

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But -Une Foi

UNIVERSITÉ KANKOU MOUSSA

Faculté de Pharmacie



Année Universitaire 2024/2025

Thèse

**ETUDE DES ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA
DERMATOPHYTIE A L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2025 devant le jury de la Faculté de
Pharmacie

Par Mme Halimatou DIABY

Pour obtenir le grade de docteur en Pharmacie

(Diplôme d'état)

Jury

Président	:	Pr Mamadou	GASSAMA (<i>Maitre de conférences agrégé</i>)
Membres	:	Dr Lamissa	CISSE (<i>Maître de recherche</i>)
	:	Dr Madou	SISSOKO (<i>Maître de recherche</i>)
Co-directeur	:	Dr Aichata Ben Adam	MARIKO (<i>Assistante</i>)
Directeur	:	Pr Mamadou Lamine	DIARRA (<i>Maître de conférences agrégé</i>)

Administration

RECTEUR : **Pr Siné BAYO**

Doyen : Pr Dapa A DIALLO

PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE : **Pr Hamar Alassane Traoré**

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Amougnon DOLO**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

Mr Alhousseini Ag Mohamed	ORL
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Amadou I DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Aly Douro Tembely	Urologie
Mr Nouhoun ONGOIBA	Anatomie et chirurgie générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
Mr Djibo Diango Mahamane	Anesthésie et Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr Adégné Pierre TOGO	Chirurgie générale
Mr Alassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mme Doumbia Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
Mr Hamady COULIBALY	Stomatologie
Mr Sékou Koumaré	Chirurgie Générale
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Traumatologie
Mr Djibril M COULIBALY	Biochimie

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Souleymane TOGORA	Stomatologie

4- MAITRES ASSISTANTS

5-Assistant :

Mr Zakary SAYE

Oncologie Chirurgicale

D.E.R SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Siné BAYO	Anatomie pathologie – Histo-embryologie
Mr Bakary CISSE	Biochimie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Mahamadou Ali THERA	Parasitologie Mycologie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Abdoulaye Djimé	Parasitologie Mycologie
Mme DOUMBO Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Issiaka SAGARA	Math-Bio-Statistique
Mr Boureïma KOURIBA	Immunologie
Mr Issiaka TRAORE	Biophysique

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Aboulaye KONE	Parasitologie
Mr Charles ARAMA	Immunologie
Mr Djibril M COULIBALY	Biochimie

3-MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

Mr Amadou KONE	Biologie Moléculaire
Mr Mahamadou Z SISSOKO	Méthodologie de la Recherche
Mr Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
Mr Mohamed M' BAYE	Physiologie
Mr Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mr laurent DEMBELE	Parasitologie-Mycologie
Mr Souleymane SANOGO	Biophysique

4-MAITRES ASSISTANTS

5-ASSISTANTS

Mr Abdoulaye FAROTA	Chimie Physique-Chimie Générale
Mr Aboudou DOUMBIA	Chimie Générale

D.E.R MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Mr Saharé Fongoro	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Hamar Allassane TRAORE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

Mr Siaka SIDIBE	Imagerie Médicale
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Youssoufa M MAIGA	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumologie
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme TRAORE Fatoumata DICKO	Pédiatrie et génétique Médicale
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme Kaya Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Adama DICKO	Dermatologie
Mr Koniba Diabaté	Biophysique
Mme Menta Djénébou TRAORE	Médecine Interne
Mr Madani DIOP	Anesthésie-Réanimation-Urgence
Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation-Urgence
Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation-Urgence
Mr Mody CAMARA	Imagerie Médicale
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme SOW Djénébou SYLLA	Endocrinologie

3- MAITRES DE CONFERENCES

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou N'DIAYE	Imagerie Médicale
--------------------	-------------------

5- ASSISTANTS

Mme DEMBELE Maimouna SIDIBE	Rhumatologie
Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
Mr Modibo Mariko	Endocrinologie

-CHARGES DE COURS :

Mr Madani LY	Oncologie Médicale
--------------	--------------------

D.E.R SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEURS

Mr Hammadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Oumar SANGHO	Santé Communautaire
Mr Housseini DOLO	Santé Communautaire

3-Maître de Conférences

Mr Cheick Abou COULIBALY	Santé Publique
Mr Aldiouma Kodio	Anglais

4-MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdramane COULIBALY
Mr Seydou DIARRA
Mr Salia KEITA
Mr Issiaka DIARRA

Anthropologie Médicale
Anthropologie Médicale*
Santé Publique
Anglais

5-CHARGES DE COURS :

Mr Birama DIAKITE
Mr Mahamane KONE
Mr Ali Wélé
Mr Cheick Tidiane TANDIA

Economie de la Santé
Santé au travail
Management
Santé Publique

D.E.R SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Saibou MAIGA
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Aboulaye DABO
Mr Moussa Samaké
Mr Benoit Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar MAÏGA
Mr Lassine SIDIBE
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Cheick Oumar BAGAYOGO
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Alhassane TRAORE
Mr Bakary Tientigui DEMBELE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Sékou BAH
Mr Abdoulaye DJIMDE
Mr Daouda Kassoum MINTA
Mr Satigui SIDIBE
Mr Mahamadou Ali THERA
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Aldiouma Guindo
Mr Sékou Bah
Mr Issaka SAGARA
Mr Mme DOUMBO Safiatou NIARE
Mr Daba SOGODOGO
Mr Drissa TRAORE
Mr Bourèma KOURIBA

Legislation
Chimie Analytique
Chimie Thérapeutique
Zoologie
Botanique
Chimie Inorganique
Toxicologie
Chimie Organique
Génétique
Biologie Cellulaire
Informatique
Anatomie
Anatomie
Anatomie
Biophysique
Pharmacologie
Parasitologie-Mycologie
Maladies Infectieuses
Pharmacie Vétérinaire
Méthodologie de la Recherche
Psychologie de la Recherche
Hématologie
Pharmacologie
Maths-Bio-Statistiques
Méthodologie de la Recherche
Physiologie Humaine
Soins Infirmiers
Immunologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES/MAITRES DE CONFERENCES/MAÎTRES DE RECHERCHES

Mr Ousmane SACKO	Cryptogamie
Mr Abdoulaye KONE	Méthodologie de la recherche
Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biochimie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
Mr Abdoul K MOUSSA	Anatomie
Mr Madiassa KONATE	Anatomie
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bourama COULIBALY	Biologie Cellulaire
Mr Mohamed MBAYE	Physiologie
Mr Koniba DIABATE	Biophysique
Mr Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
Mr Laurent DEMBELE	Parasitologie-Mycologie
Mr Mahamadou DIALLO	Anatomie
Mr Dominique Patomo ARAMA	Chimie Thérapeutique
Mr Yaya GOÏTA	Biochimie
Mr Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mme MENTA Djénébou TRAORE	Sémiologie Médicale
Mr Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
Mr Lossény BENGALY	Pharmacie Hospitalière
Mr Ibrahima GUINDO	Bactériologie-Virologie
Mr Souleymane SANOGO	Biophysique
Mr Issa COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
Mme Salimata MAÏGA	Bactériologie-Virologie
Mr Mohamed Ag BARAÏKA	Bactériologie-virologie
Mr Charles ARAMA	Immunologie

4-MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

Mr Aboubacar DOUMBIA	Bactériologie-Virologie
Mr Yaya COULIBALY	Droit et éthique
Mr Hamma MAIGA	Législation-Galénique
Mr Bakary Moussa CISSE	Galénique Législation
Mr Boubacar ZIBEROU	Physique
Mr Aboudou DOUMBIA	Chimie Générale
Mr Diakardia SANOGO	Biophysique
Mr Salia KEITA	Santé Publique
Mme Aïssata MARIKO	Cosmétologie
Mr Boubacar Tiètiè BISSAN	Analyse Biomédicale
Mr Issiaka DIARRA	Anglais
Mme SAYE Bernadette COULIBALY	Chimie Minérale
Mr Mamadou BALLO	Pharmacologie

5-ASSISTANTS :

Mr Dougoutigui Tangara	Chimie Minérale
Mr Abdourhamane Diara	Hydrologie
Mr Abdoulaye KATILE	Math-Bio-statistique
Mr Aboubacar SANGHO	Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique

Mme Traoré Assitan KALOGA
Mr Abdoulaye GUINDO
Mr Bah TRAORE
Mr Modibo MARIKO

5-CHARGES DE COURS

Mr Birama DIAKITE
Mr Mahamane KONE
Mr Maman Yossi
Mr Amassagou DOUGNON
Mr Abdoulaye Farota

Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique
Pharmacologie
Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition
Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

Economie de la Santé
Santé au Travail
Technique d'expression et de communication
Biophysique
Chimie Physique

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

A mon père Abdoulaye Diaby :

Je tiens à te remercier sincèrement pour tout ce que tu as fait pour moi depuis le début de ce parcours. Dans chaque étape il y'a toujours eu une part de toi. Ta sagesse et tes principes m'ont guidé. Ce travail est un hommage à ton amour silencieux mais puissant, à ta foi en mes capacités et à tous les sacrifices que tu as fait pour que je puisse poursuivre mes rêves.

Qu'Allah t'accorde la santé et te donne une longue vie.

