



Article original

Aspects Épidémiologiques de la Dermatite Atopique au CHU Borgou-Alibori de Parakou (Benin)

Epidemiological aspects of atopic dermatitis in Borgou-Alibori Teaching Hospital of Parakou (Benin)

Koudoukpo C¹, Akpadjan F², Agbessi N¹, Dégboé B², Nouhoumon G¹, Adégbidi H², Atadokpedé F², do Ango Padonou F².

1- Service de Dermatologie-Vénérologie, Faculté de Médecine, Université de Parakou, BP 123 Parakou, Bénin.

2- Service de Dermatologie-Vénérologie, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, 01 BP 188 Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant :

Koudoukpo C,
Université de Parakou
BP : 123, Parakou, Benin

Email : chkoudoukpo@yahoo.fr

Mots clés : incidence, dermatite atopique, milieu hospitalier, Bénin.

Keywords: incidence, atopic dermatitis, hospital setting, Benin.

RÉSUMÉ

Introduction. La dermatite atopique (DA) est une maladie cutanée inflammatoire dont la prévalence et l'incidence sont en augmentation. L'objectif de notre travail était de décrire les aspects épidémiologiques de cette pathologie au CHU Borgou-Alibori à Parakou (Bénin).

Patients et méthodes. Il s'agit d'une étude transversale rétrospective et descriptive, réalisée depuis 2009 année de création du service de dermatologie-vénérologie jusqu'en 2017. Tous les patients ayant un diagnostic de DA selon les critères de « United Kingdom Working Party » ont été inclus. Les patients ont été interrogés et examinés par les dermatologues du Service. Les données d'intérêt étaient épidémiologiques et cliniques. **Résultats.** L'incidence de la DA dans la population étudiée était de six cas par an. Le sex-ratio était de 0,57. Les enfants dominaient notre série (67,3%). 43 cas (78,2%) provenaient d'une zone urbaine. La notion d'asthme personnel a été retrouvée dans 16,4% des cas, de rhinite allergique personnelle et de conjonctivite allergique personnelle dans respectivement 14,5% et 5,4% des cas. La maladie a été attribuée aux facteurs climatiques par 3,6% des patients. Les différentes formes cliniques de DA relevées étaient l'eczéma vulgaire (65,4%), l'eczéma lichénifié (20,0%), l'eczéma impétiginisé (9,1%) et la chéilite atopique (5,5%). **Conclusion.** La DA est d'incidence faible dans notre population. Elle a une prédisposition génétique. Les facteurs déclenchants de cette pathologie demeurent mal connus dans notre milieu. De ce fait, des études approfondies sont nécessaires.

ABSTRACT

Introduction. Atopic dermatitis (AD) is an inflammatory skin disease with increasing prevalence and incidence. The objective of our work was to describe the epidemiological aspects of this pathology at Borgou-Alibori CHU in Parakou (Benin). **Patients and methods.** This was a cross-sectional, retrospective and descriptive study, carried out from the creation of the Department of Dermatology-Venerology in 2009, until 2017. All patients diagnosed with AD according to the United Kingdom Working Party criteria were included. Patients were interviewed and examined by the department dermatologist. Our data of interest were epidemiological and clinical. **Results.** The incidence of AD in the study population was six cases per year. Sex ratio was 0.57. Most patients were children (67.3%). 43 patients (78.2%) came from urban areas. A personal history of asthma was found in 16.4% of cases, personal allergic rhinitis and personal allergic conjunctivitis in 14.5% and 5.4% of cases, respectively. The disease was attributed to climatic factors by 3.6% of patients. The main clinical presentations of AD were: common eczema (65.4%), lichenified eczema (20.0%), impetiginized eczema (9.1%) and atopic cheilitis (5.5%). **Conclusion.** The incidence of AD is relatively low in our setting. There is a definite genetic predisposition. Many aspects related to the triggering factors of this condition are still unknown in our community. More studies are needed.

INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique à début précoce. La maladie débute le plus souvent dans l'enfance mais elle peut persister ou se déclarer à l'âge adulte. La DA constitue un fardeau de santé publique en raison d'une prévalence élevée dans les pays industrialisés [1]. La prévalence exacte de la maladie varie selon les études et son estimation reste difficile principalement en raison de

l'absence d'outils diagnostiques consensuels facilement utilisables dans les études populationnelles [1]. L'épidémiologie de la DA a considérablement évolué au cours des dernières décennies avec une émergence de données nouvelles [2]. L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques de la DA dans le Service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier

Universitaire des Départements du Borgou et de l'Alibori (CHUD-B/A) à Parakou (Bénin).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une étude transversale descriptive et rétrospective a été réalisée depuis la création du Service de Dermatologie – Vénérologie du CHUD-B/A entre 2009 à 2017. Les départements du Borgou et de l'Alibori sont situés dans la zone septentrionale-est du Bénin. La pollution atmosphérique liée aux gaz d'échappement des motocyclettes, voitures et camions y est moins importante que dans la capitale économique du Bénin, Cotonou, ville côtière du sud du pays. Le climat est de type tropical (climat sud soudanien), caractérisé par l'alternance d'une saison de pluie (de mai à octobre) et d'une saison sèche (de novembre à avril) [3,4]. C'est de décembre à janvier que l'on enregistre les températures les plus basses de l'année. La précipitation moyenne annuelle est de 1200 millimètres d'eau; le maximum survient entre juillet et septembre [5]. L'application de critères a été faite à travers l'interrogatoire et l'examen clinique. Tous les patients ont été examinés par les dermatologues du Service. Tous les nouveaux cas qui ont rempli les critères de diagnostic de la DA de la United

Kingdom Working party [6] ont été inclus dans l'étude. Les informations ont été collectées sur une fiche préétablie. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info (version 7.1.0.6). Les tests statistiques de χ^2 de Pearson ont été utilisés pour les proportions; les différences statistiques ont été considérées comme significatives lorsque $p < 0,05$. La confidentialité des données a été requise et les considérations éthiques et déontologiques ont été respectées.

RÉSULTATS

Incidence et caractéristiques sociodémographiques

Au total 3438 patients ont été admis en consultation dermatologique au CHUD-B/A sur la période d'étude (9 ans). Le diagnostic de DA a été retenu chez 55 patients. L'incidence de la DA était de 6 cas par an. La sex ratio était de 35/20 soit 0,57. L'âge des patients variait de 9 mois à 69 ans. Les enfants ($n = 39$) dominaient notre série (67,3%). S'agissant des adultes ($n = 16$), ceux de 21 ans au moins ($n = 16$) étaient les plus nombreux (32,7%). La figure 1 représente la distribution.

