

Expérience dermatologique de l'hôpital marocain de campagne à Brazzaville, Congo

Boui M¹, Lemnaouer A²

1. Service de Dermatologie. 2. Laboratoire de microbiologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Med Trop 2008; **69** : 13-17

RÉSUMÉ • Le Maroc a déployé un hôpital de Campagne à Brazzaville pour une mission humanitaire d'un mois du 22/02/06 au 23/03/06. L'analyse de l'activité de consultation gratuite de dermatologie, au profit de la population générale de Brazzaville a permis de dégager les particularités locales par rapport à la dermatologie classique. 1217 patients ont été examinés dont 473 femmes, 451 hommes et 293 enfants. 5 affections dominent la dermatologie pédiatrique: la pathologie infectieuse, l'eczéma atopique, les chéloïdes, les toxidermies et les genodermatoses. Chez l'adulte les pathologies rencontrées sont outre celles de l'enfant : les infections sexuellement transmissibles, la pathologie tumorale bénigne et maligne, le lichen, les ulcères des jambes et l'éléphantiasis des organes génitaux et des membres inférieurs, les complications de l'usage des dépigmentants. La pathologie historique intéresse 1% de la population générale.

MOTS-CLÉS • Dermatologie tropicale. Epidémiologie. VIH. Dépigmentants.

DERMATOLOGICAL EXPERIENCE AT THE MOROCCAN MOBILE FIELD HOSPITAL IN BRAZZAVILLE, CONGO

ABSTRACT • As part of a humanitarian relief mission, Morocco set up a mobile field hospital in Brazzaville Congo from February 22, 2006 to March 23, 2006. Analysis of data collected at a cost-free outpatient dermatology clinic demonstrated local characteristics in comparison with conventional dermatologic practice. A total of 1217 patients including 473 women, 451 men, and 293 children were examined. The five most frequent disorders affecting children were infectious disease, atopic eczema, keloids, toxidermias, and genodermatosis. In addition to these diseases, adults presented sexually transmitted infections, benign and malignant tumors, lichen, leg ulcers, elephantiasis of the external genitalia and lower extremities, and complications related to the use of skin lighteners. Historical pathology was found in 1% of the general population.

KEY WORDS • Tropical dermatology. Epidemiology. HIV. Skin lighteners.

La République du Congo, ancienne colonie française, a accédé à l'indépendance en 1960. Mais malgré cette indépendance, le pays a connu beaucoup de crises politiques, si bien que la situation sanitaire de la population est extrêmement précaire. Le conflit armé qui a ravagé ce pays entre 1998 et 2000 a aggravé

action humanitaire. Le but de cette action était d'assurer la vaccination de 20000 enfants de moins de 5 ans et de dispenser des prestations médicales multidisciplinaires au profit de la population de Brazzaville, spécialement de médecine interne, médecine tropicale, cardiologie, pédiatrie, dermatologie, ophtalmologie et de chirurgie.

Cette étude rétrospective descriptive sous forme d'un bilan d'activité d'une consultation de dermatologie du 22/02/06 au 23/03/06, au profit de la population générale de Brazzaville a permis d'analyser les particularités de la pathologie dermatologique à Brazzaville, chez une population en post-conflit.

L'HMCC, unité mobile projetable en tout lieu (dont le Maroc) et en toute circonstance, a acquis une expérience non négligeable notamment au Kosovo. Il comporte classiquement 9 modules, mais peut être extensible à plusieurs en fonction du besoin. C'est le cas du Congo où 14 modules ont été déployés pour recevoir plus de consultants dans un court délai, articulés comme suit : 9 modules de diagnostic et de prise en charge pour les consultations spécialisées ; 4 modules constituant le plateau technique avec un laboratoire polyvalent, une unité de radiologie conventionnelle et d'échographie, un bloc opératoire