A ma mère Fatoumata Diaby

Je suis consciente de la chance que j'ai d'avoir une mère comme toi. Tu as su à chaque instant de ma vie, m'encourager, me protéger et m'inspirer. Tu m'as montré que la vraie force réside dans la douceur et la patience. Tes prières, ta bénédiction, ta patience et tes sacrifices ont été pour moi le principal support pour arriver ici. Ce travail est un hommage à ton amour et à ton soutien infini. Qu'Allah te protège, t'accorde la santé et te donne une longue vie.

Remerciements :

A mes tantes Siguiniba Toure et Fatoumata Keita

Vous avez toujours marqué ma vie d'une manière unique et précieuse. Chacune d'entre vous a su apporter un souffle différent, un conseil éclairé et un soutien fort. Ce travail est aussi pour vous car vous êtes des figures essentielles de mon parcours. Que la grâce de Dieu vous accompagne et vous donne une longue vie.

A mes frères et sœurs

Chers frères et sœurs, ce travail est également pour vous. Vous êtes le symbole d'amour et de fraternité. Merci pour vos soutiens indéfectibles. Que le seigneur vous préserve.

-À mes camarades de classe

Un immense merci à chacun d'entre vous. Vous avez rendu ces 6 années plus agréable par votre présence et vos conseils. Vous resterez le meilleur souvenir de ces études.

-À mes amis :

Dramane Sogodogo, Issoufi Maiga, Bintou Koita, Mohamed Dembélé.

Merci à vous pour vos soutiens, vos encouragements et vos aides précieuses durant ce parcours.

Votre présence et votre appui m'ont été d'un immense réconfort.

-A tous les personnels du service de dermatologie de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

-A tous les personnels de la pharmacie de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako : Tanti Maï, Sibiry, Sarata, Daou, Aliou.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre maître et Président du jury

Pr Mamadou Gassama

- Professeur en Dermatologie à la FMOS,
- Praticien hospitalier à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako
- Membre de la société malienne de Dermatologie et Venerologie-Leprologie
- Point focal de prise en charge des albinos au Mali

Cher maître,

Je tiens à vous exprimer ma plus profonde gratitude pour votre soutien inconditionnel, votre assistance et vos conseils précieux. Votre rigueur, votre gentillesse, votre disponibilité et votre bonne humeur m'ont beaucoup marqué et ont renforcé mon estime à votre regard. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

À notre Maitre et Co-directrice

Dr Aichata Ben. Adam MARIKO

- Docteur en Pharmacie ;
- Pharmacienne Galénique, chef de service de pharmacie hospitalière de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako ;
- Master en science biomédicales à finalité Dermopharmacie et Cosmétologie de l'Université Libre de Bruxelles ;
- Master en santé et sciences du médicament option Biopharmacie, Ingénierie Pharmaceutique et Formulation de l'Université de Ouaga I Pr KI-ZERBO.
- Assistante/Enseignante chercheur à la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- Trésorière de la Société Africaine de Pharmacie Galénique Industrielle (SOAPGI)

Cher maître,

Ce temps passé à votre côté nous a beaucoup appris de vos valeurs humaines et scientifiques. Votre courage, votre douceur, votre disponibilité et votre ponctualité font de vous un exemple à suivre. Vous avez été une véritable source de motivation. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

À notre Maître et membre du jury

Dr Lamissa Cissé

- Maître de recherche en dermatologie-vénérologie
- Praticien hospitalier à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako
- Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie à l'Université des Antilles, Martinique
- Membre de la société malienne de dermatologie-vénérologie.
- Membre de l'European Academy of dermatology venereology (EADV)

Cher Maître,

Nous sommes honorés de vous compter parmi les membres du jury malgré vos occupations innombrables. Veuillez accepter, cher maitre l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

À notre Maître et membre du jury

Dr Madou Sissoko

- Médecin Dermato-Vénérologue
- Maître de recherche
- Diplôme universitaire en méthodes statistiques et épidémiologie à Ouaga
- Master en épidémiologie
- Membre de l'Association des Dermatologues Francophones (ADF)

Cher maître

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques. Votre disponibilité constante et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et admirable. Trouvez ici cher maître l'expression de notre grande estime et de notre gratitude

À notre Maître et Directeur de thèse

Pr Mamadou Lamine Diarra

- Docteur en pharmacie
- PhD en botanique
- Chef de DER des sciences fondamentales à la faculté de pharmacie
- Enseignant /chercheur au Département de médecine traditionnelle
- Maître de conférences agrégé en botanique et en biologie végétale à la faculté de pharmacie.

Cher Maître, nous avons été honorés de vous avoir comme directeur de thèse. Votre accueil, votre disponibilité, malgré vos multiples engagements font de vous un maître admirable. Veuillez accepter cher maître l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

Liste des sigles et abréviations

ADF	Association des Dermatologues Francophones
CNAM	Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie
CYP	Cytochrome P
FAPH	Faculté de Pharmacie
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
HDB	Hôpital de Dermatologie de Bamako
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : : Spécialités pharmaceutiques et posologies de quelques azolés	13
Tableau II : Spécialités, formes pharmaceutiques et posologies des allylamines	15
Tableau III : Formes, spécialités pharmaceutiques et posologies de la ciclopiroxolamine.	16
Tableau IV: Formes, spécialités pharmaceutiques et posologies de la griséofulvine	17
Tableau V : Répartition des patients selon leur statut	24
Tableau VI : Répartition des patients selon la prescription d'antifongique	24
Tableau VII : Répartition des patients selon les molécules antifongiques prescrites	24
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'association d'autres molécules aux antifongiques	25
Tableau IX : Répartition des patients selon les formes galéniques prescrites	25
Tableau X: Répartition des patients selon les mesures non thérapeutiques associées	25
Tableau XI : Répartition des anciens patients selon la notion d'échec thérapeutique	26

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	23
Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe	23

Liste des photos

Photo 1: Structure de la peau.....	8
Photo 2: Localisation sur le dos, le front et le bras	27
Photo 3: Dermatophytie généralisée	27
Photo 4: Dermatophytie sur une peau dépigmentée.....	27
Photo 5 : Structure des azolés	11
Photo 6 : Structure des allylamines	13
Photo 7: Structure de la ciclopiroxolamine	15
Photo 8: Structure de la griséofulvine	16

Tables des matières

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	4
1. Objectif général	4
2. Objectifs spécifiques	4
I. GENERALITES	6
1. La peau:.....	6
2. La dermatophytose de la peau glabre :.....	8
II. METHODOLOGIE.....	20
1. Lieu d'étude :	20
2. Type et période d'étude :.....	20
3. Population d'étude :	20
4. Critères d'inclusion :	21
5. Critères de non-inclusion	21
6. Collecte de données :.....	21
7. Saisie et analyse de données :	21
III. Résultats:	23
IV. Commentaires et discussion:.....	29
1. Caractéristiques sociodémographiques :.....	29
2. Diagnostic clinique :.....	29
3. Forme galénique :.....	29
5. Classe thérapeutique associée :	30
6. Molécules d'antifongiques prescrits :	30
7. Notion d'échec thérapeutique :	31
V. Conclusion et perspectives:.....	33
VI. Recommandations:	34
Références bibliographiques	36

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La dermatophytie est une dermatose qui atteint la peau glabre au niveau du visage, du tronc et des membres, à l'exception des paumes et des plantes[1].

Elle est due à des champignons filamenteux, kératinophiles et kératinolytiques, se développant dans la couche cornée de l'épiderme et dans les phanères. Ils ont peu d'affinité pour les muqueuses et les tissus profonds. Ces champignons, très répandus déterminent chez l'homme un certain nombre de maladies dermatologiques appelées dermatophytoses[2].

La prévalence de l'infection mycosique dans le monde est de 20 à 25%, parmi lesquelles les dermatophytes sont les agents les plus courants[3].

Elle est la dermatophytose la plus courante dans le monde avec une prévalence observée dans les régions tropicales. La dermatophytie survient le plus souvent chez les enfants post-pubères et les jeunes adultes[4].

Dans une étude menée au Bénin en 2014 dans le service de dermatologie de Cotonou, la prévalence des mycoses superficielles était de 9,6% dont la dermatophytose de la peau glabre représentait 18,8%[5].

En 2016 ; une étude a été réalisée sur les dermatoses des enfants à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (ex CNAM) et la prévalence de la dermatophytose de la peau glabre représentait 6,9% et était le 2^e motif de consultation[6].

A Ségou ; une étude sur les motifs de consultation dermatologique a révélé que les dermatoses de la peau glabre représentaient 36,82% des cas de dermatoses mycosiques[7].

Les imidazolés, triazolés et allylamines sont les classes d'antifongiques les plus utilisées pour le traitement topique ou oral de la dermatophytie. La durée du traitement varie en fonction de la réponse. La durée habituelle du traitement est de 2 à 4 semaines, mais peut prendre plus de temps pour les cas récalcitrants[8].

Une étude réalisée en 2022 sur les mycoses superficielles à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako a montré un taux d'échec thérapeutique de 11,4%[9]. Dans la plupart des cas, les mycoses cutanées persistent en raison d'un diagnostic clinique erroné, de l'administration d'un traitement inadapté et/ou à une prise en charge du patient insuffisante [10].

