 48 heures.

- Aspect macroscopique

Colonies crêmeuses, humides, brillantes ou mates, de couleur blanc cassé crème; de forme arrondie en lentille biconvexe.

- Aspect microscopique

Cellules rondes ou ovalaires; nombreuses formes bourgeonnantes (blastospores), parfois pseudomycélium. Sur certains milieux apparition de chlamydozoospores typiques.

- Genre *Trichosporon*

- Aspect macroscopique

Colonies crêmeuses, peu brillantes, de couleur blanc cassé

- Aspect microscopique

Mycélium vrai

Présence d'arthrospores

- Genre *Pityrosporum*: *Pityrosporum orbiculare* ou *Malassezia furfur*

La culture est difficile. Elle doit se faire sur milieux spéciaux et cette culture n'est pas d'usage courant. Le milieu spécial est celui de Sabouraud auquel l'on ajoute de l'huile d'arachide, d'olive ou de palme. Les cultures poussent en 10 jours.

L'examen direct positif associé à l'identification des champignons après culture, permettent d'envisager un traitement spécifique.

II.5- Traitement des mycoses superficielles

Le traitement dépend généralement de l'espèce fongique en cause. Il peut être local, général, parfois les deux associés.

II.5.1- But

Il est basé sur la stérilisation du foyer infectieux et la prévention des récurrences qui, hélas, sont fréquentes.

II.5.2- Moyens

Nous disposons de moyens curatifs et également préventifs.

*** Moyens curatifs**

• Moyens locaux

Ils sont constitués de dérivés imidazolés sous forme de poudre, de spray, de lait, de crème ou de lotion. Il existe de nombreux médicaments à faible pouvoir irritant et à faible allergénicité.

Nous citerons:

- le Miconazole: Daktarin® 2% : gel dermique, poudre
- le Kétoconazole: kétoderm® 2% : crème
- la Terbinafine: Lamisil® 1% : crème
- l'Econazole: Pévaryl® 1% : lait, crème, spray-poudre
- les Pyridones: Mycoster® 1% : crème

Ces médicaments sont actifs autant sur les dermatophytes que sur les levures.

- Moyens généraux

Ils sont de manière général sous forme de comprimés, Ce sont:

- La Griséofulvine: Fulcine®, Griséfuline®, Griséo®, comprimés à 250 mg et 500 mg
- La Terbinafine: Lamisil® 250 mg
- Kétoconazole: Nizoral® 200mg
- Miconazole: Daktarin® 125 mg.

La Griséofulvine est essentiellement active sur les dermatophytes. Le Kétoconazole, la Terbinafine, le Miconazole sont actifs à la fois sur les dermatophytes et sur les levures.

La posologie de la Griséofulvine est de 0,5 à 1g/j en 2 prises au cours des repas chez l'adulte. Chez l'enfant, elle est de 125 mg/10 Kg/j.

La durée du traitement est de 2 à 8 semaines voire 10 mois si l'on a une atteinte Unguéale.

La posologie de la Terbinafine est de 250 mg/j à distance des repas. La durée du traitement dépend du siège et du type de lésion.

Le Lamisil® 250 mg n'est pas actif sur Pityriasis versicolor. Il est réservé à l'adulte.

La posologie du Nizoral® est de 200 mg/j au milieu du repas. Il est utilisé en cas de lésion étendues ou en cas de résistance aux antifongiques habituels. Il existe cependant de nombreux effets secondaires. Ce sont:

- une hépatotoxicité
- des troubles digestifs

- des éruptions cutanées, des céphalées et des vertiges, etc...

Il faut donc doser les transaminases avant le traitement puis tous les 15 jours.

Parfois, à ce traitement antifongique, on est amené à donner des antibiotiques en cas de surinfection.

* **Moyens prophylactiques**

- Sécher soigneusement les pieds (espaces interdigitoplantaires) après la toilette avant de porter la chaussure.
- Porter de préférence des chaussettes en coton qui absorbent la sueur.
- Changer de chaussettes chaque jour et les faire bouillir pour faciliter la destruction des champignons.
- Utiliser une serviette de toilette, de même qu'une éponge strictement personnelles.
- Eviter de marcher pied-nus pendant le traitement dans les lieux propices à la contamination telles que les piscines, les salles de gymnastique, les douches.
- Respecter la durée du traitement. Même si une amélioration clinique est constatée, le traitement doit être poursuivi jusqu'au retour à l'état normal de la peau et jusqu'à la négativation mycologique.
- Dans les collectivités, comme dans une base militaire, le traitement individuel de tout sujet porteur d'une mycose superficielle est la

condition sine qua non de la réussite d'une prévention efficace sur l'ensemble du groupe.

- Eviter une thérapie abusive à base d'immunosuppresseurs, d'antibiotiques et de corticoïdes.
- Surveiller le diabétique, l'obèse.
- Eviter le contact avec l'humidité.
- Utiliser des savons neutres.
- Eviter la transpiration par le port de chemises en coton.

II.5.3- Indications

Elles dépendent de l'espèce fongique isolée et de la forme clinique.

Quelles que soient la forme clinique et l'espèce en cause, les mesures d'hygiène sont toujours indispensables

- Dans les formes suintantes, macérées, le traitement débutera par un antiseptique et un asséchant: savon liquide (Septivon®); permanganate de potassium.
- Dans les formes sèches, l'usage d'antimycosiques en topique est de mise.
- Dans les candidoses cutanées, on a recours surtout à un traitement local.
- Dans les atteintes unguéales, on aura recours à un traitement général.

II.5.4- Conduite pratique du traitement

Le traitement sera toujours précédé d'un examen mycologique qui confirmera le diagnostic.

Le traitement local par un dérivé imidazolé, les pyridones ou la terbinafine sera conduit pendant 2 à 4 semaines dans les dermatophyties, les candidoses des pieds et le *Pityriasis versicolor*.

En cas d'atteinte de la peau vague, des plis et des phanères:

* s'il s'agit d'une dermatophytie, nous avons recours à la Griséofulvine pendant 2 à 12 semaines.

* Si c'est une levurose qui est isolée, les dérivés imidazolés seront utilisés en 4 à 8 semaines, la terbinafine en 2 à 6 semaines.

Dans les atteintes unguéales, le traitement sera beaucoup plus long. On aura surtout recours à un traitement général. On utilisera la Griséofulvine pendant 4 à 12 mois, la Terbinafine pendant 6 mois s'il s'agit d'une dermatophytie unguéale.

Dans les onychomycoses à *Candida*, la Terbinafine ou le Kétoconazole seront utilisés pendant 3 à 6 mois.

Dans tous les cas (traitement local ou général), on associera les mesures d'hygiène qui sont la voûte du traitement et de la prévention.

La guérison sera confirmée par la disparition de la lésion et la négativation de l'examen mycologique.

CHAPITRE I- MATERIEL ET METHODES

I.1- Description du site d'étude

Notre étude a été menée au dispensaire du pont Félix Houphouët Boigny à Traichville. Le dispensaire est situé à l'entrée de la commune de Traichville par le pont Félix Houphouët Boigny à 3 m du siège du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), à 50 m de la cité policière de Traichville et à 200 m de la gare routière de Traichville. On peut y accéder en empruntant les routes 02, 03, 04, 05, 06, 12, 11, 10, 25 et 23 de la carte des Transports.

DEUXIEME PARTIE:

Ce dispensaire a été ouvert en 1982 avec comme premier médecin, le Docteur Michel Vieux.

NOTRE ETUDE

- le bureau du médecin-chef
- le bureau du médecin-chef adjoint,
- trois salles de consultation pour adultes
- deux salles de consultation pour enfants
- un service social (vaccination, pépé, informations, éducation, conseil),
- une pharmacie,
- une salle de soins,
- une salle d'observation de 3 lits,
- un bureau de la caisse,
- un bureau de la puériculture.

CHAPITRE I- MATERIEL ET METHODES

I.1- Description du site d'étude

Notre étude a été menée au dispensaire du pont Félix Houphouët Boigny à Treichville. Le dispensaire est situé à l'entrée de la commune de Treichville par le pont Félix Houphouët Boigny à 2 m du siège du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), à 50 m de la cité policière de Treichville et à 200 m de la gare routière de Jacquerville. On peut y accéder en empruntant les autobus 02, 03, 04, 05, 06, 12, 21, 22, 25 et 33 de la Société des Transports Abidjanais (SOTRA).

Ce dispensaire a été ouvert en 1952 avec comme premier médecin, le docteur Hubert Varlet.

Le local est constitué d'un seul bâtiment comprenant:

- le bureau du médecin-chef ,
- le bureau du médecin-chef adjoint,
- trois salles de consultation pour adultes,
- deux salles de consultation pour enfants,
- un service social (vaccination, pesée, informations, éducation, conseil),
- une pharmacie,
- une salle de soins,
- une salle d'observation de 3 lits,
- un bureau de la caissière ,
- un bureau de la surveillante.

L'effectif est de 16 personnes:

- 2 médecins,
- 5 infirmiers,
- 1 assistante sociale,
- 3 filles de salle et un garçon de salle,
- 1 caissière ,
- 1 surveillante ,
- 2 veilleurs de nuit.

Le dispensaire est dirigé aujourd'hui par une dermatologue, madame le docteur Silué Kozolo, secondée par madame le docteur Kamagaté Matindé, un médecin généraliste. Notre étude a été réalisée en étroite collaboration avec la dermatologue. Elle s'est déroulée sur une période de 5 mois, allant du 15 février 1999 au 15 juillet 1999. Cette étude était souvent interrompue par les journées nationales de vaccination antipoliomyélite et les premières journées de dermatologie d'Abidjan. Il s'agissait d'une étude prospective non randomisée, effectuée sur 202 malades provenant pour la plupart des 10 communes d'Abidjan.

I-2 Patients et méthodes

I-2-1 Patients

Nous avons inclu dans notre étude, tous les patients des deux sexes, de tout âge porteurs d'une lésion faisant suspecter une mycose superficielle, loin de tout traitement antimycosique.

- Ces patients ont subi un examen clinique.

Nous décrivons ici quelques lésions de mycoses superficielles.

* Teigne tondante microsporique (Photo n°1)

Plaques d'alopecie de grande taille peu nombreuses

Forme arrondie

Surface «sale»

Cheveux cassés courts

* Teigne tondante trichophytique (Photo n°2)

Plaques d'alopecie de petite taille, plus nombreuses

Cheveux cassés plus courts

* Onychomycose à dermatophyte (Photo n° 3)

Atteinte du bord libre de l'ongle en premier lieu puis atteinte totale.

* Herpès circiné (photo n°4)

Lésion de forme arrondie

Zone centrale plus claire d'aspect cicatriciel

Périphérie marquée par une rougeur.

* Eczéma marginé de Hebra (photo n°5)

Lésion large qui s'étend vers les cuisses

extension centrifuge

* *Pityriasis versicolor* (photo n°6)

Petites taches ou nappes hypochromiques irrégulières avec surface finement squameuse

I.2.2 Méthodes

I.2.2.1- Consultations

Nous assistions à la consultation quatre (4) jours par semaine, du lundi au jeudi pendant cinq (5) heures dans la matinée.

Le diagnostic retenu était celui de la dermatologue.

I.2.2.2 Prélèvement

Nous avons eu recours à:

- des boites de pétri en verre stériles,
- des lames de bistouri stériles: au moins 2 lames par malade en fonction de la localisation des lésions,

Ainsi nous n'avons pas eu recours à un bec Bunsen pour le prélèvement.

- un manche de lame de bistouri,
- des compresses stériles 20x20,
- de l'éther,
- un scotch transparent,
- des lames porte-objets en verre,
- une pince à épiler.

*** Pratique du prélèvement**

Avant tout prélèvement la lésion est nettoyée avec un tampon d'éther.

A l'aide d'une lame de bistouri, montée sur un manche, les squames sont recueillies par grattage de la périphérie des lésions cutanées périphériques

qui constitue la partie active du champignon. Il en est de même pour les poussières d'ongle.

Ce grattage concerne les lésions de la peau glabre et des plis.

A l'aide d'une pince à épiler, les cheveux sont arrachés au niveau de leur zone d'émergence pour les dermatophyties du cuir chevelu.

