

Dermatologie sous les tropiques : quel avenir ?

Morand JJ

Rédacteur en chef

Med Trop 2009 ; 69 : 213-214

La dermatologie sous les tropiques est souvent confondue avec la « dermatologie tropicale ». Cette dernière constitue une entité ancienne, regroupant la prise en charge des manifestations cutanéomuqueuses en rapport avec un agent infectieux, parasitaire le plus souvent, fongique, bactérien ou viral ou bien un animal, arthropode généralement ou encore un végétal dont l'épidémiologie est spécifiquement tropico-équatoriale. Cette spécialité s'intégrait à la « médecine tropicale » à l'honneur durant la période de colonisation et était d'ailleurs rarement exercée par des dermatologues. A l'époque, l'activité principale sur le terrain, l'orientation scientifique illustrée par les thèmes de publications, étaient dirigées, presque exclusivement, contre les grandes endémies que constituaient la lèpre, les tréponématoses endémiques, les trypanosomiasés, l'onchocercose, les filarioses lymphatiques et loa-loa, la dracunculose, les mycétomes, la variole... Cela n'excluait nullement la gestion des autres maladies à tropisme cutané dans la mesure des possibilités thérapeutiques et surtout du temps alloué, précieux car rare du médecin « tropicaliste » qui parcourait parfois à pieds les sentiers de brousse ou bien naviguait en pirogue sur les rivières lorsque la forêt devenait impénétrable... Désormais, ces maladies sont parfois éradiquées, en tous cas mieux contrôlées ou au moins accessibles à des thérapeutiques, des vaccinations ou bien à des mesures de prévention. Ainsi la dermatologie s'est émancipée sous les tropiques grâce notamment à la formation de dermatologues sur place. La plupart des dermatoses rencontrées dans les pays industrialisés sont dorénavant décrites dans les pays en développement, certes avec des prévalences variables ou des modes d'expression différents. Les ectoparasitoses dont la gale, les pyodermes qui les compliquent souvent, sont très fréquentes dans les zones de pénurie et volontiers sévères, tant sur le plan de la qualité de vie (prurit chronique), du risque pour l'entourage (contagiosité favorisée par la promiscuité) que des complications (glomérulonéphrite post-streptococcique, abcès, sepsis...). Avec l'eczéma, ils représentent à eux seuls, près de la moitié des dermatoses motivant une consultation. Ce dernier est actuellement en pleine expansion, notamment dans les grandes villes où la population a adopté un mode de vie « moderne » avec multiples contacts allergéniques et modification des pratiques alimentaires. De façon similaire, le psoriasis est désormais bien reconnu et en augmentation, même s'il demeure bien moins fréquent que dans nos contrées. Quant aux toxidermies, elles augmentent au même rythme que la diffusion de la pharmacopée notamment générique à moindre coût ou que la vente de thérapeutiques frauduleuses.

La pigmentation cutanée est génétiquement programmée. Probablement du fait de la pression de sélection du rayonnement solaire, durant des millénaires, les sujets dits « noirs » vivaient à l'origine sur la bande tropico-équatoriale. En effet les eumélanines ont un pouvoir photoprotecteur 1000 fois supérieur à celui des

phaeomélanines et elles contribuent à la moindre carcinogénèse induite par les ultra-violets. Le carcinome basocellulaire est ainsi exceptionnel chez le sujet hyperpigmenté ainsi que le mélanome (en dehors des localisations plantaire et péri-unguéal où d'autres mécanismes physiopathogéniques seraient prédominants) alors qu'ils sont très fréquents chez l'albinos africain vivant en zone tropicale.

Le diagnostic dermatologique est modifié par le phototype du fait d'une moins bonne perception de « l'érythème » et de la meilleure visibilité de l'évolution dyschromique de nombreuses dermatoses. Mais cela est vrai pour les peaux très pigmentées où l'érythème a effectivement un aspect grisâtre. Or du fait des migrations de populations (parfois imposées par l'esclavage) et du métissage, ainsi qu'en raison des modifications acquises de la pigmentation notamment par l'exposition solaire, il existe un véritable continuum entre la peau dite blanche et la peau « noire » (1). Aucune étude n'a permis de façon scientifique d'identifier des critères spécifiques de texture, d'épaisseur, de sudation, de cicatrisation directement en rapport avec la coloration de la peau sans implication de facteurs environnementaux « ethniquement » liés. Les chéloïdes sont plus fréquentes, plus « tumorales » chez certaines peuplades pigmentées : cela résulterait à la fois d'un phénomène d'isolat (bien réel dans certaines contrées reculées) avec majoration de la transmission génétique de la prédisposition cicatricielle mais aussi d'une plus forte induction par les pratiques rituelles (2). Le caractère affichant de nombreuses dermatoses sur peau pigmentée (acné excoriée notamment, moins fréquente dans les populations à mode de vie et alimentation traditionnels) favorise la recherche de cosmétiques efficaces. Une dérive est constituée par l'utilisation abusive de dépigmentants, entraînant des complications tant cutanées que systémiques avec un fort retentissement psychosocial, constituant dans certains pays un véritable problème de santé publique (3).