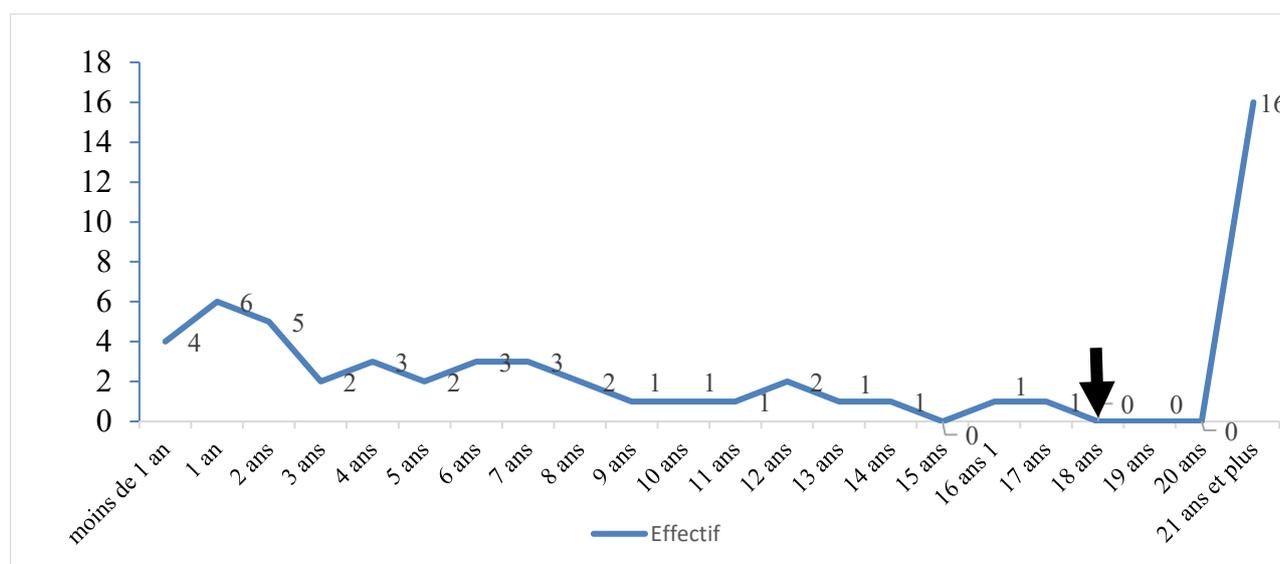


Figure 1 : Fréquence de la DA (CHUD-B/A, 2009 - 2017).

Résidence des patients

Parmi les patients atteints de la DA, 43 résidaient à Parakou (78,2%).

Tableau 1 : Fréquence de la DA en fonction de l'âge (en années) de début (CHUD-B/A, 2009 - 2017)

| | Nombre | Pourcentage |
|--------------|-----------|--------------|
| < 2 | 18 | 32,7 |
| [2 – 5[| 10 | 18,2 |
| [5 – 8[| 5 | 9,1 |
| [8 – 12[| 6 | 10,9 |
| [12 – 15[| 3 | 5,5 |
| [15 – 18[| 7 | 12,7 |
| ≥ 18 | 6 | 19,9 |
| Total | 55 | 100,0 |

Age de début de la maladie

L'âge de début de la maladie inférieur à 2 ans était celui du grand nombre des patients (tableau 1).

Antécédents personnels et familiaux de maladies allergiques

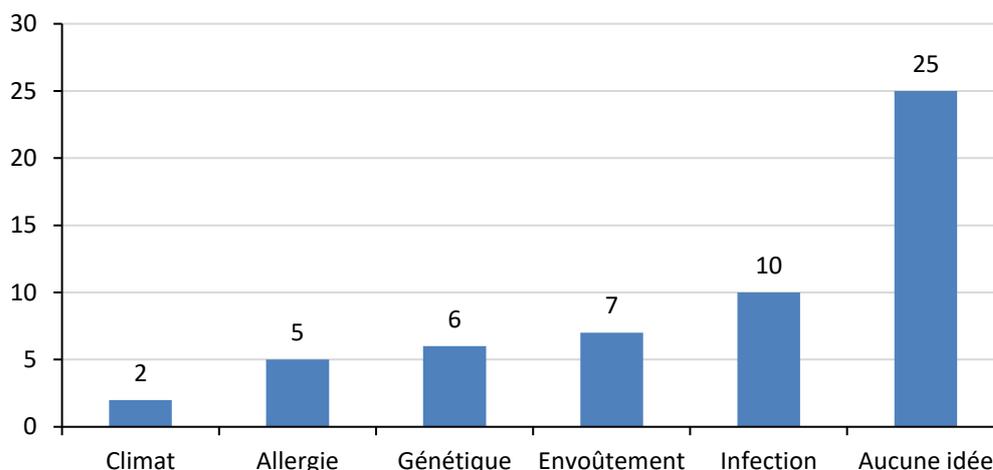
La notion d'asthme personnel a été retrouvée chez neuf patients (16,4%), la rhinite allergique chez huit d'entre eux (14,5%) et la conjonctivite allergique chez trois autres (5,4%). La répartition des 55 patients atteints de la DA en fonction antécédents familiaux de maladies allergiques est résumée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Fréquence la DA en fonction des antécédents familiaux (CHUD-B/A, 2009 -2017)