Quand nous suspectons cliniquement un *Pityriasis versicolor*, le prélèvement est fait à l'aide d'un scotch adhésif à la peau. Les squames adhèrent au scotch.

Chaque fois que cela est possible, nous recueillons un matériel abondant.

Les squames recueillies en même temps que les poussières d'ongle et les cheveux sont placés dans des boîtes de Pétri stériles.

Les squames recueillies par le scotch sont collées sur des lames porte-objets.

Ces différents prélèvements sont ensuite acheminés au laboratoire de mycologie de l'U.F.R. des Sciences Médicales où les examens sont pratiqués.

1.2.2.3- Traitement des données

Les résultats de cette étude ont été saisis et analysés à l'ordinateur. Les logiciels utilisés sont: Microsoft Excel pour les graphiques et StatView™ pour les analyses statistiques.

Les variables de statistique descriptive et les tests statistiques utilisés sont:

- la moyenne arithmétique
- le test de Khi-deux (χ^2)
- l'analyse de variances

I.2.2.4- Examen direct

Cet examen est impératif car lui seul permet d'observer l'aspect du champignon dans sa phase parasitaire. Cette étape de diagnostic mycologique est importante car elle permet dans la majorité des cas une interprétation correcte des résultats ultérieurs.

Une partie du matériel prélevé est examinée au microscope après éclaircissement dans une goutte de potasse à 30%. Un léger chauffage au bec Bunsen assure une dissociation du prélèvement et permet de bien distinguer les éléments fongiques.

L'examen microscopique est réalisé 10 minutes plus tard après avoir écrasé la squame, la poussière d'ongle ou les cheveux.

L'autre partie servira à la culture.

Pour les squames recueillies par le scotch, nous n'effectuons pas d'éclaircissement. Les squames recueillies par le scotch sont collées sur des lames porte-objets. L'examen microscopique se fait immédiatement et permet d'observer des levures souvent groupées en grappe de raisin associées à des filaments courts.

Aspects microscopiques de l'examen direct

- Aspect microscopique d'un Scotch-test (photo n°7)

Levures groupées en grappe de raisin

- Aspect microscopique d'une squame après action de la potasse (KOH)
(Photo n° 8)

Nombreux filaments mycéliens présents dans la squame éclaircie

I-2-2-5 Cultures

Elle est nécessaire pour l'isolement et l'identification du champignon.

Au laboratoire, nous avons deux milieux d'ensemencement:

- le milieu de Sabouraud-Chloramphénicol(SC).

Il comprend:

- * glucose 20g
- * agar 15g
- * peptone 10g
- * eau distillée 1000ml
- * Chloramphénicol 0,5g

Ce milieu est utilisé en raison de la présence très fréquente des bactéries qui gênent l'isolement du champignon.

- Le milieu de Sabouraud-Actidione®-Chloramphénicol (SAC)

Il répond à la même composition que le milieu ci-dessus (SC), mais avec l'association de 0,5 g d'Actidione®. L'Actidione® ou cycloheximide est un inhibiteur des moisissures saprophytes, mais qui malheureusement empêche la croissance de certaines levures

(*Candida glabrata*, *Cryptococcus neoformans*, etc...). Il est conseillé d'ensemencer les 2 milieux en particulier pour les prélèvements de la peau et des phanères.

- Le milieu de Sabouraud additionné d'huile d'olive ou milieu de Dixon est utilisé pour l'isolement de *Malassezia furfur*, mais n'est pas d'usage courant au Laboratoire de Mycologie parce que le Scotch-test suffit au diagnostic du *Pityriasis versicolor*.

Les milieux sont coulés en tubes. Ces derniers conservent mieux les milieux, se contaminent moins, mais offrent une surface d'ensemencement beaucoup plus réduite. Les prélèvements (squames, cheveux, ongles) sont ensemencés sur les différents milieux (SAC,SC). Pour chaque tube, 3 points d'ensemencement espacés sont nécessaires. Il faut ensemer de façon abondante et dans des conditions stériles, conditions réalisées par la présence de la flamme d'un bec Bunsen.

Les tubes contenant les ensemencements sont fermés non hermétiquement de façon à laisser entrer l'air car les champignons sont aérobies. Ceux-ci sont mis à l'étuve à 27°C. Ils sont retirés tous les jours de l'étuve et observés afin de juger de la précocité ou non de la pousse des champignons. Cette pousse s'effectue en moyenne en 24 à 48 heures pour les levures et 6 à 15 jours, parfois plus pour les dermatophytes.

* Identification des dermatophytes

Elle se fait sur:

- l'aspect macroscopique: l'observation de la colonie permet d'apprécier sa couleur (recto et verso), son relief et sa surface.

- l'aspect microscopique: un fragment de gélose est prélevé à l'anse de Platine, de préférence en périphérie de la colonie. Après sa dissociation à l'aide de 2 aiguilles dans une goutte de bleu coton le fragment est observé au microscope entre lame et lamelle.

Le diagnostic microscopique se fait par la présence de:

- . Filaments mycéliens de diamètres variables.
- . Fructifications qui sont essentiellement les microconidies, les macroconidies et les chlamydozoospores.
- . Ornementations qui sont diverses.

* Identification des levures

Après la pousse en 24 à 48 heures, l'on effectue:

- le Test de Blastèse (filamentation en sérum)
- l'ensemencement de la souche isolée sur milieu RAT (Riz Agar Tween 80) ou PCB (pomme de terre, carotte, bile) pour la production de chlamydozoospores.
- utilisation de sucres (API 20 C AUX) qui est le dernier recours pour identifier la levure.

Aspect des cultures

Trichophyton mentagrophytes

- Aspect macroscopique (photo n° 9)

Couleur recto: blanche

verso: jaune

relief: plan

surface: poudreuse

- Aspect microscopique (photo n°10)

Mycélium septé et ramifié

- Aspect macroscopique (photo n° 10)
Microconidies rondes ou ovalaires très nombreuses disposées en acladium ou en croix de Lorraine.

Wrilles nombreuses avec des organes nodulaires

Trichophyton rubrum

- Aspect macroscopique (photo n° 11)

Couleur recto: blanc au début, rougit progressivement en tout ou en partie, parfois jaune

verso: pourpre, jaune au début.

Relief: plan

Surface: duveteuse

- Aspect microscopique (photo n° 12)

Filaments mycéliens cloisonnés, ramifiés, entrecroisés

Macroconidies allongées à bout obtus, rectangulaires

Microconidies nombreuses, piriformes, en acladium

Trichophyton soudanense

- Aspect macroscopique (Phto n° 13)

Couleur: recto teinte abricot, rouille, jaune d'or

verso teinte rouille, jaune d'or

Relief: plan

surface; duveteuse

- Aspect microscopique (photo n°14)

Filament mycélien rétrograde

Aspect buissonneux

Candida albicans

- Aspect macroscopique (photo n° 15)

Couleur recto blanc cassé, crème

verso; crème

Relief: plan

surface: brillante, cireuse, humide.

- Aspect microscopique (Photos n°16 A et 16 B)

Cellule ronde ou ovale avec de nombreuses formes
bourgeonnantes, parfois pseudo mycelium (Photo n°16A)

Apparition de chlamydospores typiques (photo 16B)

I-2-2-6 Limites de l'étude

L'établissement de la fiche d'enquête n'a pas permis de démontrer le lien entre la mycose et la possession d'un animal domestique (chat, chien, ...). Il n'a pas été possible non plus de démontrer le lien entre l'apparition de mycoses et le port de chaussures ou la fréquentation d'un salon de coiffure.

CHAPITRE II- RESULTATS ET COMMENTAIRES

II.1- Résultats

Au cours de notre étude, nous avons reçu 777 patients dont 202 avaient une mycose superficielle, soit une prévalence de 24,99 (25%).

La fréquence était de 50 mycoses par mois, soit environ 3 mycoses par jour.

II.1.1- Les caractéristiques socio-démographiques

II.1.1.1- Le sexe

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE %
M	105	51,98
F	97	48,02
Total	202	100

Le sexe masculin est le plus touché avec 51,98%

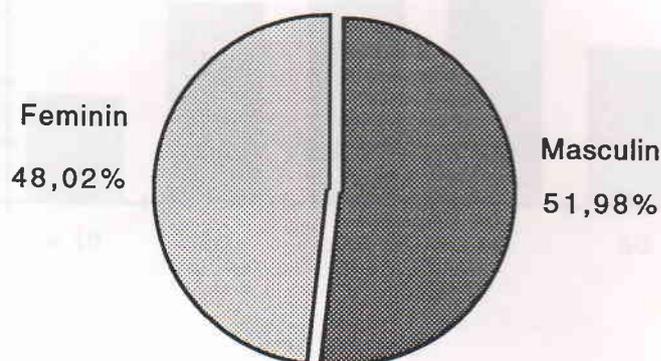


Figure 1 : Représentation graphique des patients selon le sexe

II.1.1.2- L'âge

Tableau II : Répartition des patients par tranche d'âge

AGE (année)	EFFECTIF	POURCENTAGE %
< 10	22	10,89
10-19	30	14,85
20-29	56	27,72
30-39	60	29,70
40-49	23	11,39
50-59	8	3,96
≥60	3	1,49
TOTAL	202	100,00

La majorité d'atteinte est retrouvée dans la tranche de 20 à 39 ans avec un pic entre 30 et 39 ans (29,7%).

L'âge moyen des patients reçus est de 28,16 ans.

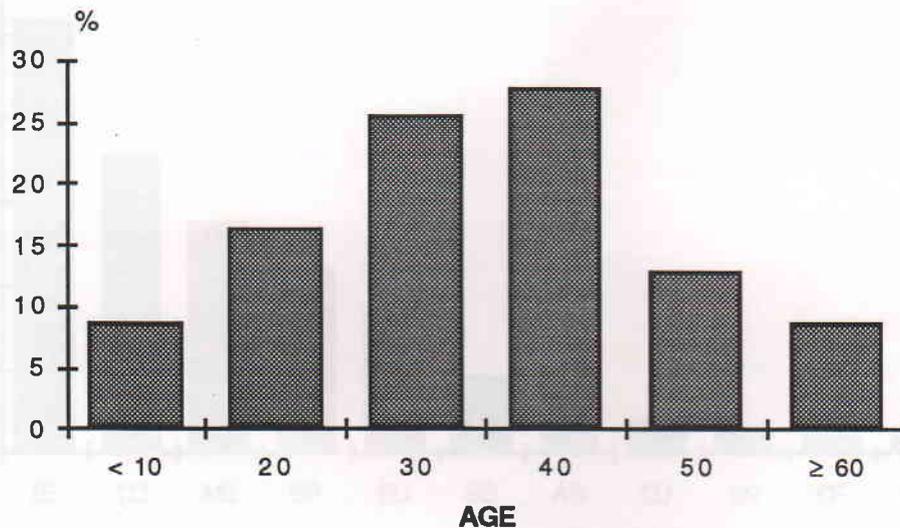


Figure 2 : Représentation graphique par tranche d'âge

II.1.1.3- La profession

Tableau III : Répartition selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Elève-Etudiant	52	25,74
Commerçant	36	17,82
Ménagère	28	13,86
Sans profession	22	10,89
Agent de Bureau	18	8,91
Agent de sécurité	9	4,46
Agent de santé	5	2,48
Cuisinier	4	1,98
Enseignant	3	1,49
Coiffeuse	2	0,99
Peintre	2	0,99
Blanchisseur	2	0,99
Autres	19	9,41
TOTAL	202	100,00

Autres: sociologue, informaticien, technicien supérieur, ingénieur, plombier, chauffeur.

Les élèves et les étudiants sont les plus représentés.