et une pharmacie pour la distribution gratuite des médicaments ; et enfin une unité de consultation d'ophtalmologie. Il a été installé sur le parking du Stade Olympique Alphonse Massamba-Débat dans le district de Makélékélé à Brazzaville (Fig. 1). Ce site d'implantation correspondait parfaitement à ce type de mission par sa surface suffisante, son sol goudronné, son accessibilité, sa sécurité et par l'utilisation des dépendances du stade pour l'acheminement et l'attente des populations des différentes communes de la ville de Brazzaville. Le personnel de l'HMCC était formé de 64 individus, tous éléments du Service de Santé des Forces Armées Royales, renforcés par 4 éléments de la Gendarmerie Royale. Le staff technique était composé de 15 médecins, 2 pharmaciens, 14 infirmiers



Illustration 1. République du Congo.

davantage cette situation. Dans le cadre de la coopération militaire Maroc-Congolaise, le Maroc a déployé en février 2006, un Hôpital Médico-Chirurgical de Campagne (HMCC) à Brazzaville pour une

• Correspondance : mohammedbouï@gmail.com



Figure 1. Implantation de l'HMCC sur le parking du stade olympique Alphonse Massamba-Débat de Brazzaville

Tableau I. Pathologie dermatologique infantile

N°	Type de pathologie	N	%
1	Pathologie infectieuse		
	Teigne	65	
	Impétigo	49	
	Dermatophyties	24	
	Gale	10	
	<i>Molluscum contagiosum</i>	7	
	Pityriasis versicolor	5	
	Dermite séborrhéique	3	53,4
	Zona infantile	2	
	Rougeole	2	
	Varicelle	2	
	Ecthyma	2	
	Leishmaniose cutanée	1	
	Kala-azar	1	
VIH	1		
2	Eczéma atopique	38	11,7
3	Pathologie tumorale bénigne	32	9,8
4	Eczématides	26	8,0
5	Miliaires sudorales	17	5,2
6	Toxidermies	7	2,1
7	Lichen	6	1,8
8	Génodermatoses	5	1,5
9	Pathologie malformative congénitale	5	1,5
10	Pathologie tumorale maligne	5	1,5
11	Ulcères des membres inférieurs	3	0,9
12	Ichtyoses	3	0,9
13	Kératodermie palmoplantaire	3	0,9
14	Vitiligo	2	0,6

et 2 secrétaires médicaux. Les actions de L'HMCC ont été coordonnées avec les services médicaux des Forces Armées Congolaises, si bien que pour les urgences médico-chirurgicales, après une prise en charge initiale et une mise en condition, les malades ont été évacués vers l'Hôpital Central des Armées Pierre Mobengo de Brazzaville. La gratuité de la consultation et de l'ensemble des prestations médicales, jointe au caractère étendu à toute la population de Brazzaville, à l'effectif technique relativement élevé de l'HMCC et à la souplesse horaire, font que la population étudiée est une population assez représentative de la ville de Brazzaville. Néanmoins les résultats de cette expérience ne peuvent être extrapolés au Congo. D'autres études sont nécessaires notamment dans les autres régions du pays, tant les différences géographiques et ethniques sont énormes. L'autre écueil de notre étude est l'absence d'histologie cutanée ou d'examen biologiques ou morphologiques performants ce qui limite la fiabilité de nos résultats. La démarche diagnostique et thérapeutique des différentes spécialités étaient en effet de type santé publique, orientées vers une prise en charge de masse.

Ont été examinés 1217 patients dont 473 femmes (39%), 451 hommes (37%) et 293 enfants (24%) dont 161 garçons (55%) et 132 filles (45%). Les malades ayant consulté pour une pathologie dermatologique sont au nombre de 1132 (93%). 85 patients ont été adressés pour avis dermatologique par les confrères des autres spécialités. Les différentes pathologies rencontrées sont résumées dans les tableaux I et II.

La pathologie dermatologique sur peau noire dans un pays en développement en zone tropico-équatoriale est riche, variée et englobe les différents domaines de la spécialité.