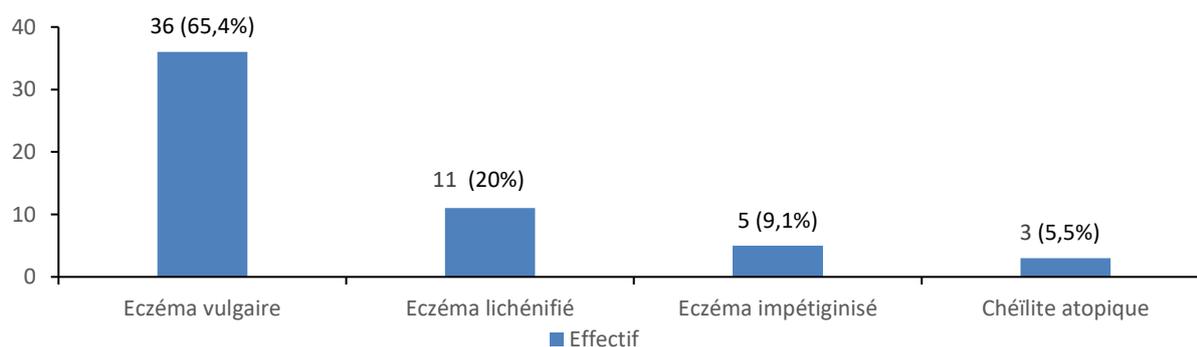
| | Lignée paternelle | | Lignée maternelle | |
|--------------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Asthme | 18 | 32,7 | 12 | 21,8 |
| Urticaire médicamenteux | 12 | 21,8 | 11 | 20,0 |
| Rhinite allergique | 8 | 14,5 | 11 | 20,0 |
| Conjonctivite allergique | 8 | 14,5 | 8 | 14,5 |
| Urticaire alimentaire | 7 | 12,7 | 5 | 9,1 |
| Dermatite atopique | 5 | 9,1 | 5 | 9,1 |
| Eczéma de contact | 3 | 5,4 | 4 | 7,3 |

Connaissances de la maladie par les parents et les patients

La plupart des patients n'avait aucune connaissance sur la maladie (45,5%) conformément à la figure 2.

**Figure 2 : Connaissances de la DA par les parents et patients (CHUD-B/A, 2009 - 2017)****Formes cliniques**

Les différentes formes cliniques de DA notées chez les patients ont été représentées dans la figure 4. L'eczéma vulgaire était la forme clinique la plus fréquente (65,4%).

**Figure 3 : Formes cliniques de la DA (CHUD-B/A, 2009 - 2017)****DISCUSSION**

L'incidence de la DA dans notre population d'étude était faible par rapport à l'étude d'Atadokpède *et al.* (5,5%) à Cotonou [7]. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que notre Service était récemment créé,

comparativement à celui de Cotonou. De ce fait, il n'était pas connu de la population ; d'autre part les critères diagnostiques utilisés n'étaient pas les mêmes. En effet le diagnostic de la DA a été basé dans notre étude sur les

critères cliniques du groupe de recherche britannique United Kingdom Working Party. L'application de ces critères dans les différentes communautés surtout en Afrique présente d'énormes difficultés diagnostiques [8]. Ces difficultés ont été également rencontrées dans notre étude à Parakou, entraînant l'élimination d'un nombre non négligeable de cas potentiels de DA due aux respects des critères United Kingdom Working Party. Les enfants étaient les plus nombreux dans notre étude (67,3%), ce qui a été révélé par de nombreux auteurs dans la littérature [9-11]. Atadokpèdè *et al.* [7] avaient trouvé dans leur étude que 48% des patients étaient âgés de moins de 15 ans. La majorité des patients dans notre étude ont débuté la maladie avant l'âge de 2 ans (32,7%). Selon Meneghini *et al.* [12], l'âge du début de DA se situe dans 95% des cas avant 5 ans. Un début moyen plus jeune à 14 mois a été retrouvé dans une étude tunisienne en 2014 [13]. Dans la série d'Atadokpèdè *et al.* [7], 25,7% des patients avaient débuté les manifestations avant l'âge de 2 ans. Par contre, pour Nnoruka *et al.* [14] au Nigéria, 51,3% des patients débutaient leur maladie avant l'âge de 10 ans. Dans notre série, nous avons relevé dans les antécédents, 16,4% d'asthme chez les patients, 14,5% de rhinite allergique et 5,4% de conjonctivite. Par contre les proportions de la maladie allergique chez les parents de premier rang dans notre série étaient respectivement 32,7%, 14,5% et 1,8% dans la lignée paternelle et 21,8%, 12,7% et 6,3% dans la lignée maternelle, pour l'asthme, la rhinite allergique et la DA. Ces résultats étaient largement supérieurs à ceux d'Atadokpèdè *et al.* [7] à Cotonou qui ont noté des proportions de maladies allergiques chez les parents de premier rang sans spécifier la parenté, soient 32,3% de DA, 40,1% de rhinite allergique et 49% d'asthme