La prise en charge d'une dermatophytose se résume à un diagnostic clinique suivi d'un traitement adapté avec des antifongiques (topiques ou oraux), le maintien d'une bonne hygiène pour prévenir la propagation et les récurrences, ainsi que des suivis médicaux réguliers pour évaluer la réponse au traitement.

Nos recherches nous ont montré que peu d'études ont été réalisées sur la prise en charge de la dermatophytie au Mali dans la limite de nos connaissances ; Vu l'importance et la prévalence de cette pathologie, il nous a semblé opportun de se pencher sur le sujet. Pour ce faire, nous nous proposons de recenser les médicaments utilisés dans la prise en charge. Ensuite d'identifier les facteurs d'échecs thérapeutiques observés au niveau de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako qui est le centre le plus important dédié à la prise en charge des pathologies cutanées au Mali.

Justification de l'étude :

- Cette étude permet d'étudier la consommation d'antifongiques, de proposer des solutions pour optimiser les ressources.
- Les échecs thérapeutiques représentent une différence dans un pays à ressources limitées

Question de recherche :

Quels facteurs de la prise en charge contribuent aux échecs thérapeutiques dans le traitement de la dermatophytie ?

Hypothèse de recherche :

Les causes des échecs thérapeutiques seraient liées à la résistance aux antifongiques.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif général

Décrire la prise en charge de la dermatophytie réalisée au sein de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques démographiques et sociales des patients atteints de dermatophytie au sein de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.
- Identifier les principales molécules et les classes thérapeutiques d'antifongiques prescrites par les prescripteurs à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako pour cette pathologie.
- Identifier les mesures non thérapeutiques associées à la prise en charge pour cette pathologie.
- Déterminer la fréquence d'échec thérapeutique de ces antifongiques à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

GENERALITES

I. GENERALITES

1. La peau:

1.1 Définition :

La peau est une barrière entre l'environnement intérieur et extérieur de l'organisme ; La peau constitue le plus grand organe du corps, pesant 5kg et représente une surface corporelle de 1,8m². Elle comprend trois couches de la surface vers la profondeur : l'épiderme, le derme et l'hypoderme [11].

1.2 Structure :

➤ **L'épiderme :**

C'est une couche épithéliale pavimenteuse stratifiée et non vascularisée constituée de 4 cellules :

- Les kératinocytes qui représentent 80% des cellules de l'épiderme,
- Les mélanocytes,
- Les cellules de Langerhans et
- Les cellules de Merkel.

Son épaisseur varie selon les régions du corps : l'épiderme est plus fin au niveau des paupières et plus épais au niveau des paumes et plantes de pieds.

L'épiderme se répartit en 4 couches :

- Couche basale ou stratum basal
- Couche épineuse ou stratum spinosum
- Couche granuleuse ou stratum granulosum
- Couche cornée ou stratum corneum [11] [12]

-Les kératinocytes :

D'origine ectoblastique sont des cellules capables de synthétiser des protéines appelées kératines ; ils représentent 80% des cellules de l'épiderme et ont 3 fonctions[13] :

-Cohésion de l'épiderme : le cytosquelette et les systèmes de jonction

-Fonction de barrière entre le milieu intérieur et le milieu extérieur : la différenciation terminale des kératinocytes en cornéocytes

-Protection contre les radiations lumineuses : les mélanosomes de stade IV[14]

Les kératinocytes naissent et se multiplient dans la couche basale puis se différencient lors de leur migration jusqu'à la couche cornée (desquamant en superficie). Il existe une desquamation permanente qui permet de compenser la formation de nouvelles cellules, et donc qui assure un renouvellement constant de l'épiderme[15].

-Les mélanocytes : sont des cellules capables de synthétiser la mélanine ; ils proviennent des crêtes neurales et sont situés dans la couche basale de l'épiderme parmi les kératinocytes, leur élément distinctif est la présence de mélanosomes. Leur fonction est la synthèse des mélanines dont les phéomélanines (pigments jaune-rouge) et les eumélanines (pigments brun-noirs) dans des organites spécialisés appelés mélanosomes qui sont ensuite transférés aux kératinocytes. Les mélanosomes sont à différents stades de développement (4 degrés évolutifs), selon la façon dont leur synthèse est naissante ou terminée.

Les mélanines ont deux fonctions :

- Elles donnent à la peau sa couleur
- Les eumélanines ont un rôle photo protecteur

La répartition entre les mélanines varie suivant les individus et conditionne leur phototype cutané [13].

-Les cellules de Langerhans : représentent 3 à 8% des cellules épidermiques. Elles sont produites au niveau des organes hématopoïétiques et ensuite migrer vers l'épiderme, s'y installer, y acquérir leur morphologie dendritique et un phénotype spécifique. Elles appartiennent au groupe des cellules dendritiques présentatrices d'antigènes aux lymphocytes T, transépithéliales. Dans l'épiderme, sa fonction est de capturer les exo antigènes ; les présenter et ensuite migrer vers le derme et le système lymphatique [13,14].

-Les cellules de Merkel : Ce sont des cellules neuro-épithéliales, dérivant des cellules souches de l'épiderme. Elles participent à la fonction sensorielle de la peau en tant que mécanorécepteurs du toucher. Elles sont particulièrement abondantes au niveau des lèvres, des paumes, de la pulpe des doigts et du dos des pieds [13].

➤ **Le derme :**

C'est un tissu conjonctif très innervé et très vascularisé d'origine mésoblastique. Son épaisseur varie de 1 à 2 mm, il joue un rôle de soutien, de nutrition, et de thermorégulation[15]. Il se compose de deux zones : une zone superficielle, le derme papillaire est situé juste en dessous de la jonction dermo-épidermique ; il est formé d'un tissu conjonctif lâche et une zone profonde formée d'un tissu conjonctif plus dense appelée derme réticulaire [13].

Le derme est constitué de 4 principaux types de cellules : les fibroblastes, les cellules dendritiques, les macrophages et mastocytes [11].

Les fibres du derme forment un réseau, supportant les composants du derme. Il existe trois types de fibres dermiques : l'élastine, le collagène et la réticuline, synthétisées par les fibroblastes dermiques[16].

-Les fibres de collagène représentent 90% de toutes les fibres du derme et sont responsables de la force et de la fermeté de la peau. Leur dégradation qualitative ou quantitative est un mécanisme important du vieillissement chronologique et du photo-vieillessement cutané.

-Les fibres d'élastine donnent à la peau une élasticité, par sa capacité à s'étirer jusqu'à 2 fois, propriété qui diminue avec l'âge.

-Les fibres de réticuline interviennent dans les processus de réparation[16].

➤ **L'hypoderme :**

C'est la couche la plus profonde de la peau. Son épaisseur varie selon les individus et reflète leur état nutritionnel. Elle est absente au niveau des paupières, du pénis, du scrotum, du mamelon et de l'aréole.

Les principales cellules de l'hypoderme sont des adipocytes repartis en lobules et séparés par des septas de tissu conjonctif.

Il permet le stockage des graisses, il a une fonction d'amortisseur des chocs et de protection du froid par isolation[11].

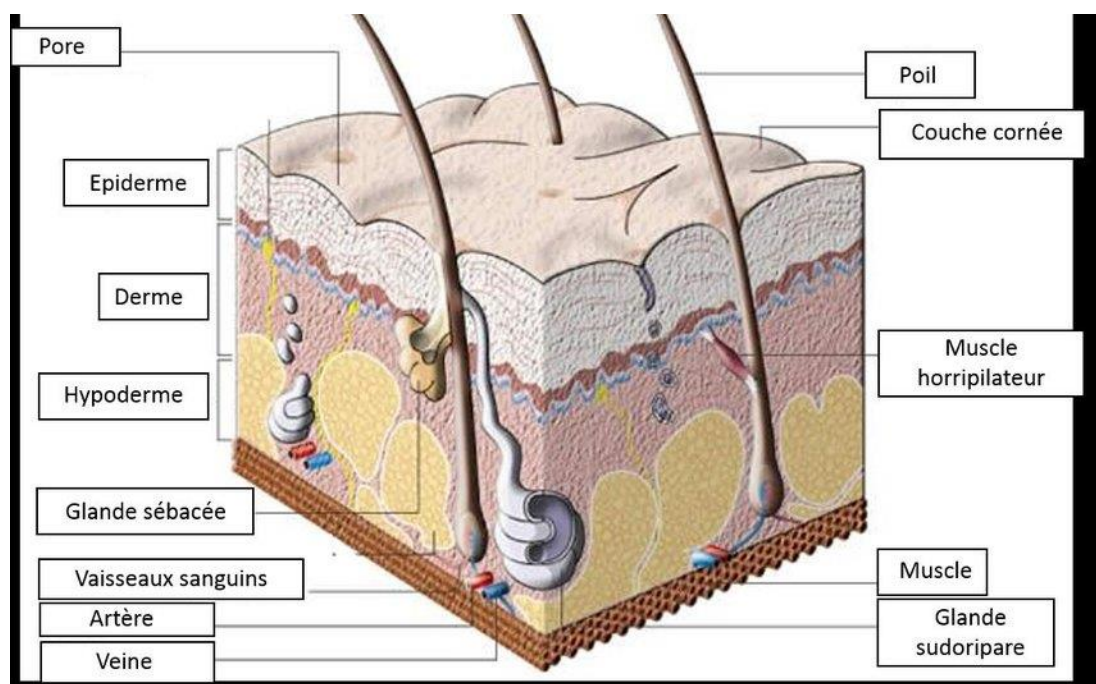


Photo 1 : Structure de la peau[17]

2. La dermatophytose de la peau glabre :

2.1 Définition :

Désignée par *Tinea corporis* ou herpès circiné ou encore roue de Sainte-Catherine ; c'est une infection fongique de la peau due à des champignons kératinophiles et kératinolytiques appelés

dermatophytes ayant une affinité particulière pour la kératine de la peau et envahissant progressivement le stratum corneum[18].