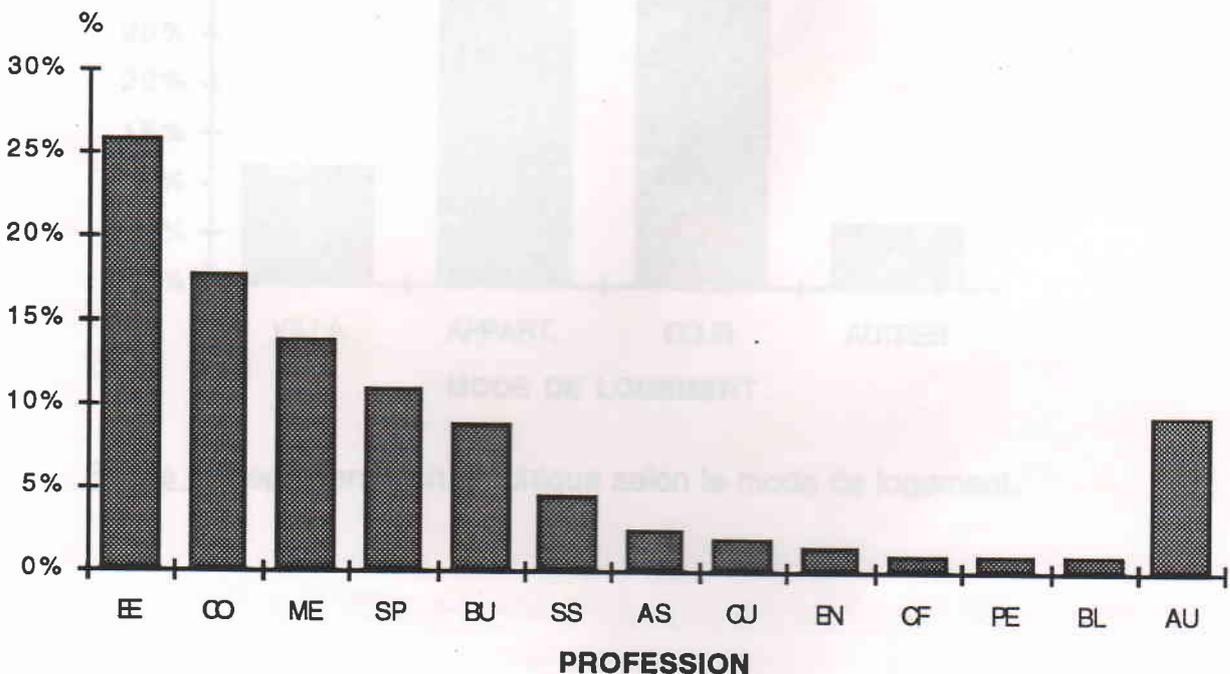


Figure 3 : Représentation graphique selon la profession

II.1.1.4- Le mode de logement

Tableau IV : Répartition selon le mode de logement

LOGEMENT	VILLA	APPARTEMENT	COUR COMMUNE	AUTRES	TOTAL
Effectif	24	92	73	13	202
Pourcentage	11,88	45,55	36,14	6,44	100,00

Autres: Boutique, Hôtel, cité universitaire

Les patients vivant en appartement sont les plus nombreux (45,55%) suivis de ceux vivant en cour commune (36,14%)

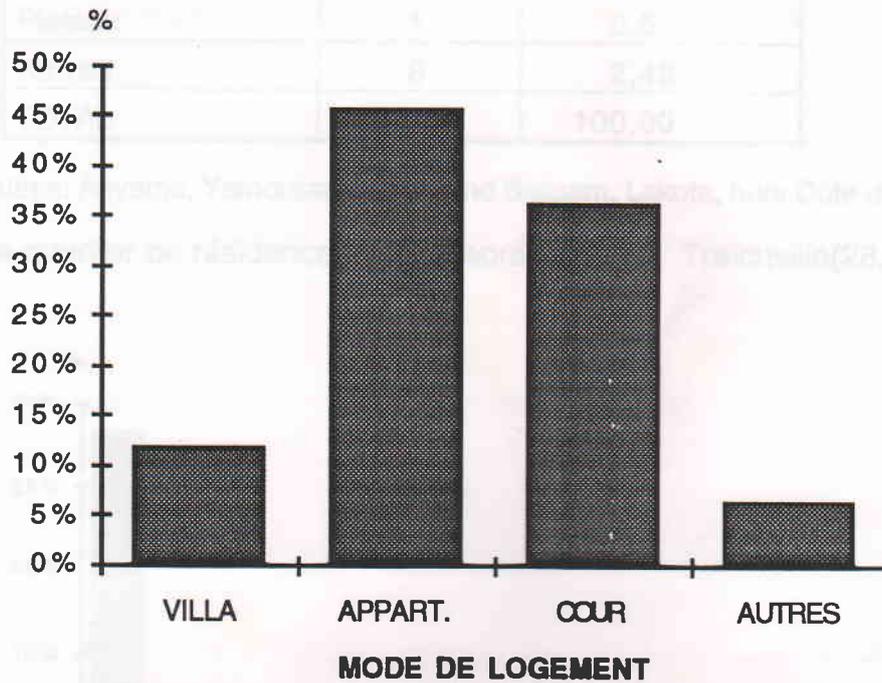


Figure 4: Représentation graphique selon le mode de logement.

II.1.1.5- Le lieu de résidence

Tableau V : Répartition selon le lieu de résidence

COMMUNE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Treichville	57	28,36
Yopougon	25	12,44
Koumassi	21	10,45
Marcory	20	9,95
Abobo	18	8,96
Adjamé	15	7,46
Cocody	14	6,97
Port-Bouët	14	6,97
Attécoubé	11	5,47
Plateau	1	0,5
Autres	6	2,49
TOTAL	202	100,00

Autres: Anyama, Yamoussoukro, Grand Bassam, Lakota, hors Côte d'Ivoire

Le quartier de résidence le plus représenté est Treichville(28,36%).

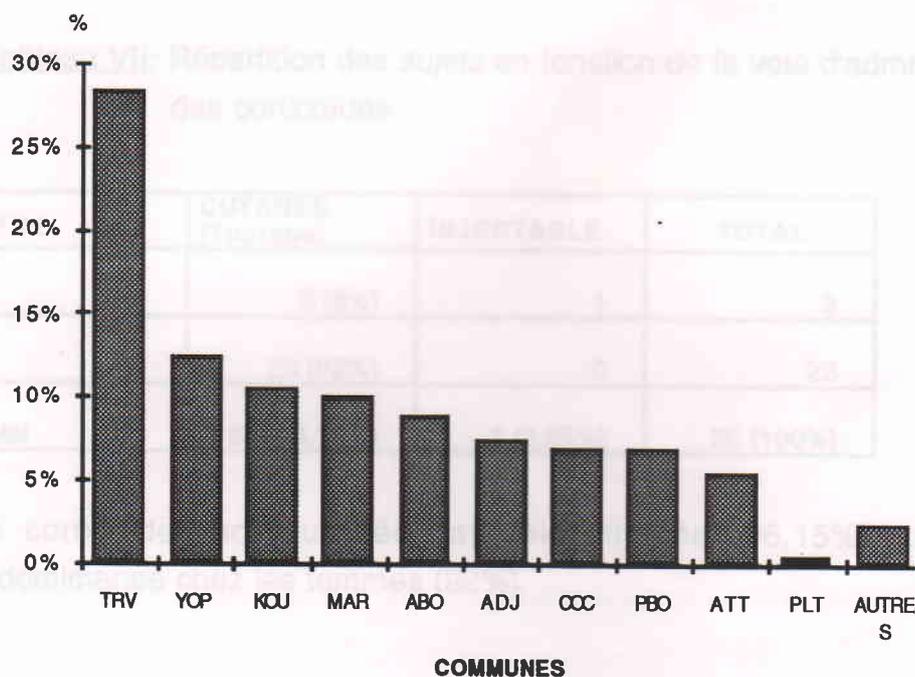


Figure 5 : représentation graphique selon le lieu de résidence.

II.1.2- Utilisation des Corticoïdes

II.1.2.1- Sexe et Corticoïdes

Tableau VI: Utilisation corticoïde en fonction du sexe

SEXE	CORTICOÏDE	TOTAL
M	3 (11,53)	1,48
F	23 (88,47)	11,39
Total	26	12,87

Les femmes utilisent plus les corticoïdes que les hommes.

II.1.2.2- Corticoïdes et voie d'administration

Tableau VII: Répartition des sujets en fonction de la voie d'administration des corticoïdes

SEXE	CUTANÉE (Topique)	INJECTABLE	TOTAL
M	2 (8%)	1	3
F	23 (92%)	0	23
Total	25 (96,15%)	1 (3,85%)	26 (100%)

Les corticoïdes sont utilisés par voie cutanée (96,15%) avec une prédominance chez les femmes (92%).

II.1.2.3- Corticoïdes et profession

Tableau VIII: Utilisation de corticoïdes en fonction de la profession

PROFESSION	CORTICOÏDE	
	Effectif	Pourcentage %
Elève-Etudiant	2	7,69
Ménagère	5	19,23
Commerçante	14	53,85
Agent de bureau	3	11,54
Sans profession	2	7,69
Total	26	100

Les commerçantes sont les plus nombreuses à utiliser les corticoïdes (53,85%)

II.1.3- Examens pratiqués

II.1.3.1- Les prélèvements

Tableau IX : Répartition des sites de prélèvement selon le sexe

Site de prélèvement	Sexe		Total
	M	F	
Axillaire	1	7	8 (3,65%)
Interfessier	1	2	3 (1,37%)
Cuir chevelu	20	6	26 (11,87%)
Sous mammaire	1	9	10 (4,57%)
Inguinal	5	10	15 (6,85%)
Interdigitoplantaire	26	4	30 (13,70%)
Interdigito palmaire	2	0	2 (0,91%)
Ongle du pied	0	3	3 (1,37%)
Ongle de la main	2	12	14 (6,39%)
Peau vague	56	52	108 (49,32%)
Total	114 (52,05%)	105 (47,95%)	219 (100%)

Au niveau du cuir chevelu et des espaces interdigitoplantaires, plus de prélèvements ont été pratiqués chez les hommes.

Au niveau des grans plis et des ongles de la main, la maximum de prélèvement a été effectué chez les femmes

II.1.3.2- Examen direct

Tableau X : Résultats de l'examen direct en fonction du sexe

Sexe	Résultat positif	Résultat négatif	Total
M	52	62	114
F	51	54	105
Total	103 (47,03%)	116 (52,97%)	219 (100%)

47,03% des examens directs sont positifs

II.1.3.3- Cultures

Tableau XI : Résultats des cultures

Culture	Effectif	Pourcentage %
Positive	98	54,75
Négative	81	45,25
Total	179	100

98 cultures (54,75%) sont positives.

II.1.3.4- Les types de champignons

Tableau XII : Répartition selon le type de champignons isolés

Champignons	Effectif	Pourcentage %
Dermatophytes	62	52,54
Levures	56	47,46
Total	118	100

Les dermatophytes sont les plus nombreux (52,54%)

II.1.3.4.1- Les dermatophytes

II.1.3.4.1.1- Les agents fongiques

Tableau XIII : Répartition des dermatophytes selon le genre

Genre	Effectif	Pourcentage %
Trichophyton	58	93,54
Microsporum	4	6,46
Total	62	100

Le genre Trichophyton prédomine (93,54%)

Tableau XIV: Répartition des espèces de Trichophyton isolées de la peau et des phanères

Espèces	Effectif	Pourcentage %
<i>Trichophyton soudanense</i>	26	44,83
<i>Trichophyton rubrum</i>	23	39,66
<i>Trichophyton mentagrophytes</i>	9	15,51
Total	58	100

Trichophyton soudanense et *Trichophyton rubrum* sont plus fréquents

II.1.3.4.1.2- Site d'isolement des dermatophytes

Tableau XV: Répartition des dermatophytes selon le site de prélèvement

Espèces	Peau vague	Grands plis	Petits plis	Cheveux	Ongle	Total
<i>Trichophyton soudanense</i>	8	1	2	15	0	26
<i>Trichophyton rubrum</i>	15	6	1	1	0	23
<i>Trichophyton mentagrophytes</i>	4	1	4	0	0	9
<i>Microsporum langeronii</i>	0	0	0	4	0	4
Total	27	8	7	20	0	62

Trichophyton soudanense prédomine au niveau des cheveux;
Trichophyton rubrum au niveau de la peau vague.