La pathologie infectieuse

Il ressort de notre expérience que les maladies infectieuses sont un motif très fréquent de consultation avec 564 cas tout âge confondu, soit 41% de l'ensemble de la pathologie rencontrée. Ce pourcentage est de 53% chez l'enfant versus 37% chez l'adulte. La plupart de ces infections sont cosmopolites. Nos résultats concordent avec les données épidémiologiques de l'Afrique subsaharienne avec une prévalence élevée des mycoses superficielles, des

pyodermes et de la gale (Fig. 2) (1). La rougeole est une pathologie grave car elle entraîne une immunodépression brève mais profonde. Nous en avons colligé 3 cas dont deux chez l'enfant et un chez l'adulte. Si les rougeoles infantiles étaient de sévérité moyenne, celle de l'adulte était bruyante et a révélé une séropositivité VIH. 2 cas de zona infantile ont été observés chez un garçon de 5 ans et une fille de 10 ans. Ces 2 enfants étaient dénutris, mais n'avaient pas de maladies sous-jacentes et n'étaient pas infectés par le VIH. Les manifestations cliniques du zona infantile ne se différencient pas de celles observées chez l'adulte, avec cependant l'absence de séquelles algiques en pédiatrie. La leishmaniose reste une parasitose fréquente au Congo Brazzaville où nous avons recensé 7 cas dont 5 cas de leishmaniose cutanée chez l'adulte et 2 cas pédiatriques dont une leishmaniose cutanée chez une fille de 10 ans et une leishmaniose viscérale ou Kala-azar chez sa sœur de 7 ans. Si la leishmaniose viscérale reste rare en Afrique subsaharienne, des cas documentés sont de plus en plus rapportés, témoignant des modifications épidémiologiques de cette affection (2-3) du fait notamment du rôle de l'infection par le VIH. Parmi les 3 cas rapportés par Kouassi et al., 2 avaient une sérologie VIH positive (2). Par contre les 6 cas rapportés par Djidingar et al avaient tous une sérologie VIH négative (3). Tous nos cas de leishmaniose n'étaient pas liés à une immunodépression VIH. Les 2 sœurs ont été adressées au CHU de Brazzaville pour une prise en charge thérapeutique.

Nous avons relevé 3 mycétomes dont 2 chez des hommes et 1 chez une femme. Ces affections étaient à grains noirs témoignant de mycétomes fongiques (4), avec une importante destruction osseuse chez des personnes citadines mais avec notion d'un séjour prolongé en forêt pendant la guerre. Ces patients connaissaient leur maladie et avaient refusé une solution chirurgicale. Tous nos cas intéressaient les membres inférieurs. Cette maladie aux préjudices fonctionnels et esthétiques connus, a été très mal vécue par nos 3 patients.

La fréquence des onchocercoses dans notre série est de 3,5% (37 cas) de la pathologie dermatologique adulte. Le diagnostic



Figure 2. gale profuse chez un enfant de 10 ans.

Tableau II. Pathologie dermatologique de l'adulte.

N°	Type de pathologie	N	%
1	Pathologie infectieuse		
	Dermatophyties	116	
	Onychomycoses	38	
	Onchocercomes	37	
	Pyodermites	32	
	Pityriasis versicolor	29	
	Gale	24	
	Folliculite	22	
	Furunculose	20	
	Filarioses lymphatiques	18	36,8
	Herpès chronique	15	
	Panaris	11	
	Sycosis	5	
	Leishmaniose cutanée	5	
	Zona	5	
	Tuberculose cutanée	5	
	Erysipèle	3	
Lèpre	2		
Ecthyma	2		
Rougeole	1		
2	Utilisation cosmétique des produits dépigmentants	130	12,3
3	Eczéma atopique	109	10,3
4	Pathologie tumorale bénigne	93	8,8
5	IST		
	VIH	33	
	Leucorrhées	19	
	Végétations vénériennes	12	8,5
	Herpès génital	10	
	Urétrite	8	
	Syphilis	6	
chancres mou	2		
6	Lichen	47	4,4
7	Prurigo	38	3,6
8	Dermatosis papulosa nigra	29	2,7
9	Ulcères des membres inférieurs	28	2,6
10	Acné juvénile	20	1,9
11	Pseudo-folliculite	19	1,8
12	Acné chéloïdienne	10	0,9
13	Pathologie tumorale maligne	10	0,9
14	Alopécie de traction	9	0,8
15	Genodermatoses	9	0,8
16	Hidrosadénites	9	0,8
17	Maladies de système	8	0,8
18	Miliaires sudorales	6	0,6
19	Vitiligo	4	0,4
20	Toxidermies	3	0,3