Les champignons les plus souvent responsables sont *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton tonsurans* et *Trichophyton mentagrophytes* ainsi que *Microsporum* et *Epidermophyton floccosum* [1].

La dermatophytose de la peau glabre se manifeste par des plaques annulaires en forme de O avec des bords squameux surélevés qui s'agrandissent en périphérie et tendent à s'effacer au centre[8].

2.2 Prévalence :

Une étude multicentrique a été réalisée sur des dermatoses en Inde et la dermatophytose de la peau glabre représentait 71,4%[19].

En Afrique du Nord, elle est plus fréquente chez les adultes avec une prévalence de 2,2% à 45,9%[20].

En Afrique de l'ouest, la maladie touche plus de 20% des enfants d'âge scolaire alors que sa prévalence varie de 10 à 70% dans d'autres régions d'Afrique. La présence de cette maladie est l'indicateur le plus fréquent de dermatophytose[21].

En 2019, la prévalence de la dermatophytose de la peau glabre représentait 41,8% contre 81,7% de dermatoses infectieuses au Nigeria[22].

Au Mali, une étude transversale a été menée dans trois zones éco-climatiques différentes, une forte prévalence de dermatophytose de la peau glabre a été confirmée dont 81,3% sur 59,2% de dermatophytoses[20].

2.3 Cause :

Elle est causée par les dermatophytes classés en trois genres : *Epidermophyton*, *Microsporum* et *Trichophyton*. Ils peuvent être contractés directement par contact avec des humains (organismes anthropophiles) ou des animaux (organismes zoophiles) infectés, ou indirectement par exposition à un sol contaminé ou à des vecteurs passifs (organismes géophiles)[18].

1.2 Symptômes et facteurs favorisants :

➤ Symptômes :

La dermatophytose de la peau glabre peut apparaître à tout âge, chez l'homme comme chez la femme et peut siéger sur tous les parties du corps. L'apparition des lésions se fait 1 à 3 semaines après le contact infectant et le prurit est variable.

La lésion débute par une macule érythémato-squameuse, superficielle, prurigineuse, à bord vésiculopapuleux et qui s'étend progressivement de façon centrifuge. Elle est de taille variable avec une périphérie surélevée qui est marquée par la rougeur des squames et un centre plus clair

d'aspect cicatriciel ; ce qui lui donne un aspect annulaire. Lorsque plusieurs plaques confluent, le contour de la lésion devient polycyclique dessinant une carte géographique.

En fonction du dermatophyte, différents aspects cliniques peuvent être observés, ainsi *T. rubrum* donne parfois de grandes plaques pustuleuses étendues, alors qu'avec les espèces zoophiles dont *T. mentagrophytes*, *M. persicolor*, *T. erinacei* et *T. verucosum* les lésions sont moins étendues, souvent surélevées et inflammatoires[11,23].

➤ **Facteurs favorisants :**

Ils sont nombreux, d'ordre physiologique ou pathologique mais le plus souvent liés au mode de vie (profession, habitudes alimentaires, hygiène,). Il s'agit :

- De la mauvaise hygiène, la dépigmentation ;
- De facteurs pathologiques : comme l'immunodépression liée à un SIDA, le diabète sucré ;
- De la prise de médicament ou traitements prolongés : une corticothérapie, une antibiothérapie, un traitement immunosuppresseur ou une chimiothérapie ;
- De la profession : agriculteurs, éleveurs de bovins et les vétérinaires sont particulièrement exposés à une contamination par zoophiles ;
- De la macération : chaleur et humidité jouent un rôle majeur dans le développement des dermatophytes ;
- De la pratique de sport de lutte ou il y'a contact direct avec d'autres personnes, de la natation, des sports en salle[24].

2.5 Prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge repose principalement sur l'application de traitements antifongiques locaux, mais peut aussi faire appel à des traitements systémiques en raison de l'étendue des lésions ou de la résistance aux antifongiques habituels[11]. Et aussi en fonction des symptômes ; d'autres traitements peuvent être associés comme des antiseptiques, des anti histaminiques.

2.5.1 Les azolés :

Les dérivés azolés ont été découverts à la fin des années 1960. Ils sont totalement synthétiques et ont connu une rapide évolution. Selon qu'ils comportent 2 ou 3 azotes au sein du cycle azolé, ils sont classés en imidazolés ou triazolés.

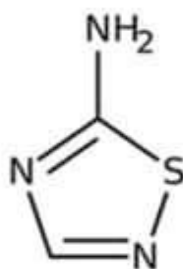


Photo 2 : Structure des azolés [25]

-Mécanisme d'action :

Les azolés agissent en inhibant la synthèse de l'ergostérol qui est le constituant essentiel de la membrane cellulaire du champignon. Ceci entraîne une inhibition du cytochrome P450 fongique (CYP51) qui a pour rôle de permettre à la lanostérol-14- α -déméthylase de catalyser la déméthylation du 14- α -lanostérol, une phase essentielle de la biosynthèse de l'ergostérol fongique.

Les azolés sont fongistatiques, cette inhibition entraîne une accumulation des précurseurs de l'ergostérol en particulier les 14- α -méthylstérol, tout en entraînant une diminution de l'ergostérol dans la membrane cellulaire fongique.

La réduction de la quantité d'ergostérol membranaire conduit à une inhibition de la croissance fongique tandis qu'au niveau cellulaire, l'accumulation de lanostérol perturbe la perméabilité membranaire, la chaîne respiratoire ainsi que la synthèse de chitine, composant structurel de la paroi fongique, conduisant la mort du champignon[11].

-Pharmacocinétique :

L'absorption des azolés est très variable. Certains dérivés sont destinés à l'usage topique (clotrimazole, éconazole). D'autres sont utilisés par voie orale (itraconazole, fluconazole, voriconazole). La voie intra-veineuse est possible pour les produits à faible toxicité. A noter que l'absorption du kétoconazole est favorisée en milieu acide. La distribution dépend aussi d'une molécule à l'autre. Seul le fluconazole pénètre dans le liquide céphalo-rachidien. Les autres produits se caractérisent d'une part, par un plus grand volume de distribution et, d'autre part, par une liaison aux protéines plus importante. L'élimination du voriconazole, kétoconazole et du miconazole est biliaire, celle de l'itraconazole, fécale, et celle du fluconazole, urinaire. La demi-vie des azolés est supérieure à 24 heures, sauf celle du kétoconazole (8 heures) et du voriconazole (6 heures)[9].

-Interactions médicamenteuses :

Les azolés étant tous inhibiteurs des cytochromes P450 et de l'isoforme 3A4 ; leur association avec un substrat du CYP 450 3A4 entraîne donc une augmentation des concentrations plasmatiques du principe actif voire un surdosage et une toxicité. Il est surtout marqué si le principe actif est à marge thérapeutique étroite.

Parmi les substrats du CYP3A4 à marge thérapeutique étroite et pour lesquels un risque de surdosage est à redouter en cas d'association avec un inhibiteur du CYP 450 3A4 tels que les antifongiques imidazolés et triazolés, on peut citer :

- L'ergotamine, alcaloïde vasoconstricteur de l'ergot de seigle : risque de nécrose des extrémités ;
- Les immunosuppresseurs (ciclosporine, tacrolimus...) : risque néphrotoxique ;
- Certaines statines (simvastatine, et dans une moindre mesure, atorvastatine) : risque musculaire à type de rhabdomyolyse ;
- Certains médicaments donnant des torsades de pointes, d'autant plus que les triazolés présentent un risque d'allongement de l'espace QT : pimozide, luméfántrine, Dompéridone ...
- Des médicaments dépresseurs du centre respiratoire : alfentanil, sufentanil, oxycodone, midazolam
- Certains cytotoxiques : bortezomib, docétaxel, inhibiteurs des tyrosine kinases ;
- Les antivitaminés K (acenocoumarol, fluindione, warfarine). Ils sont notamment contre-indiqués avec le Miconazole du fait de la majoration du risque hémorragique (hémorragies imprévisibles, éventuellement graves)
- Anticoagulants oraux directs (Apixaban, Rivaroxaban) : Majoration des saignements
- Colchicine : risque de toxicité hématologique, conséquences potentiellement fatales
- Inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5 (Vardénafil, Sildénafil...etc.) : Risque majoré d'hypotension par vasodilatation

-Effets indésirables :

Hépatotoxicité (cytolyse, cholestase) ; les troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) ; troubles neurologiques (confusion, asthénie, hallucinations...) etc....

-Contre-indications :

Allergie aux azolés, insuffisance cardiaque par augmentation de l'onde QT, grossesse et allaitement (le Fluconazole est quant à lui utilisable en cas de Grossesse et d'allaitement sur une courte durée et sur une moindre posologie)[11].