La population est ainsi fortement demandeuse d'une prise en charge à la fois des dermatoses cosmopolites et de ces problèmes cosmétiques ; il se crée un véritable marché parfois parallèle. Or d'autres endémies (outre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine dont on connaît la fréquence des manifestations cutanéomuqueuses parfois révélatrices) ont émergé. L'infection à *Mycobacterium ulcerans* (ulcère dit de Buruli) constitue une endémie inquiétante pour l'Afrique avec une progression exponentielle (certes encore limitée à certains foyers) et un risque fonctionnel majeur pour une population généralement jeune. D'autres menaces pèsent sur les pays en développement mais probablement bien au-delà : en témoignent les récentes épidémies de Chikungunya dont on connaît le tropisme cutané-articulaire, qui désormais atteignent le sud de l'Europe. La dengue, autre arbovirose qui se traduit par un syndrome algo-éruptif, concerne plusieurs centaines de millions d'individus chaque année dans le monde et entraîne plusieurs dizaines de milliers de décès. Les poxviroses semblent réémergentes et favorisées par le trafic d'animaux...

• Correspondance : morandjj@aol.com

S'il ne faut certes pas opposer ces maladies particulièrement graves qui mettent en péril soit la vie du malade et de son entourage (sida), soit son autonomie (Buruli) ou bien constituent une menace épidémique mondiale (arbovirose), aux maladies « courantes », dont la plupart occasionnent une gêne réelle et dont la fréquence mérite légitimement une prise en charge (d'autant plus que celle-ci peut être optimisée, efficace, peu coûteuse donc rentable), il est tout aussi clair que, sous les tropiques, la définition des priorités est plus cruciale car l'orientation des personnels de santé et des moyens thérapeutiques vers certains axes se fait obligatoirement au détriment d'autres secteurs. Cette juste considération de la dermatologie « quotidienne » par les dermatologues des pays en développement ne doit surtout pas conduire d'une part à l'abandon de prise en charge des grandes endémies (dépistage de la lèpre, lutte anti-vectorielle, contrôle des anthroponoses ...), d'autre part à des orientations prématurées ou inégalitaires : par exemple l'exploration biologique et le traitement des teignes non inflammatoires de l'enfant ne sont pas justifiés à l'échelon collectif, considérant leur bénignité, leur régression habituelle à l'adolescence et surtout leur grande fréquence. Par contre elles doivent faire l'objet de mesures préventives (information dans les écoles, dans les « salons de coiffure » notamment). De même l'accès à des soins cosmétiques médicaux dans des pays où les grandes endémies persistent, est réservé à une classe hautement privilégiée et prive la population de médecins compétents dans d'autres domaines : cela ne signifie pas que les études médicales et anthropologiques des pratiques inadaptées de dépigmentation ou de défrisage ne doivent pas être conduites, ni que les recherches fondamentales sur la dyschromie ou les cheveux crépus afin de produire des topiques anodins ne doivent plus être menées par les groupes pharmaceutiques... Mais à l'instar de la dermatologie française, la dermatologie des pays en développement (sous les tropiques ou en situation tropicale si l'on préfère) ne gardera l'écoute des autorités politiques, sanitaires et économiques,

que si elle poursuit son action en infectiologie et notamment en vénéréologie, si elle lutte contre les « grandes » dermatoses (toxicodermies, tumeurs, eczéma), si elle intègre sa pratique spécialisée à la prise en charge globale du malade et à la révélation de pathologies systémiques ou d'autres appareils, si elle optimise les explorations et les thérapeutiques en prenant en compte leur coût pour l'individu (a fortiori en l'absence de sécurité sociale !) et pour la société (a fortiori lorsque existe une sécurité sociale), si elle raisonne sur le long terme, en privilégiant la prévention, l'ensemble autorisant au final une amélioration de la qualité de vie dans des pays où l'espérance de vie elle-même est une gageure à l'heure du sida et des guerres... C'est pourquoi la formation des personnels de santé et notamment des dermatologues dans les pays en développement ne peut être totalement calquée sur les enseignements proposés dans nos facultés ou nos hôpitaux européens. La rigueur de l'approche clinique et de la gestion des explorations, l'optimisation du traitement, la promotion de la démarche préventive ont une importance capitale sur le terrain tropical car la pénurie de moyens financiers et de personnels est courante et le fait que la santé ait un coût, y est ressenti de façon permanente. En somme, la dermatologie en milieu tropical a un riche passé, un présent en marche et un avenir prometteur auquel la dermatologie française, dans le cadre notamment de la francophonie, peut contribuer (4). ■

Références

1. Morand JJ. Couleurs de peau, variétés pilaires et diversités phénotypiques : races, ethnies, populations dans la littérature médicale. *Med Trop* 2007 ; 67 : 213-4.
2. Salles F, Thiéry G, Lari N, Adam S, Morand JJ. Problématique pathogénique et thérapeutique des chéloïdes *Med Trop* 2009 ; 69 : 221-7.
3. Morand JJ, Ly F, Lightburn E, Mahé A. Complications de la dépigmentation cosmétique en Afrique. *Med Trop* 2007 ; 67 : 627-34.
4. Morand JJ. Quelle est la place de la dermatologie dans les pays en développement ? *Ann Dermatol Venerol* 2007 ; 134, 517-9.



Forêt de baobab, Madagascar © Faucher O.