de ces onchocercomes a été porté sur des arguments présomptifs incluant l'origine géographique, l'anamnèse et la clinique, notamment la dyschromie hétérogène et le siège en regard des reliefs osseux superficiels. Pour des raisons pratiques, la recherche de microfilaries a été réalisée uniquement dans la journée. Nous en avons réalisé au total 29 recherches qui sont reve-

nues négatives vu le caractère chronique de ces filarioses. La recherche de filaires adultes au sein des onchocercomes n'a pas été réalisée. Aucun de nos patients n'avait de cécité clinique évidente. Mais seuls 14 malades ont eu une consultation d'ophtalmologie qui s'est révélée normale. En fait notre équipe ophtalmologique est arrivée à Brazzaville avec 15 jours de retard.

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

La fréquence des IST (leucorrhées exclues) est sensiblement identique chez les femmes (6,97 %) et les hommes (6,87 %). Elle reste néanmoins élevée et peut être expliquée par au moins 2 éléments : la rareté de l'utilisation des préservatifs et le manque d'information. L'infection VIH est de loin l'IST la plus fréquente avec 33 cas (37 %) et intéresse les autochtones dans 31 cas (94 %) contre seulement 2 étrangers (6 %). Parmi les personnes séropositives, on comptait 19 femmes (58 %) et 14 hommes (42 %), soit un sex-ratio de 1,4 F/H. Cette séroprévalence est conforme aux données de l'OMS qui retrouve un sex-ratio de 1,3 F/H pour l'Afrique subsaharienne (5). Tous les patients étaient hétérosexuels. Une seule femme reconnaissait connaître sa séropositivité à l'annonce du résultat. Les femmes sont plus jeunes avec un âge moyen au moment du diagnostic de 36 ans (extrêmes 25 et 62) contre 38 ans pour les hommes (extrêmes 26 et 61).

La candidose buccale a été la manifestation clinique la plus fréquente au cours de la séropositivité VIH et a permis sa mise en évidence dans 39 % des cas. La fréquence élevée de ce signe clinique a été retrouvée même chez l'enfant dans une étude réalisée par Vaz et al. (6). Ce symptôme n'a pas été retrouvé chez le seul enfant VIH de notre série. Notre travail permet donc de souligner l'importance de ce signe physique simple, permettant d'évoquer le diagnostic de l'infection VIH et de demander les tests de confirmation ou d'orienter le malade vers un centre spécialisé en l'absence d'un laboratoire de virologie à proximité.

Quatre de nos patients VIH étaient âgés de plus de 55 ans (2 hommes et 2 femmes), soit une fréquence de 12 %. La traduction directe de ce fait est que l'infection VIH intéresse la population générale au lieu de contaminer la population à haut risque infectieux spécialement les jeunes. La prévention reste l'élément clé de la lutte contre la maladie, en l'absence d'une prise en charge thérapeutique gratuite des patients, car bien qu'il soit disponible, le traitement antirétroviral reste onéreux et à la charge des familles en 2006. Elle doit viser l'ensemble de la population, jeunes comme adultes.