-Spécialités pharmaceutiques et posologies[26] :

Tableau I : : Spécialités pharmaceutiques et posologies de quelques azolés

Azolés	Formes pharmaceutiques	Posologies	Spécialités
Clotrimazole	Crème, solution, ovule	2 app/j sur les lésions	CLOTRI-DENK* CLOTREX* WARIMAZOL*
Econazole	Crème à 1%, solution, lait, poudre, ovule	2 app/j sur les lésions	PÉVARYL* ECOREX*
Kétoconazole	Crème à 2%, shampoing de 1 à 2%	2 app/j sur les lésions	KETOCON* KETODERM*
Miconazole	Poudre, crème à 1%, solution, gel buccal	2 app/j sur les lésions	DAKTARIN* AMICOZ*
Oxiconazol	Crème ou solution à 1%	2 app/j sur les lésions	FONX*
Sulconazole	Crème ou lotion à 1%	2 app/j sur les lésions	EXELDERM*

2.5.2 Les allylamines (la terbinafine et la naftifine) :

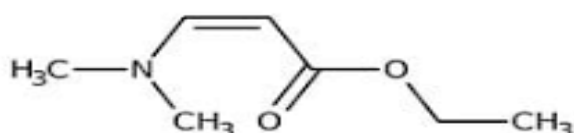


Photo 3 : Structure des allylamines[27]

-Mécanisme d'action :

Les allylamines ciblent la synthèse d'ergostérol par inhibition de la squalène époxidase supprimant la biosynthèse de l'ergostérol et conduisant à une accumulation accrue de la squalène époxidase dans la paroi fongique. Ils ont une activité fongicide[11].

-Pharmacocinétique :

La terbinafine est bien résorbée par voie orale. Elle subit un effet de premier passage important, ce qui fait que sa biodisponibilité n'est que de 40 %. La terbinafine est liée à 99 % aux protéines plasmatiques. Le médicament est lipophile et kératinophile et se distribue dans le tissu adipeux,

les ongles, la peau le sébum. Dans tous ces territoires, sa demi-vie varie de 200- 400 heures. Cette accumulation préférentielle justifie ses indications. L'élimination se fait par métabolisation et élimination des métabolites dans l'urine. La demi-vie plasmatique est de 36 h[9].

-Interactions médicamenteuses :

La terbinafine est un inhibiteur du cytochrome P450 2D6 (CYP2D6). Son association à des molécules métabolisées par ce dernier est donc à contrôler. Ainsi, l'association à des prodrogues qui subissent une bio activation par le cytochrome CYP2D6 tels que la Codéine, le Tramadol ou encore le Tamoxifène, est déconseillée car risque de diminution de leurs effets.

-Effets indésirables :

Réactions cutanées, dysgueusie, troubles hépatiques, troubles hématologiques, asthénie....

-Contre-indication :

Par voie orale, la terbinafine est contre indiquée dans les pathologies hépatiques et chez les patients souffrants d'une insuffisance rénale en particulier lorsque la clairance rénale est inférieure à 50ml/min et devient contre indiquée quand la clairance est inférieure à 30ml/min[11].

-Spécialités pharmaceutiques et posologies :

Allylamines	Formes pharmaceutiques	Posologies	Spécialités
Terbinafine	Crème à 1%, comprimé 250mg	1cp/j 2app/j sur les lésions	LAMISIL* TERBINOL* NOFONG*
Naftifine	Crème à 1%	2app/j sur les lésions	EXODERYL*

Tableau II : Spécialités, formes pharmaceutiques et posologies des allylamines [26]

2.5.3 Les pyridones : la ciclopiroxolamine

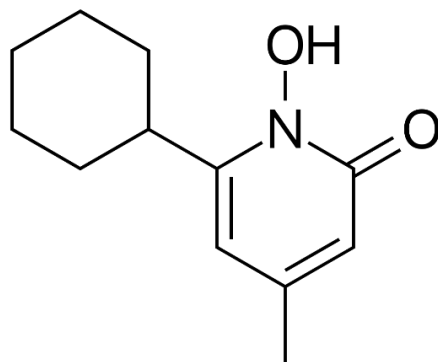


Photo 4 : Structure de la ciclopiroxolamine[28]

-Mécanisme d'action : la ciclopiroxolamine possède une activité fongicide. Elle inhibe le captage et l'incorporation des substrats nécessaires au développement et au métabolisme du champignon entraînant la dégradation du transport transmembranaire des ions, des acides aminés, de la chélation du fer et des systèmes enzymatiques cellulaires.

Elle possède également une activité anti-inflammatoire par inhibition de la synthèse des prostaglandines et des leucotriènes[11] [9].

-Pharmacocinétique : Après application cutanée, la ciclopiroxolamine diffuse dans l'épiderme et les follicules pilosébacés. Elle possède en outre la particularité de pénétrer et de traverser la kératine unguéale, permettant de l'employer dans le traitement des onychomycoses[11].

-Effets indésirables et Interactions :

Cette molécule est exempte d'effets indésirables systémiques. Des réactions locales légères, caractérisées par une sensation de brûlure cutanée, une irritation, une rougeur, une douleur ou un prurit, peuvent être observées après application cutanée et vaginale.

Aucune étude d'interaction n'a été réalisée.

-Contre-indication : la ciclopiroxolamine est déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement[11].

-Spécialités pharmaceutiques et posologies :

Pyridone	Formes pharmaceutiques	Posologies	Spécialités
Ciclopiroxolamine	Crème, poudre, solution	1app à 2app par jour sur les lésions	MYCOSTER 1%*

Tableau III : Formes, spécialités pharmaceutiques et posologies de la ciclopiroxolamine[26].

2.5.4 Les benzohydrofuranes : la griséofulvine

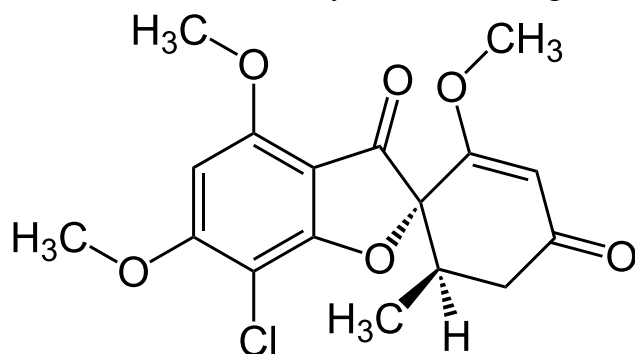


Photo 5 : Structure de la griséofulvine[29]

-Mécanisme d'action :

Elle possède une activité fongistatique ; la griséofulvine s'intègre aux tissus kératinisés en formation où elle s'oppose à la croissance du champignon par inhibition de la synthèse des acides nucléiques. Cette molécule inhibe la division cellulaire des cellules fongiques par perturbation du fuseau mitotique des cellules sensibles bloquant ainsi le champignon en métaphase. Les phanères infectés sont progressivement remplacés par du tissu sain. La griséofulvine suit alors passivement la progression des cellules de la couche cornée vers la surface rendant la kératine néoformée résistante à l'invasion par de nouveaux champignons sans pourtant détruire les dermatophytes qui ont déjà infecté les couches externes du revêtement cutané.

-Pharmacocinétique :

La griséofulvine est absorbée de manière variable au niveau intestinal après administration par voie orale, sa résorption digestive est améliorée lorsqu'elle est prise au cours d'un repas riche en lipides. Son métabolisme se fait au niveau du foie ou elle exerce un effet inducteur enzymatique entraînant de nombreuses interactions médicamenteuses. Sa surveillance doit donc être accrue chez l'insuffisant hépatique. Son excrétion est à la fois urinaire et fécale, sa demi-vie est de 10 à 15 heures. Chez l'enfant ou le sujet âgé, les données pharmacocinétiques sont faibles.

-Effets indésirables et interactions médicamenteuses :

La griséofulvine provoque des effets secondaires plus ou moins graves. Ils comprennent des altérations de l'état général tels que des troubles gastrointestinaux, des risques de photosensibilisation, des troubles neurotoxiques, des perturbations sanguines. Elle a des effets embryotoxiques et tératogènes après passage placentaire. Elle peut aussi entraîner une anémie,

une dépression, de l'ataxie, du prurit, un effet antabuse, une diminution de l'efficacité des oestroprogestatifs et des anticoagulants oraux, une augmentation de l'hépatotoxicité de l'isoniazide, une baisse des taux circulants de la ciclosporine et une aggravation des porphyries aiguës.

La griséofulvine ne doit pas être associée avec des inducteurs enzymatiques comme le kétoconazole, l'isoniazide dont elle potentialise l'hépatotoxicité. Elle est déconseillée en association avec des contraceptifs oraux car elle diminue l'effet contraceptif des oestroprogestatifs et progestatifs.

-Contre-indication :

Le nouveau-né, en cas de grossesse, d'allaitement, de porphyrie, de porphyrie aigue intermittente, de porphyrie cutanée, de lupus induit et d'insuffisance hépatocellulaire[30]

-Spécialités pharmaceutiques et posologies :

Benzohydrofurane	Formes pharmaceutiques	Posologies	Spécialités
Griséofulvine	Comprimés à 125, 250, et 500 mg	15mg/kg/j	GRISEO* GRISEOPHARM* GRISEOFON*

Tableau IV : Formes, spécialités pharmaceutiques et posologies de la griséofulvine[26]

2.6 Mesures d'accompagnement :

Ces mesures sont indispensables pour prévenir la propagation de l'infection, favorise la guérison et d'éviter les rechutes.