REFERENCES

- Ezzedine K, Kechichian E. Epidémiologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol* 2017;144 : 4-7.
- Vos T, Flaxman AS, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M *et al.* Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96.
- Djohy GL, Edja AH. Effet de la variabilité climatique sur les ressources en eau et stratégies d'adaptation des éleveurs et maraîchers au Nord-Bénin. *Annales de l'Université de Parakou Série " Sciences Naturelles et Agronomie "*, Faculté d'Agronomie, Université de Parakou, 2018;8 (2):83-91
- Djohy GL. Vulnérabilité des ressources en eau aux changements climatiques et stratégies d'adaptation de maraîchers des zones urbaines et péri urbaines du nord Bénin. Rapport de recherche, Africain Climat change Fellowship Programme 2016 ; Parakou 59p.
- Gnanlé CP, Glèlè Kakaï R, Assogbadjo AE, Vodounon S, Yabi JA, Sokpo N. Tendances climatiques passées, modélisation, perception et adaptations locales au Bénin. *Climatologie* 2011;8 :16p.
- Williams HC, Burney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJ. The UK Working Party diagnostic critères for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994;131: 383-96.
- Atadokpèdè F, Yédomon H, Adégbidi H, Agbéssi N, Soumah H, Diane F *et al.* Aspects épidémiologiques de la

allergique. Cependant, ils étaient proches de l'étude de Singapour qui avait trouvé 17% de DA, 15% d'asthme, et 15% de conjonctivite et de rhinite allergique. La forme clinique de la DA la plus fréquente était l'eczéma vulgaire (65,4%). Cette prévalence se rapprochait de l'étude d'Atadokpèdè *et al.* [7] qui avaient trouvé une prévalence de 67,7% mais elle était inférieure aux 84,5% retrouvés dans l'étude de Tay *et al.* [15 12] à Singapour. Les autres aspects cliniques notifiés dans notre étude étaient l'eczéma lichénifié (20%), l'eczéma impétiginisé (9,1%) et la chéilite (5,5%). La majorité des patients (45,5%) n'avaient aucune objection sur les attributions de la maladie tandis que d'autres l'attribuaient à l'envoûtement (12,7%) et au climat (3,6%). Par contre dans l'étude d'Atadokpèdè *et al.* [7] 8,8% des patients l'attribuaient à un envoûtement.

CONCLUSION

Notre étude a montré une incidence relativement faible de la DA comparée à d'autres régions du monde. La principale forme clinique de la maladie était l'eczéma vulgaire. Des études ultérieures sur de grands échantillons ou multicentriques sont nécessaires pour élucider les facteurs déclenchants de cette affection qui restent mal connus dans notre milieu.

- dermatite atopique dans deux services de Dermatologie à Cotonou –Bénin. *Guinée Médicale* 2011 ;72 : 1-5.
- Chalmers DA, Todd G, Saxe N, Milne JT, Tolosana S, Ngcelwane PN *et al.* Validation of the UK Working Party diagnostic criteria for atopic eczema in a xhosa-speaking African population. *Br J Dermatol* 2007;156:111-6.
- Chehad AS, Mansoul T. La dermatite atopique de l'adulte. *Revue Algérienne d'allergologie* 2017 ;(2) : 15-7.
- Pleimes M, Schmed-Grendelmeier P, Weibel L, Zurich. La dermatite atopique de l'enfant. *Peadiatria* 2013;24(2) :21-4.
- Takeuchi YL, Christen-Zaeck S. Dermatite atopique de l'enfant: principes généraux de la prise en charge. *Rev Med Suisse* 2013 ; 9 : 712-7.
- Meneghini CL, Bonifazi E. Correlation between clinical and immunological findings in atopic dermatitis. *Acta Derm Venerol* 1985;114:140-2.
- Mahfoudh A, Zaraa I, Amara T, Zribi H, El Euch D, Mokni M, *et al.* Severe Childhood atopic dermatitis. *La Tunisie Médicale* 2014; 92(4): 249-52.
- Nnoruka EN. Current epidemiology of atopic dermatitis in south-eastern Nigéria. *Int J Dermatol* 2004; 43 (10):739-44.
- Tay YK, Khoo BP, Goh CL. The profile of atopic dermatitis in a tertiary dermatology out patient clinic in Singapore. *Int J Dermatol* 1999; 38(9):689-92.