La prise en charge thérapeutique des IST rencontrées s'est faite selon une approche syndromique. C'est ainsi que tous les patients présentant une urétrite ont reçu un traitement associant la ciprofloxacine (500 mg en dose unique) et la doxycycline (200 mg/j pendant 15j). Le chancre mou a été traité par l'association ciprofloxacine (500 mg par voie orale en prise unique) et la benzathine- benzylpénicilline (1 IM de 2,4 MUI en dose unique), en l'absence

d'une certitude diagnostique, malgré une clinique très évocatrice avec bubon ulcéré et phagédénisme. Toutes les syphilis ont été considérées comme des syphilis latentes tardives et les patients traités par de la benzathine-benzylpénicilline (1 IM de 2,4 MUI par semaine pendant 3 semaines).

Les leucorrhées n'ont fait l'objet d'aucune recherche étiologique. Les 19 femmes présentant cette pathologie ont été traitées également de façon syndromique avec l'association métronidazole cp 500 mg (4 cp en une seule prise) et éconazole ovule 150 mg (1 ovule par jour pendant 3 jours).

Les chéloïdes

Les chéloïdes ont été retrouvées dans 35 cas (2,5%), intéressant l'enfant dans 9 cas (2,76%) avec 6 cas (67%) chez les garçons et 3 cas chez les filles (33%) et l'adulte dans 26 cas (2,45%) avec 18 cas masculins (69%) et 8 cas féminins (31%) (Fig. 3). Cette fréquence est sans différence significative en fonction de l'âge (2,76% chez l'enfant versus 2,45% chez l'adulte), mais augmente en fonction du sexe peut-être du fait de l'exposition plus grande du garçon et de l'homme aux traumatismes répétés lors des jeux ou des travaux, ou bien aux rituels de scarifications. Chez la fille et la femme les chéloïdes sont soit spontanées, soit dues le plus souvent au piercing des oreilles et plus rarement à des scarifications. Cette fréquence est relativement basse dans notre étude comparée à d'autres séries (7).

Les toxidermies

Parmi les toxidermies seul l'érythème pigmenté fixe (EPF) a été enregistré. Il est plus fréquent sur peau noire. Nous avons colligé 10 cas (1%) au cours de cette étude dont 7 cas chez l'enfant (Fig. 4) et 3 cas chez l'adulte. L'âge moyen des enfants au moment du diagnostic est de 7 ans 4 mois. Chez l'enfant, Le cotrimoxazole a été incriminé dans 4 cas (57%) et la chloroquine dans 3 cas (43%), alors que chez l'adulte,

les produits incriminés sont le cotrimoxazole, le phénobarbital et la chloroquine, respectivement dans un cas. Si les sulfamides antibactériens (cotrimoxazole) sont une cause classique de l'EPF en milieu tropical, au même titre que les cyclines, les barbituriques et le paracétamol, les cas d'EPF dus aux antimalariques rapportés dans la littérature sont rares. Notre travail démontre la prévalence élevée de l'EPF infantile et le rôle inducteur de la chloroquine dans le déterminisme de l'EPF en milieu tropical. Ce rôle inducteur peut être expliqué par l'importante consommation d'antimalariques dans les pays tropicaux pour la prévention du paludisme, en rapport avec la vente libre de ces médicaments et l'automédication.

L'utilisation cosmétique des produits dépigmentants

Un des aspects de la dermatologie tropicale est l'utilisation cosmétique des produits dépigmentants (UCPD). «Kapokola» (traduire appliquer) est le terme local réservé à cet usage dans le Congo Brazzaville et la république démocratique du Congo. Cet usage inconsidéré des produits dépigmentants en milieu tropical est connu et a fait l'objet de plusieurs publications (8). Cette pratique concernait quasi exclusivement les femmes. Mais l'UCPD par les hommes est décrite depuis 2003 (9) (Fig. 5), justement au Congo Brazzaville. Dans notre étude nous avons relevé 130 cas (12%) d'UCPD avec 104 cas (80%) chez les femmes et 26 cas (20%) chez les hommes, soit un sex-ratio de 4 F/H. Rapportée au sexe au sein de la population générale, cette fréquence devient 22% pour les femmes et 6% pour les hommes. La fréquence féminine d'UCPD est basse dans notre étude comparée à d'autres séries d'Afrique subsaharienne. Ceci est probablement dû au caractère tout-venant de la population dans notre série. L'âge moyen des femmes au moment du diagnostic est de 35,5 ans (extrêmes : 27-59), alors que celui des hommes est de 39 ans (extrêmes : 35-54). Si toutes les catégories socio-écono-