2.6.1 L'élimination des facteurs favorisants :

Il est essentiel d'éliminer tout ce qui est responsable de la prolifération du champignon parmi lesquelles : la chaleur, l'humidité, l'occlusion, la dépigmentation....

2.6.2 Mesures d'hygiène :

Une bonne hygiène est toujours nécessaire pour améliorer la prise en charge. À cet effet, plusieurs mesures d'hygiènes doivent être respectées :

- ne pas partager les serviettes de toilette ;
- laver régulièrement la literie et les vêtements ;
- utiliser des désinfectants sur les douches et les baignoires.

2.6.3 Traitement des animaux :

Si l'origine de la contamination est un animal ; alors ce dernier doit être vu et traité par un vétérinaire.

Pour éviter toute récurrence, les foyers primaires d'infection seront recherchés et traités. Ils seront précisés dans la stratégie thérapeutique pour chaque localisation.

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

1. Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de dermatologie à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako ex Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM). Elle a été faite sur la base du diagnostic clinique.

➤ Présentation de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB) :

Situé en commune IV de Bamako dans le quartier de Djicoroni Para rue Mohammed V et spécialisé dans la prise en charge des affections cutanées, l'Hôpital Dermatologique de Bamako est une recommandation de la carte nationale hospitalière 2016-2020.

Il a été créé en 1934 sous le nom d'Institut Central de la Lèpre en Afrique Occidentale Française. Il sera ensuite rebaptisé l'Institut Marchoux puis Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie de 2002 jusqu'en 2019 et enfin Hôpital Dermatologique de Bamako en juillet 2019.

Il a été créé par l'ordonnance n°2019-010/P-RM du 27 Mars 2019 ratifiée par la loi n°2019-022 du 03 juillet 2019. Le directeur général a été nommé le 26 Aout 2019 (Décret n°2019-0650/P-RM) et il a pris fonction le 26 septembre 2019.

Les récentes réformes du Ministère de la Santé ont conduit à la scission du Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM) et à la redistribution de ces différents services entre deux nouvelles structures : une à vocation santé publique, l'Institut National de santé Publique (INSP) et l'autre à vocation hospitalière, l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB). L'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB) hérite de facto de tous les services restant en plus de l'ensemble des biens meubles et immobiliers du CNAM. Il s'agit des services et départements suivants : Dermatologie vénéréologie, Léprologie, Chirurgie, Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), Réhabilitation, Laboratoire d'analyses biologiques, Pharmacie, Appui aux programmes, Formation et enfin Administration et Ressources Humaines.

2. Type et période d'étude :

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive sur la dermatophytose de la peau glabre sur une période de 5 mois (mars à juillet 2025).

3. Population d'étude :

Elle était constituée de tous les patients vus en consultation dans le service de dermatologie pendant la période d'étude.

4. Critères d'inclusion :

- ✓ Tout patient vu en consultation de tout sexe et d'âge confondus résidant à Bamako ou non présentant une dermatophytie.
- ✓ Tout patient donnant son consentement de participer à l'étude.

5. Critères de non-inclusion

- ✓ Tout patient vu en consultation ne présentant pas une dermatophytie.
- ✓ Tout patient présentant une dermatophytie mais vivant avec le VIH ou le diabète.
- ✓ Tout patient présentant une dermatophytie mais ne pouvant pas juger.
- ✓ Tout patient non consentant pour participer à l'étude.

6. Collecte de données :

Une fiche d'enquête a été dressée afin de recueillir les données disponibles pour chaque patient.
Le questionnaire se trouve en annexe de ce document.

7. Saisie et analyse de données :

Les données ont été saisi sur Excel et analysés par le logiciel SPSS (version 25.0).

RESULTATS

III. Résultats:

Nous avons inclus au total 200 patients dans l'étude. La méthodologie adoptée nous a permis d'obtenir les résultats ci-après.

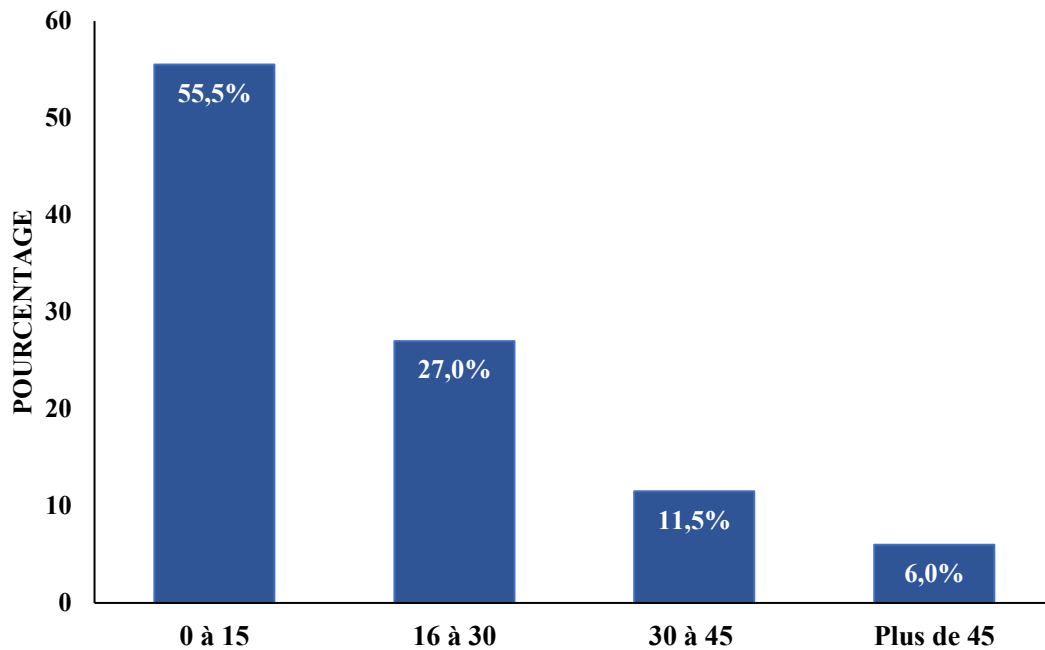


Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Les patients de la tranche d'âge de 0 à 15 ans étaient les plus représentés avec 55,5%. L'âge moyen était de 17 ± 03 avec des extrêmes de 1 mois à 45 ans.

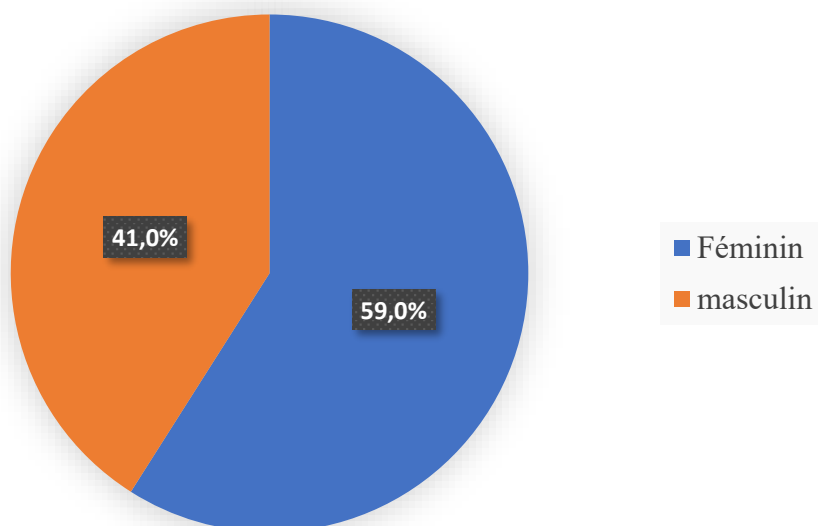


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était majoritaire avec 59,0% soit un sexe ratio de 0,7.

Tableau V : Répartition des patients selon leur statut

Statut du patient	Effectif	Pourcentage
Ancien patient	7	3,5
Nouveau patient	193	96,5
Total	200	100,0

La majorité des patients, soit 96,5%, étaient nouvellement venus en consultation.

Tableau VI : Répartition des patients selon la prescription d'antifongique

Prescription d'antifongique	Effectif	Pourcentage
Non	4	2,0
Oui	196	98,0
Total	200	100,0

Les antifongiques étaient prescrits dans 98,0% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon les molécules antifongiques prescrites

Molécules antifongiques prescrites	Effectif	Pourcentage
	N=196	
Griséofulvine	99	50,5
Clotrimazole	72	36,7
Terbinafine	49	25,0
Ciclopiroxolamine	33	16,8
Luliconazole	21	10,7
Ketoconazole	13	6,6
Econazole	7	3,6
Naftifine	5	2,6
Fluconazole	4	2,0
Miconazole	3	1,5

La griséofulvine était la molécule antifongique la plus prescrite avec 50,5%, suivie de la clotrimazole (36,7%)

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'association d'autres molécules aux antifongiques

Autres molécules associées	Effectif	Pourcentage
Non	102	51,0
Oui	98	49,0
Total	200	100,0

Les molécules étaient associées dans 49,0% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon la classe des molécules associées aux antifongiques

Classe des molécules associées	Effectif N=98	Pourcentage
Antihistaminique	80	81,6
Antiseptique	39	39,8
Antibiotique	11	11,2
Dermocorticoïde	2	2,0

Les antihistaminiques étaient les plus prescrits avec 81,6% des cas, suivis des antiseptiques (39,8%).