II.1.3.4.2- Les levures et leurs sites d'isolement

Tableau XVI: Répartition des levures selon le site de prélèvement

ESPÈCES	PEAU VAGUE	PLIS	CHEVEUX	ONGLES		TOTAL
				Main	Pied	
<i>Malassezia furfur</i>	20	0	0	0	0	20
<i>Candida albicans</i>	4	14	1	8	0	27
<i>Candida tropicalis</i>	0	3	0	0	0	3
<i>Candida parapsilosis</i>	2	0	0	0	0	2
<i>Candida famata</i>	0	0	0	0	1	1
<i>Candida guilliermondii</i>	1	0	0	0	0	1
<i>Trichosporon asahii</i>	0	2	0	0	0	2
Total	27	19	1	8	1	56

Candida albicans est le plus fréquent et prédominant au niveau des plis et des ongles. *Malassezia furfur* est isolé au niveau de la peau vague.

II.2- Commentaires

Au cours de notre étude, nous avons reçu 202 patients présentant une mycose de la peau et des phanères.

219 prélèvements ont été effectués.

Les résultats sont rapportés dans les tableaux I à XVI.

II.2.1- Caractères socio-démographiques

II.2.1.1 Le sexe et l'âge.

La majorité des malades sont originaires d'Afrique noire, surtout d'Afrique de l'ouest. 144 sont des Ivoiriens soit 71,29 % Parmi eux, l'on retrouve les représentants des 16 régions.

Parmi ces patients reçus, 105 soit 51,98% sont des hommes et 97 (48,02%) des femmes avec un sex ratio de 1,04 (tableau I). Ce résultat est comparable à celui de Akakpo qui trouvait en 1997, 53,90% d'homme et 46,10% de femmes soit un sex ratio de 1,17 (2).

L'âge des patients varie entre 1 an et 72 ans avec un âge moyen de 28,16 ans (tableau II).

Ce résultat est voisin de celui de Akakpo qui trouvait une variation d'âge de 5 mois à 76 ans avec une moyenne de 30,51 ans (2).

II.2.1.2- La profession et le lieu d'habitation

52 patients (25,74%)sont des élèves ou des étudiants (tableau III). Cela s'explique par la présence d'écoles à proximité du dispensaire et son accès facile par les autocars de la société des transports abidjanais (SOTRA).

Notre résultat est inférieur à celui de Akakpo qui notait en 1997 à cocody que 39,78% des patients étaient des élèves ou étudiants (2).

45,55% des patients vivent dans des appartements, 6,44% dans une boutique, un hôtel, ou dans une cité universitaire (tableau IV).

Les patients reçus proviennent des 10 communes d'Abidjan pour la plupart. La commune de Treichville héberge 28,36% des patients (tableau V). Cette prédominance peut être due à la situation du dispensaire dans cette commune.

II.2.1.3- Utilisation des corticoïdes

26 patients sur les 202 reçus, soit 12,87% utilisent des corticoïdes. Parmi eux 23 (88,47%) sont des femmes (tableau VI).

Dans certains pays de la sous région, les corticoïdes sont utilisés par les femmes pour s'éclaircir la peau comme ceci a été démontré par Kéita et coll. au niveau des femmes bamakoises qui montrent que 25% des femmes bamakoises utilisent des corticoïdes (54).

Parmi les patients qui utilisent les corticoïdes, 25 (96,15%) les appliquent par voie cutanée. Parmi eux 23 (92%) sont des femmes (tableau VII).

Les commerçantes sont celles qui emploient le plus de corticoïdes: 14 sur 26 soit 53,85 % (tableau VIII). Cela s'explique par la recherche de plus en plus croissante de l'esthétique chez ces femmes qui pensent que la peau claire

rend plus belle. Cela est dû aussi au fait que la plupart vendant des produits cosmétiques à base de corticoïde les expérimentent elles-mêmes.

35 patients sur 202 (17,13%) possèdent des animaux domestiques qui sont soit un chien, soit un chat.

L'hygiène en général, de même que les antécédents de mycose ne nous ont pas permis de faire une étude épidémiologique pouvant induire l'apparition de mycose.

II.2.2- Diagnostic mycologique

II.2.2.1- Examen direct

Nous avons effectué 219 prélèvements dont 114 (52,05%) chez les hommes et 105 (47,95%) chez les femmes (tableau IX). Les prélèvements ont été pratiqués au niveau de la peau vague dans 49,32% des cas (tableau IX). Ce résultat est inférieur à celui de Castanier qui, en 1971, dans une thèse sur les teignes du cuir chevelu et les épidermomycoses à Abidjan trouvait 109 sur 454 prélèvements (24,01%) (29).

Par contre notre résultat est proche de celui de Ayadi et coll. qui trouvaient à Sfax en Tunisie en 1991, 782 cas sur 1724 prélèvements soit 45,16% au niveau de la peau vague (9). Dans le même pays, Bouratbine et coll. dans une population non hospitalière de la région de Tunis trouvaient en 1996, 283 cas sur 1400 prélèvements (20,21%), taux inférieur à celui de notre étude (27).

20 prélèvements sur 26 ont été effectués au niveau du cuir chevelu chez les sujets de sexe masculin. Cela s'explique par le fait que les teignes sont plus fréquentes chez le jeune garçon que chez la jeune fille et cela est connu.

Les grands plis (axillaire, interfessier, sous-mammaire, inguinal) ont été prélevés 28 fois chez les femmes et 8 fois chez les hommes.

26 prélèvements sur 30 ont été pratiqués chez les hommes au niveau des espaces interdigitoplantaires. Cela s'explique par le fait que le pied d'athlète dû au port de chaussures et de chaussettes restées longtemps fermées est fréquent chez l'homme.

12 prélèvements sur 14 ont été effectués au niveau des ongles de la main chez la femme. Cela s'explique par le fait que les femmes ont les mains contamment plongées dans l'eau. Ce résultat est comparable à celui de N'Dir et coll. (69) qui notaient que 46 femmes sur 76 avaient une onychomycose de la main présentée ainsi comme l'apanage des ménagères.

103 examens directs (47,03%) sont revenus positifs (tableau X).

Malassezia furfur a été identifié dans 20 cas au cours de ces examens directs, sa culture n'étant pas d'usage courant.

II.2.2.2- Cultures

Nous avonsensemencé 179 prélèvements sur 219 soit 81,74%.

98 cultures sont revenues positives (54,75%) (tableau XI). Ce résultat est supérieur à celui de Assoumou et Coll. qui trouvaient lors du bilan de la flore fongique effectué sur la peau et les phanères en 1991 à Abidjan une positivité de 41,20% (7).

Ailleurs en Tunisie, Ayadi (9) et Bouratbine(27) trouvaient respectivement en 1991 et 1996 des taux de positivité de 49% et 47,50%, taux voisins du nôtre.

II.2.3- Champignons isolés

Ces différents examens ont permis d'isoler 118 souches de champignons: 62 cas de dermatophytes (52,54%) et 56 cas (47,46%) de levures (tableau XII).

Déjà en 1971, Castanier notait la prédominance des dermatophytes avec 94,04% (29).

Doucet et coll. en 1973 avec 94,06% (34) trouvaient pratiquement les mêmes résultats que Castanier.

En 1985, Ferly-Therizol et coll. lors du bilan effectué au Laboratoire de Parasitologie de la Faculté de Médecine trouvaient 65% de dermatophytes (40).

En Tunisie Ayadi (9) et Bouratbine (27) trouvaient respectivement 60,50% et 71,30%.

En Belgique Rurangirwa et coll. trouvaient en région Mosane en 1990 , 58,80% de dermatophytes (79).

Par contre pour Assoumou (7) et Akakpo (2) en 1991 et 1997, les levures avaient été les plus souvent isolées avec respectivement 50,80% et 68,84%.

En France Régli et collaborateurs (76) trouvaient en 1992 dans la région d'Aix-en-Provence, une prédominance des levures (91,76%).

Parmi les dermatophytes, seuls deux genres ont été isolés: le genre *Trichophyton* et le genre *Microsporum*.

Le genre *Trichophyton* est le plus fréquent avec 93,54% (tableau XIII).

En 1971, Castanier (29) trouvait 72,28% quand Doucet et coll. notaient 75,09% en 1973 (34).

Ferly-Therizol et coll. (40) l'isolaient dans 75% des cas en 1985.

Par ailleurs, les bilans effectués par Assoumou en 1991 (7) et Akakpo (2) en 1997 notaient respectivement 77,10% et 77,70% de *Trichophyton*.

En Tunisie, Ayadi (9) et Bouratbine (27) en 1991 et 1996 trouvaient 90,75% et 81,06% de *Trichophyton*.

Parmi les espèces de *Trichophyton* isolées de la peau et des phanères, *Trichophyton soudanense* est l'espèce la plus fréquente 26 cas sur 58, soit 44,83% (tableau XIV).

Assoumou et coll. (7) affirmaient déjà la fréquence de cette espèce en 1991 avec 34,40%.

En 1997 Akakpo (2) abondait dans le même sens et trouvait 31,80%.

Une seule espèce de *Microsporum* a été isolée: *Microsporum langeronii* uniquement au niveau du cuir chevelu.

Selon le site de la lésion, 42 dermatophytes sur 62 soit 67,74% ont été isolés de la peau vague et des plis (grands et petits plis) contre 20(32,26%) au niveau des phanères (tableau XV).

Trichophyton rubrum est l'espèce prédominante au niveau de la peau vague et des plis (22 cas sur 23) (tableau XV).

Trichophyton mentagrophytes est isolé surtout des petits plis.

Par ailleurs, si au niveau de la peau vague et des plis, *Trichophyton rubrum* prédomine, il faut noter qu'au niveau des phanères et surtout au niveau du cuir chevelu c'est *Trichophyton soudanense* qui est le plus fréquent: 15 cas sur 20 (75,00%) (tableau XV).

Ces résultats sont comparables à ceux de Ferly-Therizol et coll. qui trouvaient en 1985 49,60% de *Trichophyton soudanense* (40).

Assoumou et coll. notaient en 1991 une prédominance de *Trichophyton soudanense* avec 57,70% (7).

En 1997, Akakpo le rejoignait avec 62,20% (2).

Si l'agent principal des teignes du cuir chevelu est *Trichophyton soudanense* (75%), il est à souligner que la place de *Microsporum langeronii* n'est pas négligeable. En effet, il représente le 2^e agent fongique responsable des teignes du cuir chevelu dans notre étude (tableau XV).

En 1985 Ferly-Therizol et coll. affirmaient que 36,10% des teignes du cuir chevelu sont dues à *Microsporum langeronii* (40).

Assoumou en 1991 (7) trouvait 31,30%, Akakpo en 1997 (2) notait que 19,56% des teignes étaient dues à cette espèce.

Ailleurs au Burkina Faso, Testa et coll. notaient en 1994 que les teignes étaient surtout dues à *Microsporum langeronii* (82 cas sur 107) soit 76,60% contre 14,00% pour *Trichophyton soudanense* (87).

Aucun dermatophyte n'est isolé des ongles (tableau XV).

Dans notre étude, les levures représentent 47,46% des champignons isolés au niveau de la peau et des phanères (tableau XII).

La plupart des levures ont été isolées au niveau de la peau vague (27 cas sur 56) avec une nette prédominance de *Malassezia furfur* (tableau XVI), qui n'est présent qu'au niveau de ce site.

Assoumou et coll. en 1991 notaient 220 levures sur 543 au niveau de la peau vague (40,53%) (7).

Akakpo en 1997 (2) trouvait 160 sur 338 (47,34%) quand Ayadi (9) et Bouratbine (27) relevaient respectivement des taux de 48,34% et 32,00% en Tunisie.

Quant à *Candida albicans*, il est rencontré surtout au niveau des plis et des ongles respectivement 14 cas et 8 cas sur 27 isolés.

Au Sénégal N'Dir et coll. (69) en 1994 trouvaient à Dakar que la majorité des Onychomycoses était due à *Candida albicans*. (42 cas sur 90).

Si *Malassezia furfur* a été isolé uniquement au niveau de la peau vague par Assoumou (7) et Ayadi (9), il faut noter que Akakpo (2) et Bouratbine (27) ont trouvé quelques rares cas au niveau du cuir chevelu.

En tenant compte de tous les sites, *Candida albicans* est l'espèce la plus fréquente des levures (27 cas sur 56) (tableau XVI).

Les autres espèces de ce genre sont rares (7 cas sur 56).

En dehors du genre *Candida*, le genre *Trichosporon* est présent avec 2 cas sur 56.

Ce travail dans le but est l'étude de l'épidémiologie des mycoses superficielles à Abidjan et cela a eu pour cadre la dispensaire du pont Félix Houphouët Bouigny de Treorville, nous permet de faire les remerciements suivants:

Nous avons interrogé 777 patients dont 202 ont une mycose de la peau et des cheveux soit une prévalence de 25%. Nous avons effectué 213 prélèvements.

Parmi les patients qui ont une mycose superficielle 51,98% sont des hommes.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

26 personnes (12,87%) utilisent des corticoïdes. Parmi elles, 68,47% sont des femmes particulièrement les commerçantes (14 cas sur 26) soit 53,85%. Ces corticoïdes sont utilisés surtout par voie cutanée.

17,10% des patients interrogés possèdent un animal domestique (chat, chien).

114 prélèvements (52,05%) ont été pratiqués chez les hommes.

La peau rasée a été rasée 108 fois (49,32%).

Ce travail dont le but est l'étude de l'épidémiologie des mycoses superficielles à Abidjan et qui a eu pour cadre le dispensaire du pont Félix Houphouët Boigny de Treichville nous permet de faire les remarques suivantes:

Nous avons reçu 777 patients dont 202 ont une mycose de la peau et des phanères, soit une prévalence de 25%. Nous avons effectué 219 prélèvements.

Parmi les patients qui ont une mycose superficielle, 51,98% sont des hommes.

L'âge moyen est de 28,16 ans.

25,74% sont des élèves ou des étudiants.

28,36% des patients habitent la commune de Treichville.

71,29% sont des Ivoiriens.

26 personnes (12,87%) utilisent des corticoïdes. Parmi elles, 88,47% sont des femmes particulièrement les commerçantes (14 cas sur 26) soit 53,85%. Ces corticoïdes sont utilisés surtout par voie cutanée.

17,13% des patients reçus possèdent un animal domestique (chat, chien).

114 prélèvements (52,05%) ont été pratiqués chez les hommes.

La peau vague a été prélevée 108 fois (49,32%).

Nous avons isolé 118 souches de champignons à l'examen direct et ou à la culture.

Les dermatophytes sont les plus fréquents (52,54%) contre 47,46% de levures.

Seuls les genres *Trichophyton* et *Microsporum* ont été isolés.

Trichophyton représente 93,54% de l'ensemble des dermatophytes isolés.

Trichophyton soudanense est présent 26 fois (44,83%) au niveau de ce genre. et est responsable de la majorité des teignes.

Tous sites confondus, *Trichophyton rubrum* est l'espèce la plus fréquente dans les cas de dermatophyties de la peau vague (15 cas sur 27) et des plis (7 sur 15).

Trichophyton soudanense avec 15 cas sur 20 (75%) est l'agent principal des teignes du cuir chevelu. *Microsporum langeronii* est le deuxième agent des teignes avec 4 cas sur 20 (20%).

Un fait exceptionnel a été noté: l'isolement de *Trichophyton rubrum* (1 cas) au niveau du cuir chevelu.

Aucun dermatophyte n'est isolé des ongles.

Parmi les levures isolées, *Candida albicans*, agent d'onychomycose et d'eczéma marginé de Hébra est l'espèce de loin la plus fréquente (27 cas sur 56).

Malassezia furfur 20 cas sur 56 levures est présent uniquement au niveau de la peau vague et a été isolé par Scotch-test et est responsable de *Pityriasis versicolor*.

Trichosporon asahii est retrouvé au niveau des plis à une faible proportion.

Ce travail nous permet de faire les recommandations suivantes:

- Au Ministère de la Santé Publique.
 - Construire et équiper les unités de mycologie dans les principales régions du pays pour une meilleure recherche des agents fongiques.
 - Initier des études épidémiologiques en vue de la recherche plus poussée des causes des mycoses en général et celles de la peau et des phanères en particulier.
- Aux patients
 - Eviter l'usage abusif des corticoïdes surtout à base de pommade, de lait ou de crème sans prescription médicale.
 - Faire des visites périodiques des animaux domestiques (chat, chien) porteurs de lésions suspectes.
 - Port de gants dans les professions susceptibles d'induire une mycose superficielle: blanchisserie, coiffure, pâtisserie, confiserie.

- 1- Aké (P.A.) Remarque dermatologique à Abidjan (Côte d'Ivoire)
Ann. Dermatol. (SE.M.) 1974, 12: 4-6
- 2- Aképo (A.G.) Bilan des cas graves d'eczéma au Laboratoire de Mycologie
de la Faculté de Médecine d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
Mém. Soc. C.S. Parasitologie-Mycologie, Abidjan, 1977.
- 3- Alberca (G.), Di Clemente (R.) Aspect clinique des dermatomycoses
cutanées chez les sujets de race noire.
Ann. Dermatol. (SE.M.), 1965, 12: 6
- 4- Amour Khodja (A.) La maladie dermatophytique.
Ann. Dermatol. (SE.M.), 1967, 15: 12
- 5- Am O'Fal la Parasitologie Mycologie
Soc. C. S. P., 1970, Paris 201-257
- 6- Amour (J.E.), Pignatelli (G.E.) Exploration des mycoses par la technique
moleculaire
Ann. Dermatol. (SE.M.), 1977, 15: 12
- 7- Assouline (A.), Ouhon (J.), Fourn (E.A.), Kourou (D.), Koué (M.),
Ferty-Thérèse (M.) Bilan de la flore fongique locale de la peau et des
muqueuses à la Faculté de Médecine d'Abidjan. J. Mycol. Méd., 1983, 3: 150-
155
- 8- Avran (A.), Némi (O.) Le pied d'athlète du nourrisson et de l'enfant âgé de
moins de 4 ans. Ann. Dermatol. (SE.M.), 1981, 119 (1), 11-12
- 9- Ayadi (A.), Borji (M.), Mekini (F.) Prévalence des mycoses superficielles
dans un écosystème urbain à Sfax (Tunisie). Bull. Soc. Path. Ex., 1984, 86
(3) 186-189

REFERENCES

- 1- **Aka (P.A.)** Pathologie dermatologique à Abidjan (Côte d'Ivoire).
Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, **12**: 4-5
- 2- **Akakpo (A.C.)** Bilan des cinq années d'activité au Laboratoire de Mycologie de la Faculté de Médecine d'Abidjan (Côte d'Ivoire),
Mém. Méd. CES Parasitologie-Mycologie, Abidjan, 1977.
- 3- **Albanese (G.), Di Cientio (R.)** Aspect cliniques des dermatoses communes chez les sujets de race noire.
Nouv. Dermatol. (RE. M.I), 1993, **12**: .6
- 4- **Ammar Khodja (A.)** La maladie dermatophytique.).
Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, **12**: 13
- 5- **Ann O'Fel** In Parasitologie Mycologie
Ed. C. et R., 1982, Paris: 231-267.
- 6- **Arrese (J.E.), Pierrard (G.E.)** Exploration des mycoses par la biologie moléculaire.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, **12**: 12
- 7- **Assoumou (A.), Ouhon (J.), Kassi (E.A.), Kouakou (D.), Koné (M.), Ferly-Thérizol (M.)** Bilan de la flore fongique isolée de la peau et des phanères à la Faculté de Médecine d'Abidjan.) J. Mycol. Méd., 1993, **3**: 150-153.
- 8- **Avran (A.), Binet (O.)** Le pied d' athlète du nourrisson et de l'enfant âgé de moins de 4 ans.) Ann. Dermatol. Vénérolog., 1991, **118** (1): 11-12
- 9- **Ayadi (A.), Borgi (N.), Makini (F.)** Prévalence des mycoses superficielles dans un écosystème urbain à Sfax (Tunisie.) Bull. Soc. Path. Ex., 1993, **86** (3): 188-189.

- 10- **Baccouche (K.), Mokhtar (I.), Chaker (E.), Fazaa (B.), Kamoun (M.R.)** Dermatophytie superficielle étendue chronique familiale à *Micosporum canis* avec atteinte unguéale.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**:34
- 11- **Badillet (G.)** Les dermatophytes: atlas clinique et biologique.) Ed. Varia (Paris) 1983, **44-56**; 63-88
- 12- **Badillet (G.)** Le devenir en France des teignes originaires d'Afrique.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 13
- 13- **Bamba (B.)** Les mycoses cutanées des pieds et des orteils.
Mém. Méd. CES dermatol. Vénérolog. Abidjan, 1990
- 14- **Bayles (M.A.)** Tropical mycosis
Med. Klin; 1991, **86** (1): 13-19.
- 15- **Belec (L.), Testa (J.), Bourée (P.)** *Pityriasis versicolor* in the Central African Republic: a randomized study of 144 cases.) Med. Vet. Mycol., 1991, **29** (5): 323-329.
- 16- **Ben-Jemaa (A.), Zaghlaoui (F.), Baccouche (K.), Miled (S.), Kaffel (N.), Abid (S.), Gharbi (R.), Kamour (M.R.), Ghache (M.)** Mycoses cutanées et conserveries: enquête épidémiologique transversale à Tunis.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 36
- 17- **Ben (N.)** Peau noire versus peau blanche..
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 13.
- 18- **Ben Osman (A.)** Troubles héréditaires de la kératinisation et mycoses.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 13

- 19- **Ben Osman (O.), Kassar (L.), El Euch (D.), Mezlini (S.);**
Profil épidémiologique des dermatophyties.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, 12: 35.
- 20- **Beurey (J.), Weber (M.), Elch (D.), Vignaud (J.M.)** Semiologie d'une onychopathie.
Rev. Prat. (Paris), 1981, 31 (5): 3715-3724.
- 21- **Bobin (P.)** Les mycoses superficielles et profondes.) Objectif Peau. 1996, 20 (24): 243.
- 22- **Bouchenak (K.A.)** Recherche sur les formes et la fréquence des teignes du cuir chevelu dans le Hoggar (Sahara Algérien.) Thèse Méd. Alger, 1975.
- 23- **Boucher-Leparmentier (M.H.)** Contribution à l'étude des teignes du cuir chevelu.) Thèse Méd. Abidjan, 1977, n° 126.
- 24- **Bouchet (P.), Gulgnar (J.L.), Modulo (L.G.), Regli, (P.)** Mycologie générale et médicale.
Collection abrégé de Pharmacologie.
- 25- **Boudghene-Stambouli (O.), Merad (B.A.)** Les antifongiques dans la maladie dermatophytique: échec de la Griséofulvine, du Kétoconazole et de l'Itraconazole.
Bull. Soc. Pathol. Ex. 1990, 83: 170-176.
- 26- **Boudghene-Stambouli (O.), Merad (B.A.), Ben Kalfat (M.R.), Khedim (A.)** Teignes du cuir chevelu et épidermomycoses à Tiemcen (Algérie) pendant 9 ans.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, 12: 12
- 27- **Bouratbine (A.), Aoun (K.), Zallaga (N.), Bayar (N.), Ben Ismael (R.)** Topographie et étiologie des mycoses superficielles dans une

- population non hospitalière de la région de Tunis (Tunisie.) J. Mycol. Méd. 1997, 7: 199-202.
- 28- **Carrière (B.), Jarnage (J.P.), Caslets (J.F.), Dabadie (J.P.), Larsen (P.), Masplede (B.)** Enquête sur les mycoses interdigitoplantaires en milieu thermal.) Eurobio, 1993, 28 (206): 265-270.
- 29- **Castanier (C.)** Epidermomycoses et teignes du cuir chevelu à Abidjan Thèse Méd. Abidjan; 1971 n°17
- 30- **Dali-Youcef (A. F.)** Enquête sur les teignes du cuir chevelu dans une région d'Algérie (Grande Kabylie.) Thèse Méd. Alger, 1974.
- 31- **De Greef (H.)** Nouveaux antifongiques dans le traitement des mycoses cutanées superficielles.) Ann. Dermatol. Vénéreol. 1993, 120 (1): 21-31.
- 32- **Delacretaz (J.), Grigoriu (D.), Ducel (G.)** Atlas de mycologie médicale.) Ed. Hanshuber (Vienne), 1974.
- 33- **Doucet (J.), Castanier (C.), Assale (G.), Pothier (M.)** Teignes et épidermomycoses de la ville d'Abidjan.) Bull. Soc. Path. Ex. 1971, 217-218.
- 34- **Doucet (J.), Heroïn (P.), Pothier (M.A.), Assale (G.), Castanier (C.)** Bilan de la flore fongique au laboratoire de mycologie de la Faculté de Médecine d'Abidjan.) Bull. Soc Fr. Mycol. Méd. 1973, 2(1): 49-52.
- 35- **Dunan (J.), Assalé (G.), Doucet (J.), Heroïn (P.)** Principaux agents d'onychomycoses à Abidjan.) Bull Soc. Fr. Mycol. 1978, 7(2): 153-155.
- 36- **Dupouy (C.J.), Bougnoux (M.E.), Ancelle (T.)** Les aspects actuels de la mycologie médicale.
Ann. Biol. clin. 1989, 47: 102-107.