Figure 5. Dépigmentation des 2 pieds par usage fréquents des détergents et des caustiques chez un homme.

miques féminines avaient recours à l'UCPD, les hommes étaient soit aisés, soit des fonctionnaires. Les produits utilisés indifféremment par les femmes et les hommes sont les dermocorticoïdes notamment de classe I et l'hydroquinone et ses dérivés. En plus des complications classiques de l'UCPD que sont l'hypopigmentation (Fig. 6), les infections, les vergetures, l'atrophie cutanée et l'acné cortisonique (Fig. 7), nous avons constaté 3 cas de diabète cortico-induit et 2 cas d'hypertension artérielle chez des femmes jusque là indemnes de toute endocrinopathie et de maladie cardiovasculaire. Nous n'avons pas relevé de complications systémiques de l'UCPD chez les hommes dans notre série et ceci pour 2 raisons : le début récent de l'UCPD par les hommes et l'utilisation d'une quantité moins importante des dépigmentants par rapport aux femmes. Si notre expérience "tropicale" vient confirmer des réalités déjà connues concernant l'usage inconsidéré des dépigmentants, elle attire l'attention sur les complications graves encourues dont le diabète et l'hypertension artérielle, non seulement chez les femmes rompues à cette pratique, mais dorénavant chez les hommes aussi où le phénomène prend de plus en plus d'ampleur au Congo. A côté de l'UCPD, une autre pratique spécifiquement africaine, à l'origine d'un important préjudice esthétique est l'alopécie de traction chez les femmes. Nous en avons recensé 9 cas. Mais cette pratique est moins grave que l'UCPD.



Figure 3. Chéloïdes post-piercing des oreilles chez une fille de 16 ans.



Figure 4. Erythème pigmenté fixe profus du à la nivaquine chez un nourrisson.



Figure 6. Dépigmentation en confetti en rapport avec l'usage inconsidéré des dépigmentants.



Figure 7. Acné chez une femme de 32 ans due à l'usage intempestif des dermocorticoïdes.

Les ulcères des membres inférieurs

Nous en avons relevé 31 cas (2,23 %) dont 28 chez l'adulte et 3 chez l'enfant. Ils sont unilatéraux dans 21 cas (68 %) et bilatéraux dans 10 cas (32 %). En plus des étiologies classiques, ces ulcères reconnaissent des causes spécifiques au milieu tropical (10, 11). C'est le cas de l'ulcère de Buruli avec 9 cas (29 %), de l'ulcère phagédénique avec 4 cas (13 %) dont 3 cas chez l'adulte et un cas chez l'enfant et de l'ulcère drépanocytaire avec 3 cas (10 %) dont 2 chez l'enfant et 1 chez l'adulte.

La pathologie tumorale

Au sein de la pathologie tumorale maligne de l'enfant, le lymphome de Burkitt reste une pathologie fréquente en Afrique tropicale et représente 2 cas (40 %) de la pathologie maligne infantile dans notre série. Ce lymphome est en rapport avec une forte prévalence de l'infection par le virus d'Epstein-Barr en milieu tropical. Nos 2 cas pédiatriques n'avaient pas d'immunodépression VIH. Il en est de même pour le seul lymphome de Burkitt de l'adulte jeune de notre travail.