-Diagnostic clinique :

- Tous les prescripteurs étaient des médecins dermatologues.

Tableau X : Répartition des patients selon les formes galéniques prescrites (choix multiples)

Formes galéniques prescrites	Effectif N=200	Pourcentage
Crème	196	98,0
Comprimé	99	49,5
Shampooing	8	4,0
Gélule	2	1,0

La forme crème était la plus prescrite avec 98,0%, suivie de la forme comprimé (49,5%).

Tableau XI: Répartition des patients selon les mesures non thérapeutiques associées (choix multiples)

Mesures non thérapeutiques associées	Effectif N=200	Pourcentage
Avoir une bonne hygiène	191	95,5
Arrêter la dépigmentation	35	17,5
Traiter les autres personnes malades (contamination élevée)	21	10,5
Éviter le partage des éponges de douche	16	8,0
Aérer et sécher soigneusement les lésions	15	7,5
Limiter l'utilisation des éponges de douche durant le traitement	9	4,5
Porter des vêtements amples en coton	6	3,0
Limiter le contact avec animaux et les soigner (en cas de maladie à dermatophyte)	2	1,0

La bonne hygiène était la principale mesure non thérapeutique associée avec 95,5% des cas.

Tableau XII : Répartition des anciens patients selon la notion d'échec thérapeutique

Notion d'échec thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Guéri	3	42,9
Prolongement de traitement	4	57,1
Total	7	100,0

Le traitement de la majorité des anciens patients soit 96,5% a été prolongé.



Photo 6 : Localisation sur le dos, le front et le bras



Photo 7 : Dermatophytie généralisée



Photo 8 : Dermatophytie sur une peau dépigmentée

Source des photos : Halimatou Diaby (UKM)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. Commentaires et discussion:

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur la dermatophytose de la peau glabre sur une période de 5 mois à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako ; il avait pour objectif général d'étudier la prise en charge de la dermatophytose de la peau glabre au sein de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

La limite de l'étude était l'absence de confirmation du diagnostic étiologique par des examens mycologiques ainsi que la difficulté de recrutement des cas à cause de la rareté des dermatophyties comparé aux teignes (200 cas en 5mois).

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude le sexe féminin était majoritairement représenté avec un taux de 59,0% soit un sexe ratio de 0,7. Cette prédominance féminine a été observée également dans l'étude de Goita au Mali qui a montré une fréquence de 56,3% contre 43,3% de sexe masculin à Sirakoro-Meguetana et 53% contre 47% de sexe masculin à Bandiagara[2]. Une autre étude réalisée au Mali par Kampo a montré une prédominance féminine avec une fréquence de 55,8%[7].

En France, cette prédominance a également été observée dans l'étude de Coudoux avec une fréquence de 74%[24].

Notre étude avait par ailleurs montré que le second motif d'apparition de cette pathologie est l'utilisation de produits dépigmentant qui est un phénomène plus rencontré chez les femmes au Mali. Enfin la pathologie étant très contagieuse, les échanges d'effets de toilette personnel favorisent leur apparition, ce constat aussi est plus rencontré chez les femmes.

2. Diagnostic clinique :

Les résultats ont montré que tous les patients ont été traités sur la base de l'examen clinique en raison de l'indisponibilité des tests dans le laboratoire interne de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako mais aussi parce que le diagnostic est relativement facile à poser.

Cette absence de diagnostic mycologique met en évidence une lacune dans la prise en charge car elle empêche d'identifier précisément le champignon responsable.

3. Forme galénique :

Dans notre étude la forme crème était la plus représentée avec un pourcentage de 98,0% suivi de la forme comprimé (45%). Cela va dans le même sens que l'étude de Sidibé qui a observé 54,8% de forme crème[9].

Au vu de la localisation des dermatophyties, ce taux élevé de crèmes peut s'expliquer par leur efficacité particulière dans le traitement de ces infections cutanées offrant ainsi une réponse adaptée et ciblée tout en respectant les mesures thérapeutiques.

4. Mesures non thérapeutiques associées :

Les résultats ont montré que la bonne hygiène et l'arrêt de la dépigmentation étaient les mesures thérapeutiques les plus associées au traitement. En effet, une mauvaise hygiène crée un environnement propice à la prolifération des germes en particulier les champignons par contre les cosmétiques mal adaptés irritants comme les produits dépigmentants favorisent l'altération de la barrière cutanée rendant la peau donc plus sensible aux infections.

Par ailleurs, le risque élevé de contamination interdit tout échange de matériels liés au processus d'assainissement corporel tels que les serviettes, les éponges, les vêtements ou sous-vêtements....

5. Classe thérapeutique associée :

Dans notre étude les antihistaminiques étaient la classe thérapeutique la plus associée au traitement avec une fréquence de 81,6% suivi des antiseptiques (39,8%).

Ce taux élevé d'antihistaminiques s'explique par le fait que la dermatophytie est fréquemment accompagné de prurit ce qui justifie leur utilisation pour soulager ces symptômes.

Quant aux antiseptiques, ils sont utilisés pour prévenir ou traiter une éventuelle surinfection. Et aussi pour maintenir une bonne hygiène corporelle.

Il n'est pas recommandé d'utiliser à chaque fois des antiseptiques en cas d'absence de maladie car cela pourrait altérer la flore résiduelle.

6. Molécules d'antifongiques prescrits :

Dans notre étude, la griséofulvine était la molécule antifongique la plus prescrite avec 50,5% suivie de la clotrimazole (36,7%). Sidibé avait rapporté la griséofulvine comme antifongique systémique le plus prescrit avec 19%[9]. Denon avait trouvé, la griséofulvine comme la molécule la plus dispensée avec 21,3% suivi de la fluconazole avec 20,1% [31]. Ce taux élevé de prescription de griséofulvine peut s'expliquer par son efficacité spécifique contre les dermatophytes, en lien avec son spectre d'action étroit. Le clotrimazole peut également être justifiée par son spectre antifongique plus large incluant les dermatophytes. Il peut donc être recommandé en cas d'échec thérapeutique de la griséofulvine comme une seconde intention.

7. Notion d'échec thérapeutique :

Dans notre étude, la notion d'échec thérapeutique n'existe pas parce que le traitement a été prolongé chez la majorité des anciens patients (96,5 %). Or, la durée habituelle du traitement de la dermatophytie varie généralement entre 21 jours et 2 mois.

Sidibé avait rapporté un taux d'échec thérapeutique de 11,4%[9].

Par ailleurs, le nombre limité d'anciens patients inclus dans l'étude ne permet pas une évaluation fiable de cette donnée.

CONCLUSION, PERSPECTIVE ET RECOMMANDATIONS

V. Conclusion et perspectives:

Conclusion : Au terme de cette étude transversale descriptive menée sur cinq mois à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako, il apparaît que la prise en charge de la dermatophytie repose essentiellement sur l'utilisation de la griséofulvine, complétée par le clotrimazole, et administrée majoritairement sous forme de crèmes. Le diagnostic reste exclusivement clinique, en l'absence d'examens mycologiques, ce qui constitue une limite importante pour une confirmation étiologique fiable. L'association d'antihistaminiques et d'antiseptiques aux traitements antifongiques témoigne d'une volonté d'apaiser les symptômes et de prévenir les surinfections. Par ailleurs, l'accent mis sur les mesures non thérapeutiques, notamment l'amélioration de l'hygiène et l'arrêt de la dépigmentation, souligne l'importance d'une approche globale intégrant les facteurs de risque et les habitudes de vie. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence la nécessité d'un renforcement des moyens diagnostiques et d'une optimisation des stratégies thérapeutiques afin d'améliorer la prise en charge des dermatophyties dans ce contexte.

Perspective :

Cette étude est le prélude d'une étude qui devra se poursuivre sur une population plus importante et sur une période plus longue afin de mieux évaluer le taux d'échec thérapeutique.

VI. Recommandations:

-Aux autorités sanitaires : de prévoir des campagnes de sensibilisation auprès des populations afin de leur permettre de mieux comprendre la pathologie et d'éviter les facteurs favorisants

-À l'Hôpital de Dermatologie de Bamako : de doter le laboratoire d'outils facilitant le diagnostic mycologique.