- 37- **Faure (M.)** Infections cutanéomuqueuses à *Candida albicans*:
épidémiologie, diagnostic, traitement.
Rev. Prat. (Paris) 1992, **42**: 2083-2086.
- 38- **Ferly-Therizol (M.), Bleu-Laine (S.), Ouhon (J.), Kone (M.),
Assoumou (A.), Assale (G.)** Dermatophytie à *Microsporum gypseum* à
Abidjan.
Bull. Soc. Path. Mycol. Méd. 1983, **12(2)**: 223-226
- 39- **Ferly-Therizol (M.), Bleu-laine (S.), Ouhon (J.), Kone (M.),
Assoumou (A.), Assale (G.)** Dermatophytes palmaires et plantaires à
Abidjan.) Bull. Soc. Fr. Mycol. Méd. 1983, **12(2)**: 227-230.
- 40- **Ferly-Therizol (M.), Ouhon (J.), Koné (M.), Assoumou (A.), Konan
(A.), Assalé (G.) avec la collaboration de Bouet-Tan (A.),
Kouakou (D.)** Actualité mycologique médicale en Côte d'Ivoire. 6e
Journées médicales d'Abidjan
Rev. Méd. Côte d'Ivoire. 1986: n°75.
- 41- **Ferly-Therizol (M.)** Cours de mycologie médicale pour le CES de
parasitologie.) Faculté de Médecine d'Abidjan. 1990.
- 42- **Franceschini (Ph.)** Le pied d'athlète: comment je le traite?
Gaz. Méd. Fr. 1978, **85(1)**: 21-22.
- 43- **Gentilini (M.)** Médecine tropicale: mycoses superficielles.
Flammarion-Médecine Sciences (5e éd.) 1993, 265-268.
- 44- **Gofti (S.), Humbert (PH), Barabe (Th.), Bizouand (N.), Reboux (G.)
Agache (P.)** Dermatophytes à *Microsporum persicolor* dans une famille.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I). 1993, **12**: 37.

- 45- **Gonzales Benavides (J.), Sada-Tamayo (J.J.), Saucedo-Fuentes (J.E.)** *Tinea Pedis* in children
Med Cutan. Ibero. Lat. Am., 1989, 17 (4): 239-242.
- 46- **Guilguemde (T.R.), Tapsoba (G.P.), Pare (J.L.), Sawadogo (O.)**
 Mycoses cutanées phanéariennes dans les deux services de dermatologie de Ouagadougou (Burkina-Fasso.) Bul. Soc. Path. Ex. 1992, 85 (3): 208.
- 47- **Haquet (H.), Zertal (F.), Hamza (S.), Haquet (S.), Noura (R.), Ben-Osman (A.)** De l'évolution d'une dermatophytie superficielle extensive vers une maladie dermatophytique.) J. Mycol. Méd., 1995, 5(3): 184-187.
- 48- **Inskovski (A.D.)** The rebuck skin window method in the differentiated assesment of the activity of pathologic reactions in patients with foot mycoses and eczema.) Vestn. Dermatol. Venereol., 1988, n°6; 16-19.
- 49- **Janssen-Cilag (Laboratoire)**
 Aide au diagnostic en dermatologie.) Documentation scientifique. Ed. Spire (Paris), 1977.
- 50- **Janssen-Cilag (Laboratoire)**
 Peau et champignons pathogènes
Documentation médicale. Ed. Spire (Paris), 1977
- 51- **Janssen-Cilag (Laboratoire)**
 Le *Pityriasis versicolor*. un hôte parfois tenace et gênant.
Info Cilag 1992, n° 4: 1-2.
- 52- **Kahdir (K.), Nejjam (F.), Habibedline (S.), Jarmounir Guessous (N.), Lakhadar (H.)** La maladie dermatophytique: à propos de 3 observations traitées par la Terbinafine.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, 12: 36.

- 53- **Kamoun (M.R.), Kamoun (F.)** Les particularités de certaines dermatoses en Tunisie.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 6
- 54- **Keita (S.), Mahe (A.), Blanc (L.), Helma (J.M.), Sanogo (T.), Bobin (P.)** Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants sur la femme bamakoise.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 4
- 55- **Koenig (H.)** Guide de Mycologie médiale
 Ed. Ellipses, Paris, 1995.
- 56- **Kombila (M.), Gomez DE Diaz (M.), Richard-Lenoble (D.)** Nouveau *Microsporium* au Gabon isolé d'un herpès circiné, comparaison avec *Microsporium gypseum*.
Bull Soc. Fr. Mycol. Méd. 1983, **12(2)**: 231-236.
- 57- **Korting (H. C.), Zienicke (H.)** Cultural protection a bullous form *Tinea pedis*.
Mycoses 1991, **34 (1)**: 103-106.
- 58- **Kossia (A.), Kargbo (A.)** Epidémiologie des affections cutanées en Sierra Leone.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 5.
- 59- **Kourda (M.), Charker (E.), Souissi (R.), Ben-Mosbah (T.A.), Kamoun, (T.R.)** Etude analytique de 100 cas de dysidrose.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 37.
- 60- **Kovalenko (LU B.), Mikhasik (S.V.), Fedotov (V.P.)** Epidemiology and the characteristics of foot mycoses in metallurgy workers.) Vestn. Dermatol. Vénérool., 1988, n° 7: 53-57.

- 61- **Kuttin (E.S.), Baum (G.L.)** Human and animal mycology.
Ed. Excerpta Medica, Amsterdam Oxford, Princeton, 1980
- 62- **Lachapelle (J.M.), Tennstedt (D.), Marot (L.)** Atlas de dermatologie de l'environnement.) Braine-l'Alleud (Belgique). Ed. Diane Van Hoerbeke 1997, 171-177.
- 63- **Leshchenko (V.M.), Tesalova (O.T.), Bazyka (A.P.)** Nosology, epidemiology and prevention of mycosis caused by *Trichophyton rubrum*.) Vestn Dermatol. Venereo., 1988, n° 1: 38-41.
- 64- **Mansour (R.), Chaker (E.), Bouattour (A.), Benrachid (M.S.)** Les dermatophytes isolés chez les animaux, premiers résultats d'une enquête mycologique.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 14
- 65- **Marill (F.G.)** Teigne de la vallée du Sénégal et de la Mauritanie.
Bull. Soc. Fr. Mycol. Méd. 1978, **7**(2): 145-148
- 66- **Miller (D.R.S.)** Actualité thérapeutique: étude du nitrate d'Isoconazole dans le pied d'athlète.) Gaz. Méd. Fr., 1985, **92** (14): 87-89.
- 67- **Nean (K.), Assale (G.), Dunand (J.), Vanbreuseghem (R.)** Etude de l'athlète's foot chez 100 soldats ivoiriens à Abidjan.
Bull. Soc. Fr. Mycol. Méd. 1979, **8**(2): 171-174
- 68- **Nejjan (F.), Benchikhi (M.), Lakhdarh (H.)** Etude pilote du Lamisil® dans les teignes de l'enfant (évaluation de l'efficacité de la tolérance et de la pharmacocinétique).
Nouv. Dermatol. (RE.M.I.), 1993, **12**: 14

- 69- **Ndir (O.), Ndiaye (M.), Kane (A.), Niang (A.), N'diaye (B.), Diallo (S.)** Aspects épidémiologiques et cliniques des onychomycoses à Dakar.) Méd. Afrique Noire 1994, **41** (12): 709-713.
- 70- **Obasi (O.F.), Adeleke (D.), Clayton (J.M.)** Athlète's foot in boot wearing policemen in Nigeria. Mycoses 1988, **31** (5): 268-270.
- 71- **Offret (H.), Quillard (J.)** Pityriasis versicolor achromiant de la paupière J. Fr. Ophtamologie 1994, **17** (5): 375-377.
- 72- **O' Grady (T.C.), Sahn (E.E.)** Investigation of asymmetric Tinea pedis in children.) J. Am. Acad. Dermatol., 1991, **24** (4): 660-331.
- 73- **Page (J.C.), Abramson (C.), Lee (W. L.), Carthy (D.J.), MC Ginley (K.J.), Williams (D.)** Diagnostic and treatment of Tinea pedis, a review of update.) J. Am. Pediatr. Med. Assoc. 1991, **81** (6): 304-316.
- 74- **Peyron (N.), Picot (E.), Meunier (L.), Meynadier (J.)** Infection à dermatophytes de la peau glabre et des plis, diagnostic et traitement.) Rev. Prat. (Paris) 1993, **43**: 507-512.
- 75- **Puissant (A.), Badillet (G.), Begnin (A.)** Un cas de maladie dermatophytique chez un Tunisien de 35 ans.) Bull Soc. Fr. Mycol. Méd. 1978, **7** (2): 149-152.
- 76- **Régli (P.), Favel (A.), Armand (Y.)** Etude épidémiologique des mycoses humaines dans la région d'Aix-En-Provence.) J. Mycol. Méd. 1994, **4**:37-41
- 77- **Revuz (J.)** Mycoses cutanées et unguénales: traitement local ou général.) Ed. concours Médical 1997: 1-4
- 78- **Rippon (J. W.),**
The changing epidemiology and emerging patterns of dermatophytes

species.

Curr. Top. Med. Mycol.), 1995, 1: 208-234

79- **Rurangirwa (A.), Pierard (G.E.)** Prevalence des mycoses cutanées superficielles en région Mosane.

Rev. Prat. (Liège), 1990, 45 (2): 69-73.

80- **Saya (J.)** Trichophyton: un siècle de progrès.

Ann. Dermatol. vénéréol.), 1989, 116: 947-954.

81- **Segretain (G.), Drouhet (E.), Mariat (F.)** Diagnostic de laboratoire en mycologie médicale

Ed. Maloine (Paris), 1987.

82- **Soyinka (F.)** La cosmétologie en Afrique noire.

Nouv. Dermatol. (R.E.M.I.), 1993, 12: 4

83- **Soyinka (F.), Onayeni (O.)** Efficacité de la Terbinafine (Lamisil ®) pour traiter les onychomycoses en milieu tropical.

Nouv. Dermatol. (R.E.M.I.), 1993, 12: 15

84- **Syllvette-Perin Née Vazelle**

Epidémiologie des champignons microscopiques en midi Pyrenée.

Thèse Méd. Toulouse, 1979, n°202.

85- **Terragni (L.), Buzzeti (I.), Lasagni (A.), Oriani (A.)** Tinea pedis in children.

Mycoses, 1991, 34 (5-6): 273-276

86- **Terragni (L.), Buzzeti (I.), Lasagni (A.), Oriani (A.)** Pityriasis versicolor of the face.) Mycoses, 1991, 34 (7-8): 345-347.

- 87- **Testa (J.), Traoré (L.K.), Compaoré (L.), Sondo (B.)** Les teignes en milieu scolaire dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)
J. Mycol. Méd. 1994, 4: 42-44.
- 88- **Turki (H.), Babla (H.), Zahaf (A.)** Profil des teignes du cuir chevelu en Tunisie.
Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, 12: 35
- 89- **Vanbreuseghem (R.)** Guide pratique de mycologie médicale et vétérinaire.) Ed. Masson (Paris), 1966 (1er édition).
- 90- **Wilson (J. D.), Braunwald (E.), Isselbacher (K.), Peterdorf (R.), Fauci (A.), Root (R.)** Principe de médecine interne.) Paris; Ed. Med. Sciences Flammarion (5e édition).
- 91- **Yeo Nahoua**
Pied d'athlète: place de l'étiologie mycosique en milieu marin à propos de 200 cas.
Thèse Méd. Abidjan, 1994 n°1584.
- 92- **Ysmail (D.M.), Ammar (K. A.), Ait-Belkacem (F.), Chalane (N.), Bou (D.), Larbi (D.)** Particularité et évolution de la pathologie dermatologique en Algerie.) Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, 12: 5
- 93- **Zaror (L.), Aliaga (X.)** Dermatophytes en healthy chilians.) Mycoses. 1990, 33(2): 95-98.
- 94- **Zili (J.), Chkir (S.), Zanned (I.), Abidi (A.), Noomane (S.), Azaiez (R.)** Profil épidémiologique des mycoses superficielles dans les régions de Monastir (à propos de 504 cas.) Nouv. Dermatol. (RE.M.I), 1993, 12: 35

FORME DÉFINITIVE

I- IDENTIFIÉ GÉNÉRAL

Nom de l'individu

Age

Sexe

Profession

Occupation

Homme

Femme

Chercheur

Autre

Nationalité

Région d'origine

Autre nationalité

Oui

Non

Localité

Forme définitive

Hygiène

Contraception

Oui

Non

Motivations

Motif

ANNEXES

II- ETUDE CLINIQUE

Titre de l'étude

Objectif de l'étude

III- ETUDE PARACLINIQUE

Lieu de prélèvement

Méthode de prélèvement

Matière prélevée

Examen de

positif

Négatif

Autre

positif

Négatif

non testé

Changement de base

FICHE D'ENQUETE

I- IDENTITÉ DU MALADE

Nom et Prénom :

Age :

Sexe

Profession

Domicile :

villa

Appartement

Cour commune

Autres

Nationalité : Région d'origine

Animal domestique : oui

Lequel ?

: non

Notion d'atopie:

Hygiène:

Corticoïde : oui

Voie d'administration

Motif

: non

II- ETUDE CLINIQUE

Siège des lésions

Description des lésions.....

III- ETUDE PARACLINIQUE

Lieu de prélèvement:

Mode de prélèvement.....

Matériel prélevé

Examen direct: positif Négatif

Culture : positive Négative

non faite

Champignon isolé

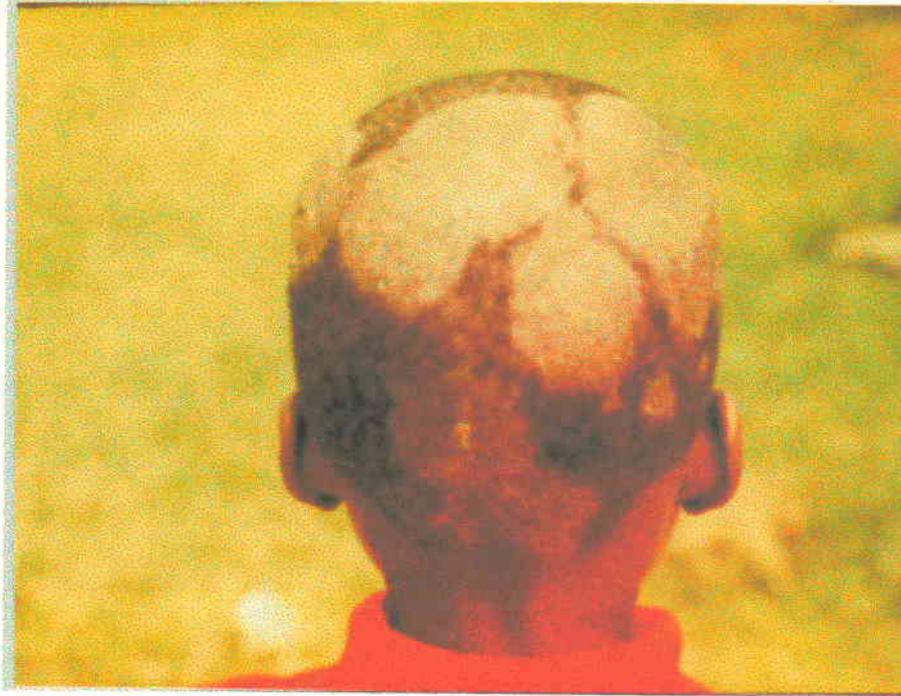


Photo n° 1 : Teigne tondante microsporique



Photo n° 2 : Teigne tondante trichophytique



Photo n° 3 : Onychomycose à dermatophyte

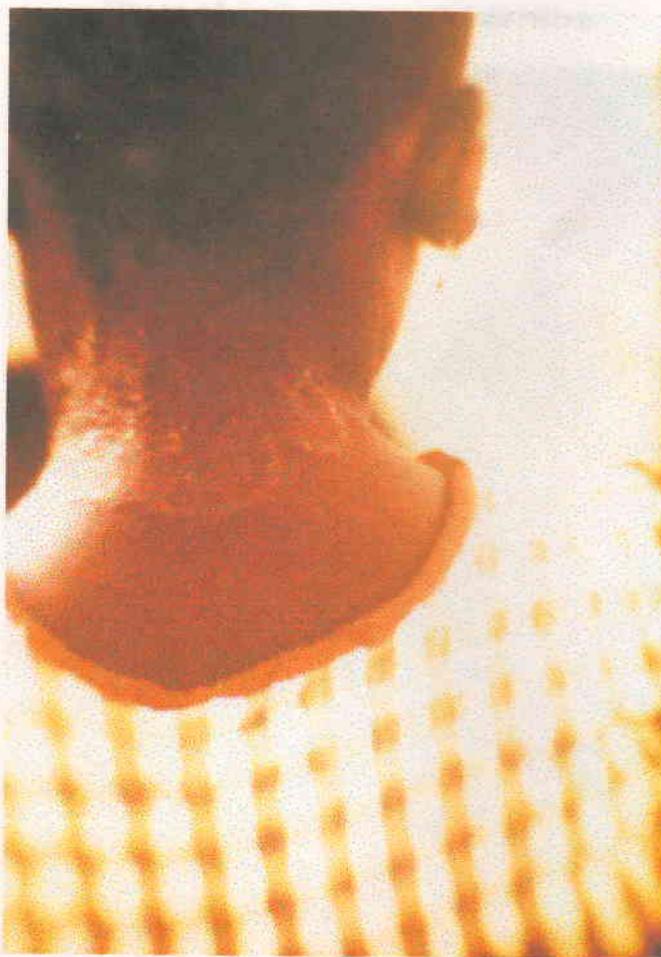


Photo n° 4 : Herpès circiné

Photo n° 5 : *Prionomys vesicolaris*



Photo n° 5 :Eczéma marginé de Hébra

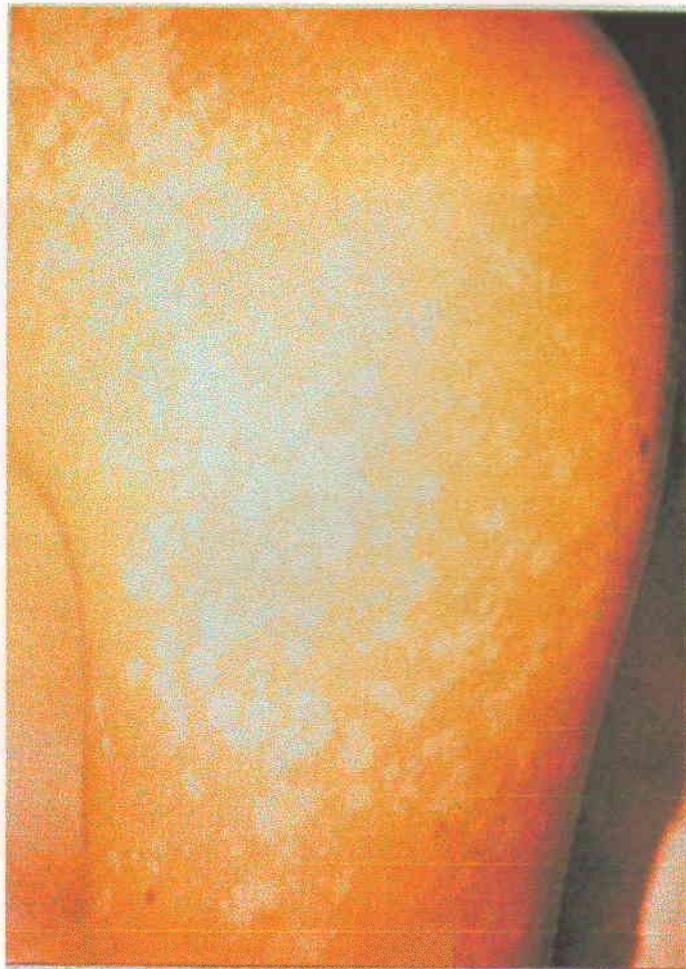


Photo n° 6 :Pityriasis versicolor

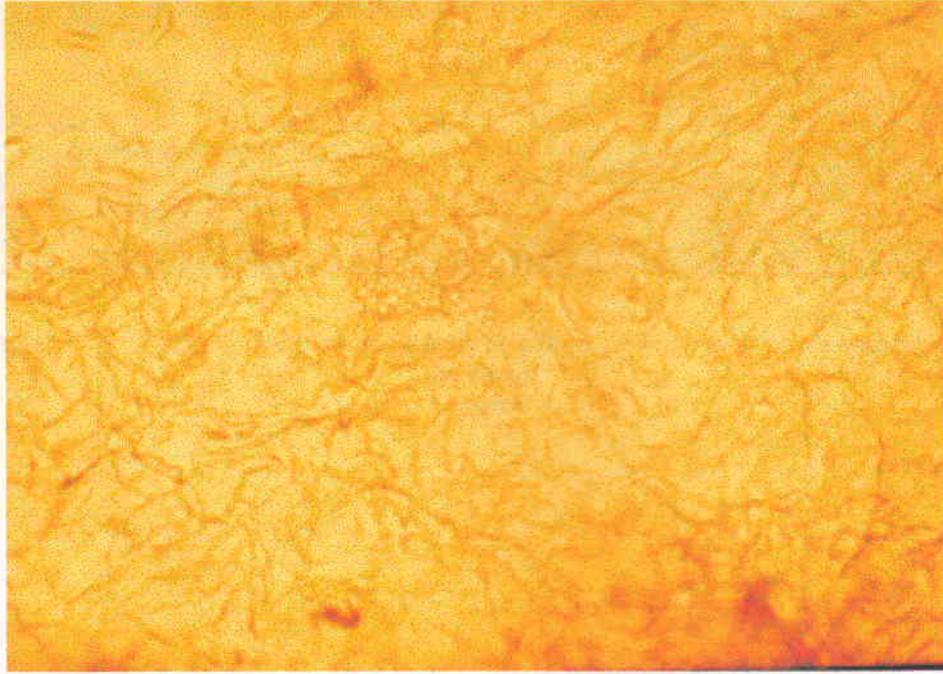


Photo n° 7 :Aspects microscopiques d'un Scotch-test



Photo n° 8: Aspects microscopiques des filaments mycéliens d'une squame après l'action de la potasse (KOH)

Photo n° 10 : Aspects microscopiques des filaments mycéliens d'une squame après l'action de la potasse (KOH)

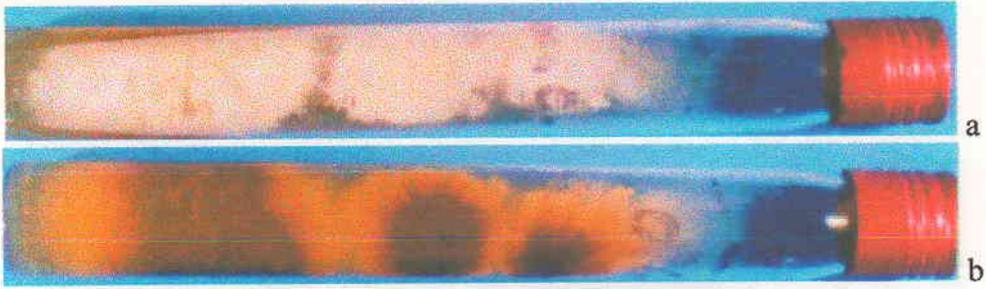


Photo n° 9 : Aspects macroscopiques de la culture de *Trichophyton mentagrophytes*
a : recto
b: verso

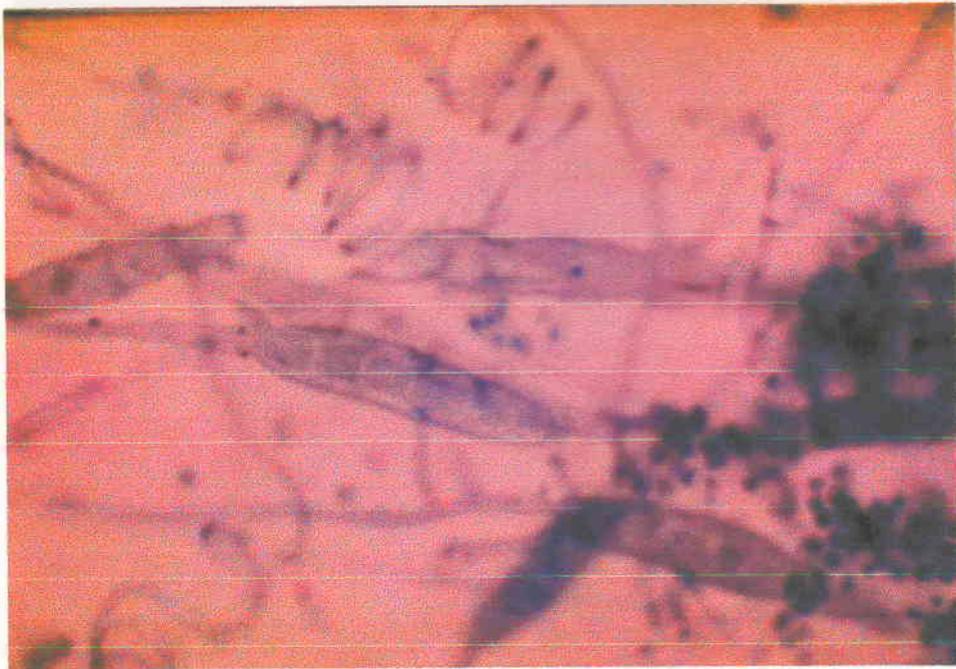


Photo n° 10 : Aspects microscopiques de la culture de *Trichophyton mentagrophytes*

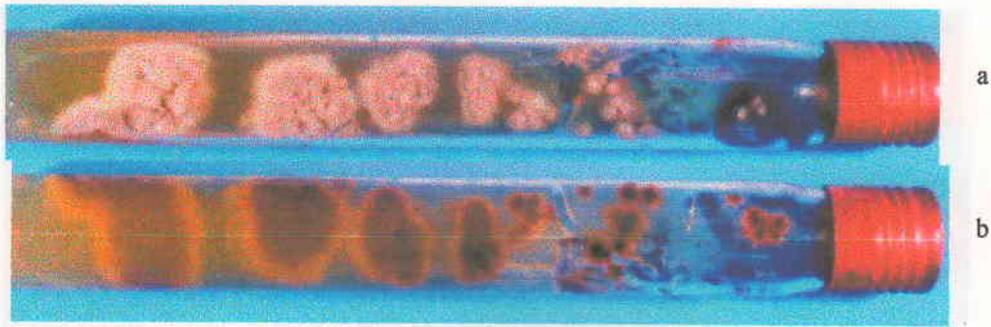


Photo n° 11 :Aspects macroscopiques de la culture de *Trichophyton rubrum* :
a-recto
b-verso

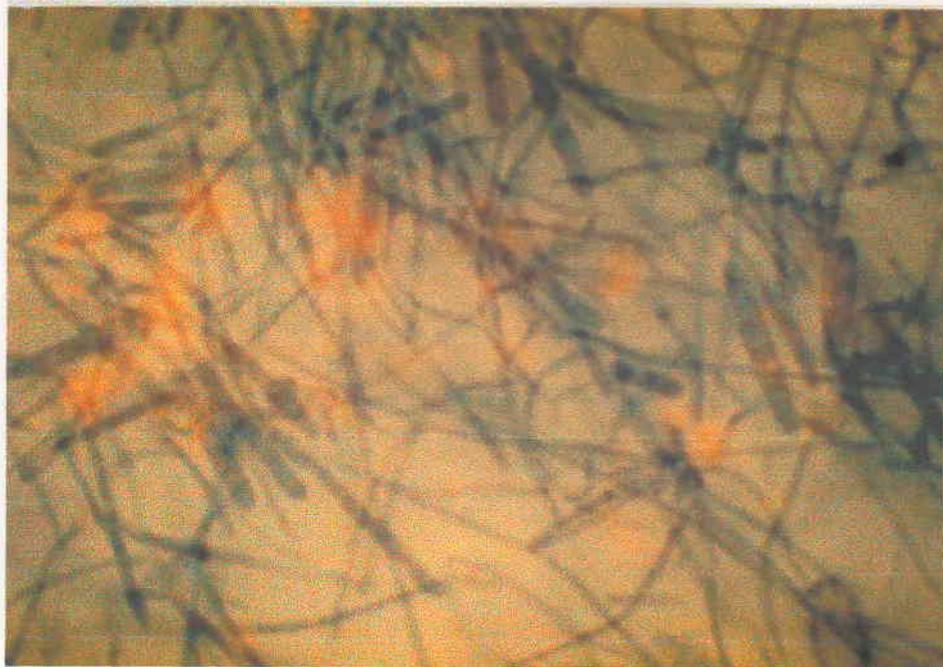


Photo n° 12 :Aspects microscopiques de la culture de *Trichophyton rubrum*

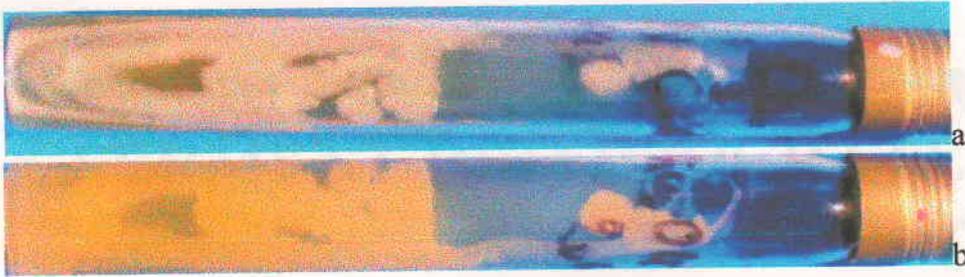


Photo n° 15 : Aspects macroscopiques de la culture de *Candida albicans*
a: recto
b: verso



Photo n° 16 a : Aspects microscopiques de la culture de *Candida albicans*
(Blastèse)

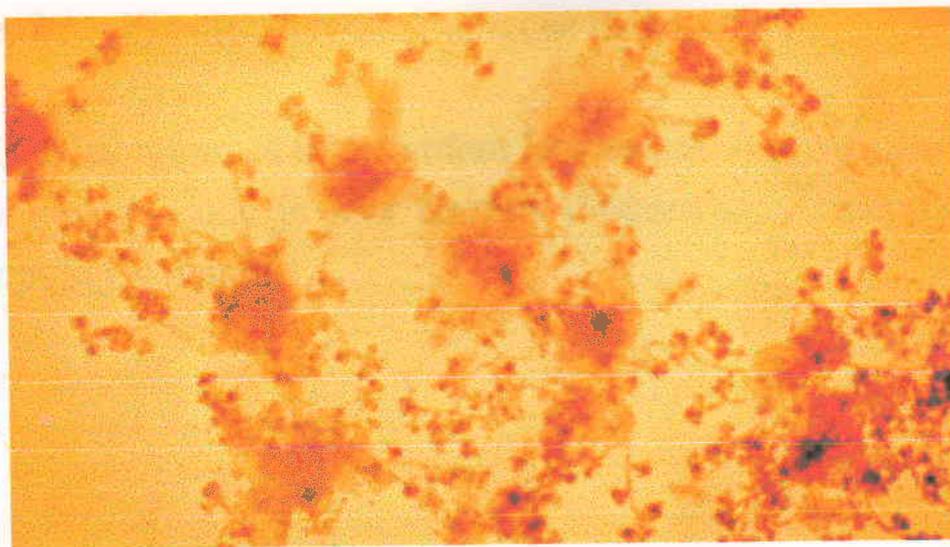


Photo n° 16 b : Aspects microscopiques de la culture de *Candida albicans*
(Chlamydosporulation)

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Cette étude prospective a été menée pendant 5 mois au dispensaire du pont Houphouët Boigny du quartier Treichville à Abidjan.

Sur 777 patients reçus, 202 ont une mycose de la peau et des phanères soit une prévalence de 25%. La fréquence est de 50 mycoses par mois, soit environ 3 par jour

219 prélèvements ont bénéficié d'examen au Laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'U.F.R des Sciences Médicales d'Abidjan.

Les résultats suivants ont été obtenus:

- des 202 patients, 12,87% utilisent des corticoïdes pour des raisons esthétiques. Parmi eux 88,47% sont des femmes et particulièrement des commerçantes (53,85%).
- 17,13% possèdent un chat ou un chien mais l'établissement de la fiche d'enquête n'a pas permis de démontrer le lien entre la mycose et le contact avec un animal domestique quelconque.
- 118 souches de champignons sont isolées: 62 dermatophytes (52,54%) et 56 levures (47,46%).

Pour les dermatophytes, nous avons isolé 58 cas (93,54%) du genre *Trichophyton* et 4 cas (6,46%) du genre *Microsporum*.

- *Trichophyton soudanense* (44,83%) est le premier agent des teignes du cuir chevelu 15 cas sur 20 (75%).
- *Microsporum langeronii*, 4 cas sur 20 (20%) est le deuxième agent des teignes du cuir chevelu.
- *Trichophyton rubrum* avec 22 cas sur 23 est rencontré surtout au niveau de la peau vague et des plis et est responsable d'Herpès circiné et d'eczéma marginé de Hébra. 1 seul cas de teigne du cuir chevelu est dû à ce champignon.
- *Trichophyton mentagrophytes* prédomine au niveau des petits plis (4 cas sur 7) et entraîne des lésions de pied d'athlète.

Aucun dermatophyte n'est isolé au niveau des ongles.

Pour les levures, la première cause d'onychomycose est attribuée à *Candida albicans* (22 sur 27) qui domine la pathologie des plis et des ongles (mains). *Malassezia furfur* (20 cas) est présent uniquement au niveau de la peau vague et est cause de *Pityriasis versicolor*

Les autres espèces des genres *Candida* et *Trichosporon* sont rares.

Mots clés : Epidémiologie - Mycoses - peau - phanères - Treichville (Abidjan) - Côte d'Ivoire.

RESUME

Cette étude prospective a été menée au dispensaire du Pont Houphouët Boigny à Treichville.

Sur 777 patients reçus, 202 ont une mycose de la peau et des phanères, soit une prévalence de 25%.

219 prélèvements ont bénéficié d'examen au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'U.F.R. des Sciences Médicales d'Abidjan.

Les résultats suivants ont été obtenus :

- des 202 patients, 12,87% utilisent des corticoïdes. Parmi eux 88,47% sont des femmes et particulièrement des commerçantes (53,85%) ;
- 17,13% possèdent un chat ou un chien ;
- 118 souches de champignons sont isolées : 62 dermatophytes (52,54%) et 56 levures (47,46%) ;
- *Trichophyton soudanense* (44,83%) est le premier agent des teignes du cuir chevelu, 15 cas sur 20 (75%) ;
- *Microsporium langeronii* 4 cas sur 20 (20%) est le deuxième agent ;
- *Trichophyton rubrum* avec 22 cas sur 23 est rencontré surtout au niveau de la peau vague et des plis. 1 seul cas est isolé au niveau du cuir chevelu ;
- *Trichophyton mentagrophytes* prédomine au niveau des petits plis (4 cas sur 7).

Aucun dermatophyte n'est isolé au niveau des ongles.

Candida albicans (22 sur 27) domine la pathologie des plis et des ongles (mains). C'est la première cause d'onychomycose. *Malassezia furfur* (20 cas) est présent uniquement au niveau de la peau vague.

Les autres espèces des genres *Candida* et *Trichosporon* sont rares.

Mots clés : Epidémiologie – Mycoses de la peau et des phanères – Abidjan – Côte d'Ivoire.