Les éléphantiasis et la pathologie historique

Les éléphantiasis des organes génitaux et des membres inférieurs sont présents dans 18 cas (2 %). Ils sont dus à des filarioses lymphatiques chroniques. Ils ont touché l'homme dans 11 cas (61 %) avec 3 éléphantiasis scrotaux et 8 éléphantiasis des membres inférieurs et la femme dans 7 cas (39 %) aux membres inférieurs (Fig. 8). Tous ces patients se savaient porteurs de la filariose lymphatique et leur consultation avait été motivée par une demande de soins. Si les éléphantiasis des membres inférieurs sont peu invalidants, ils occasionnent d'importants préjudices esthétiques notamment chez les femmes. Les éléphantiasis scrotaux sont source d'un retentissement psycholo-



Figure 8. Eléphantiasis du membre inférieur gauche avec préjudice esthétique chez une femme.

gique car ils affectent la vie du couple notamment en cas d'hydrocèle scrotale majeure. Dans une étude réalisée au Cameroun sur la filariose lymphatique, Moyou-Somo et al., rapportent que l'éléphantiasis est considéré comme une maladie honteuse et que les patients ont préféré se cacher au lieu de se présenter à l'étude (12). Les images monstrueuses et affchantes résument toujours cette pathologie (Fig. 9).

Les cas historiques représentaient 1 % de la population générale et étaient dus à la sous-médicalisation et au retard diagnostique. Ce retard peut être expliqué par le recours pendant longtemps à l'assistance des tradipraticiens avant de venir consulter (Fig. 10).



Figure 9. Eléphantiasis scrotal historique



Figure 10. Schwannome du cuir chevelu chez une fille de 14 ans, négligé et récidivant après intervention.

De cette expérience riche sur le plan tant humain que technique, il ressort qu'en dehors de certaines affections spécifiquement tropicales comme l'ulcère de Buruli et l'éléphantiasis filarien, ou d'effets iatrogènes liés à des habitudes cosmétiques notamment de dépigmentation, la dermatologie tropicale s'apparente à quelques exceptions près à la dermatologie classique. ■

Références

- Ogunbiyi AO, Daramola OO, Alese OO. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Intern J Dermatol* 2004; 43 : 31-6.
- Kouassi B, Horo H, Achi VH, Adoubryn KD, Kakou ES, Ahui B, et al. Leishmaniose viscérale à Abidjan à propos de 3 observations. *Med Trop* 2005 ; 65 : 602-3.
- Djindingar D, Chipaux J P, Gragnic G, Tchani O, Meynard D, Julvez D. La leishmaniose viscérale au Niger : six nouveaux cas confirmés parasitologiquement. *Bull Soc Pathol Exot* 1997 ; 90 : 27-9.
- Dieng MT, Sy MH, Diop BM, Niang SO, Ndiaye B. Mycétomes : 130 cas. *Ann Dermatol Venerol* 2003 ; 130 : 16-9.
- ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2004.
- Vaz P, Elanga N, Fassinou P, Msellati P, Nicolas J, Blanche S. Infection par le VIH1 de l'enfant dans les pays africains. *Med Trop* 2003 ; 63 : 465-2.
- Mostinckx S, Vanhooetghem O, Richert B, De La Brassinne M. Chéloïde et cicatrice hypertrophique. *Ann Dermatol Venerol* 2005 ; 132 : 384-7.
- Mahé A, Blanc L, Halna JM, Keita S, Sanogo T, Bobin P. Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants par les femmes de Bamako. *Ann Dermatol Venerol* 1993 ; 120 : 870-3.
- Del Giudice P, Raynaud E, Mahe A. L'utilisation cosmétique de produits dépigmentants en Afrique. *Bull Soc Pathol Exot* 2003 ; 96 : 389-3.
- Kibadi K. Ulcère à *Mycobacterium ulcerans* : prise en charge chirurgicale dans 102 observations en République Démocratique du Congo. *Med Trop* 2005 ; 65 : 444-8.
- Kerleguer A, Koeck JL, Girard-Pipau F, Nicand E. Recrudescence des ulcères phagédéniques à Djibouti pendant la saison des pluies. *Med Trop* 2003 ; 63 : 194-6.
- Moyou-Somo R, Antoine Ouambe M, Fon E, Bema J. Enquête sur la filariose lymphatique dans sept villages du district de santé de Bonassama dans l'estuaire du Wouri, province du littoral, Cameroun. *Med Trop* 2003 ; 63 : 583-6.