-Aux prescripteurs : d'associer le diagnostic mycologique à la prise en charge de la dermatophytie

-A la population : de respecter les mesures d'hygiène, d'arrêter la dépigmentation

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. Tinea corporis. In : Maladies infectieuses. 2016.
2. Goita SM. Prévalence des mycoses superficielles en milieu scolaire péri-urbain et rural. Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-smatologie ; 2011.
3. Sahoo AKM Rahul. Management of tinea corporis, tinea cruris and tinea pedis. 2016;7(2).
4. Leung AK, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea corporis: an updated review. *Drugs in Context*. 20 juill 2020 ;9:2020.
5. Diallo Adam Garango. Les dermatophytose de la peau glabre et des ongles dans le service de dermatologie de l'hôpital dermatologique de Bamako. [Bamako]: USTTB; 2019.
6. Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L, et al. Profil épidémio-clinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako (Mali). *Pan Afr Med J*. 20 déc 2016;25:238.
7. Kampo Oumar M. Etude des motifs de consultation dermatologique dans un hopital regional:cas de l'hopital nianankoro fomba de Segou. [Mali]: Faculté de medecine de pharmacie et d'odonto-smatologie; 2008.
8. G.E P. Dermatomycoses à dermatophytes. 2016;71(3):147-53.
9. Sidibe Malick. Evaluation de la prise en charge des mycoses superficielles aux centres de santé de référence des communes V et VI du district de Bamako. [Bamako]: USTTB; 2022.
10. Feuilhade de Chauvin M. Examen mycologique en dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 oct 2018;145(10):623-32.
11. Lavergne A. principales infections fongiques cutanéomuqueuses: prise en charge et conseils à l'officine [Thèse]. Clermont Auvergne UFR de Pharmacie; 2022.
12. Menguelti Y. Aspect clinique des mycoses superficielles diagnostiquées au service de dermatologie de l'hôpitalNedir à Tizi-Ouzou [thèse]. [Algerie]: Mouloud Mammeri; 2021.
13. Ann DV. structure de la peau. Vol. 132. 2005. 26 p.
14. Saint-André PJP. La peau Histologie L'épiderme et la jonction dermo-épidermique.
15. Céryma H. Les dermatophytoses: prise en charge et cas des dermatophytoses invasives. [France]: CAEN NORMANDIE; 2017.
16. Anca Octavia FFC. L'essentiel en dernatopharmacie-cosmétologie. Victor Babes. UMFT; 2020. 190 p.

17. rédaction la. Définition | Peau | Futura Santé [Internet]. Futura. 2012 [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-peau-7189/>
18. Lazizi Thilleli, Mehhidine Meryem. Les mycoses de la peau glabre diagnostiquées au service de dermatologie du CHU Tizi-Ouzou. Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou; 2023.
19. Tahiliani S, Saraswat A, Lahiri AK, Shah A, Hawelia D, Shah GK, et al. Etiological prevalence and antifungal sensitivity patterns of dermatophytosis in India - A multicentric study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021;87(6):800-6.
20. Coulibaly Oumar. Dermatophytoses en milieu scolaire au Mali. AIX-MARSEILLE; 2014.
21. Coulibaly O, L'Ollivier C, Piarroux R, Ranque S. Epidemiology of human dermatophytoses in Africa. 1 févr 2018 [cité 21 avr 2025];56(2):141-62. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/mmy/myx048>
22. Osaigbovo. prévalence et schéma des références de dermatoses infectueuses aux microbiologistes cliniques dans un hôpital tertiaire du sud du Nigéria. 22 mars 2019. 2019;20(2).
23. Chabasse D, Contet-Audonnet N. Dermatophytes et dermatophytoses [Internet]. Vol. 8. Elsevier Masson; 2011 [cité 25 mai 2025]. 16 p. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166859811564919>
24. Coudoux S. Les mycoses superficielles cutanéomuqueuses : enquête à l'officine et propositions de conseils aux patients. [Grenoble]: JOSEPH FOURIER; 2006.
25. Azoles | Fisher Scientific [Internet]. [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.fishersci.fr/fr/fr/browse/80014085/azoles>
26. Table:Options thérapeutiques des infections mycosiques superficielles* [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/table/options-theraeutiques-des-infections-mycosiques-superficielles>
27. Allylamines | Fisher Scientific [Internet]. [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.fishersci.fr/fr/fr/browse/80013964/allylamines?page=1>
28. PubChem. Ciclopirox Olamine [Internet]. [cité 11 déc 2025]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/38911>
29. PubChem. Griseofulvin [Internet]. [cité 11 déc 2025]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/441140>
30. Berthe HF. Flore dermatophytiques isolée des teignes du cuir chevelu de l'enfant à Libreville de 1980 à 2003. [Bamako]: Faculté de médecine de pharmacie et d'odontomatologie; 1980.
31. Denon S. Analyse de la dispensation des antifongiques dans les officines privées de Bamako. [Bamako]: Faculté de médecine de pharmacie et d'odontomatologie; 2025.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Date :

Nom de l'investigateur :

Informations sur le patient

Age en année	/ ___ / ___ /
Sexe	/ ___ / 1=Masculin 2=Féminin
Poids (Kg)	/ ___ / ___ / ___ /
Taille (cm)	/ ___ / ___ / ___ /
Sérologie VIH	/ ___ / 1=Positive 2=Négative 3=Ne sais pas
Statut	/ ___ / 1=Nouveau patient 2=Ancien patient

Prescription

Prescripteur	/ ___ / 1=Médecin 2=Infirmier 3=Interne 4=Sage-femme 5=Ne sais pas
Antifongiques prescrits	/ ___ / 1=Oui 2=Non 3=Ne sais pas

Autres molécules	/ ___ / 1=Oui 2=Non
------------------	---------------------------

Diagnostic clinique :

OUI

NON

Choix d'antifongiques :

Molécules	OUI	NON
Clotrimazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluconazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itraconazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butoconazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclopiroxolamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terbinafine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolnaftate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grizeofulvine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miconazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bifonazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre à préciser		

Formes pharmaceutiques :

Formes	OUI	NON
Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suppositoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre à préciser		

Voie d'administration :

Vêtements amples en coton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon acide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aération et séchage soigneux des lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter l'humidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser		

Échecs thérapeutiques (pour les anciens patients) :

OUI

NON

Erreur de diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administration non appropriée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-respect des mesures non thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser		

Signature de l'Investigateur _____ **Date** / ____ // ____ / / ____ /

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DIABY

PRENOM : HALIMATOU

PAYS D'ORIGINE : MALI

ANNEE DE SOUTENANCE : 2025

VILLE : BAMAKO

TITRE : Prise en charge de la dermatophytie à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'université Kankou Moussa

Adresse : halimatoudiaby@icloud.com/ Tel : +223 94 44 40 02

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé :

Introduction : La dermatophytie est une dermatose qui atteint la peau dépourvue de poils du visage, du tronc et des membres, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge de la dermatophytie réalisée au sein de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

Méthodologie : Ainsi nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur une période de 5 mois allant de mars à juillet 2025.

Résultats : Nous avons colligé durant la période d'étude 200 patients soit un sexe ratio de 0,7. Notre étude était majoritairement le sexe féminin avec un taux de 59,0%. Les patients de 0 à 15 ans étaient les plus représentés avec un taux de 55,5%. L'âge moyen était de 17 ± 03 des extrémités de 1 mois à 65 ans. La majorité des patients étaient nouvellement venus en consultation soit 96,5%. Parmi les produits prescrits 98,0% étaient des antifongiques. La griséofulvine était la molécule antifongique la plus prescrite avec 50,5% suivie de la clotrimazole (36,7%). Les molécules ont été associés aux antifongiques à 49% des cas. Les antihistaminiques étaient les plus prescrits avec 81,6% des cas. Selon les formes galéniques, la forme crème était la plus prescrite avec 98% suivi de la forme comprimé (49,5%). La bonne hygiène était la principale mesure non thérapeutique associée avec 95,5% des cas. Le traitement de la majorité des anciens patients a été prolongé soit 96,5%.

Conclusion : Nous avons remarqué que la prise en charge de la dermatophytie était assurée majoritairement par la griséofulvine et par la clotrimazole.

Mots clés : Dermatophytie, kératinophiles, antifongiques.

SAFETY DATA SHEET

NAME: DIABY

FIRST NAME: HALIMATOU

COUNTRY OF ORIGIN: MALI

YEAR OF GRADUATION: 2025

CITY: BAMAKO

TITLE: Care of patients with dermatophytosis at the Dermatology Hospital of Bamako.

Place of deposit: Library of Kankou Moussa University

Sector of interest: Dermatology

Address: halimatoudiaby@icloud.com/Tel: +223 94 44 40 02

Introduction: Dermatophytosis is a dermatosis that affects the hairless skin of the face, trunk and limbs, with the exception of the palms of the hands and the soles of the feet.

Objective: The objective of our study was to evaluate the management of dermatophytosis carried out within the Dermatology Hospital of Bamako.

Methodology: Thus, we carried out a descriptive cross-sectional study over a period of 5 months from March to July 2025.

Results: During the study period, we collected data from 200 patients, resulting in a male-to-female ratio of 0.7. The majority of patients were female (59.0%). The 0-15 age group was the most represented (55.5%). The mean age was 17 ± 3 years, ranging from 1 month to 65 years. The majority of patients (96.5%) were first-time visitors. Antifungals accounted for 98.0% of the prescribed medications. Griseofulvin was the most frequently prescribed antifungal (50.5%), followed by clotrimazole (36.7%). Antifungals were used in combination with other medications in 49% of cases. Antihistamines were the most frequently prescribed medication (81.6%). Creams were the most common formulation (98%), followed by tablets (49.5%). Good hygiene was the main non-therapeutic measure associated with 95.5% of cases. Treatment was prolonged for the majority of former patients (96.5%).

Conclusion: We observed that dermatophytosis was primarily treated with griseofulvin and clotrimazole.

Keywords: Dermatophytosis, dermatosis, keratinophiles, antifungals.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !