

Research



La dépigmentation volontaire facteur de risque majeur des érysipèles des jambes en Afrique Centrale

Bangabiau Diwidi Kanda Théophile,  Longo-Mbenza Benjamin,  Mawalala Malengele Héritier,  Aliocha Kodila,  Mambueni Thamba Christophe

Corresponding author: Longo-Mbenza Benjamin, Université de Kinshasa, Faculté de Médecine, Kinshasa, République Démocratique du Congo. longombenza@gmail.com

Received: 19 Jan 2022 - **Accepted:** 03 Mar 2022 - **Published:** 24 Aug 2022

Keywords: Dépigmentation volontaire, érysipèle, dermohypodermite, mbasu, Kinshasa, Afrique Centrale

Copyright: Bangabiau Diwidi Kanda Théophile et al. PAMJ - One Health (ISSN: 2707-2800). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Bangabiau Diwidi Kanda Théophile et al. La dépigmentation volontaire facteur de risque majeur des érysipèles des jambes en Afrique Centrale. PAMJ - One Health. 2022;8(21). 10.11604/pamj-oh.2022.8.21.33368

Available online at: <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/8/21/full>

La dépigmentation volontaire facteur de risque majeur des érysipèles des jambes en Afrique Centrale

Voluntary depigmentation: a major risk factor for erysipelas of the legs in Central Africa

Bangabiau Diwidi Kanda Théophile^{1,&}, Longo-Mbenza Benjamin^{1,2,3,4}, Mawalala Malengele Héritier¹, Aliocha Kodila^{5,6}, Mambueni Thamba Christophe^{4,5}

¹Université de Kinshasa, Faculté de Médecine, Kinshasa, République Démocratique du Congo,

²Walter Sisulu University, Mthatha, South Africa,

³Université Président Joseph Kasa-Vubu, Kinshasa, République Démocratique du Congo, ⁴Lomo

University of Research, Kinshasa, Democratic Republic of Congo, ⁵Bureau Diocésain des Œuvres Médicales, Kinshasa, République Démocratique du Congo, ⁶Centre Médical Cite des Aveugles, Mont

Ngafula, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Congo

&Auteur correspondant

Longo-Mbenza Benjamin, Université de Kinshasa, Faculté de Médecine, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Résumé

Introduction: le phénomène de la dépigmentation volontaire est très répandu chez les populations noires d'Afrique subsaharienne ; les femmes seraient majoritairement concernées. Cette pratique est à la base de complications dermatologiques dont les érysipèles de dénommées aussi en langue vernaculaire « Mbasu » dans nos milieux. L'objectif était d'étudier les érysipèles ou dermohypodermite bactériennes superficielles en milieu hospitalier, afin d'étayer épidémiologiquement l'association avec la dépigmentation volontaire en vue de démontrer le rapport existant avec l'accroissement des cas de « grosse jambe rouge fébrile » ou « Mbasu » diagnostiqués dans nos milieux.

Méthodes: pour atteindre cet objectif, une étude rétrospective, transversale, à visée descriptive, a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés, du 31 mai 2016 au 31 mai 2017, dans le service des maladies infectieuses et dermatologie de l'Hôpital De Référence de Tala-Ngai, sis à **Brazzaville** BZV. La population d'étude était constituée par tous les patients hospitalisés dans le service pour une dermohypodermite bactérienne (DHB). Les analyses des données avaient été effectuées en IBM SPSS version 23.

Résultats: sur 45 patients hospitalisés pour DHB, il y avait une prédominance féminine dans 86,7% (n=39) des cas avec un âge moyen de 47 ans. Les facteurs de risque principal sur les 9 recensés était la dépigmentation volontaire (60%). Les antécédents de DHB bactérienne étaient retrouvés chez 10 (22,2%) patients. Les portes d'entrées retrouvées étaient des plaies traumatiques, 65,1% (n=30), des dermatoses excoriées 23,3% (n=10), des intertrigos interorteils 11,6% (n=5). La topographie de l'affection concernait le membre inférieur chez 44 patients (97,8%). Dans 2,2% de

cas soit chez 1 patient la localisation était au membre supérieur. La principale plainte à l'admission était la fièvre (95,6% ; n=43). La forme clinique la plus prédominante étaient la forme bulleuse avec 52,3% (n=24) des cas. Le traitement antibiotique par voie générale utilisé était l'association ceftriaxone et gentamycine dans 40,9%(n=19) des cas. L'évolution était favorable chez 43 patients (95,6%). L'évolution vers une forme nécrosante était constatée chez 1 patient (2,2%). **Conclusion:** la DCV est devenu un facteur de risque majeur des érysipèles des jambes dans nos pays d'Afrique centrale avec principale porte d'entrée, la plaie traumatique et l'évolution vers une forme nécrosante de la DHBS explique la dénomination de « Mbasu » donnée à cette affection.

English abstract

Introduction: Voluntary depigmentation is a widespread practice among black people (mainly women) in sub-Saharan Africa. This practice can cause dermatological complications including, in our setting, erysipelas, also known in vernacular language as "Mbasu". The objective of this study was to assess erysipelas or superficial bacterial dermohypodermatitis in hospitals, in order to support the epidemiological association between erysipelas and voluntary depigmentation and to demonstrate this existing relationship by an increase in cases of "big red febrile leg" or "Mbasu" diagnosed in our environment. **Methods:** we conducted a retrospective, cross-sectional, descriptive study collecting data from the medical records of patients hospitalized in the Department of Infectious Diseases and Dermatology of the Tala-Ngai Reference Hospital, BZV, from 31 May 2016 to 31 May 2017. The study population consisted of all patients hospitalized with bacterial dermohypodermatitis (DH) in the Brazzaville. Data were analyzed using IBM SPSS version 23. **Results:** the study involved 45 patients hospitalized with DH, with a female predominance (86,7%; n=39) and an average age of 47 years. The main risk

factor of the 9 identified was voluntary depigmentation (60%). A history of bacterial DH was reported in 10 (22.2%) patients. The entry sites included traumatic wounds (65.1%; n=30), excoriating dermatoses (23,3%; n=10), intertrigo intertrigos (11.6%; n=5). It affected the lower limb in 44 patients (97.8%). In 2.2% of cases (1 patient) it affected the upper limb. The main complaint at admission was fever (95.6%; n=43). The most predominant clinical type was the bullous type with 52.3% (n=24) of cases. Antibiotic treatment was based on ceftriaxone associated with gentamycin in 40.9% (n=19) of cases. The outcome was favorable in 43 patients (95.6%). Progression toward a necrotizing type was reported in 1 patient (2.2%). **Conclusion:** voluntary depigmentation has become a major risk factor for leg erythema in Central African countries, with traumatic wound as the main entry site and progression to necrotizing BDH. This explains the name given to the condition ("Mbasu).

Key words: Voluntary depigmentation, erysipelas, dermohypodermatitis, mbasu, Kinshasa, Central Africa

Introduction

Le phénomène d'éclaircissement de peau a pris beaucoup d'ampleur chez les populations noires d'Afrique subsaharienne avec plus de 60% d'utilisateurs. Les femmes sont majoritairement concernées dans une proportion allant de 25% à 90% dans la plupart des pays, mais même les hommes aussi en Afrique centrale [1,2]. Cette pratique, souvent désignée par le nom scientifique de « dépigmentation volontaire », est une pratique par laquelle une personne, de sa propre initiative, s'emploie à diminuer la pigmentation mélanique physiologique de sa peau [2]. La motivation généralement avancée est d'ordre esthétique ; leur peau leur paraissant plus « belle » quand elle est claire [1,2]. Quatre types de produits sont principalement utilisés dans cette pratique de la DV : l'hydroquinone, les

dermocorticoïdes, les dérivés mercuriels et des caustiques [1,2].

L'utilisation de ces produits, seuls ou en association, pendant de nombreuses années et sur de grandes surfaces corporelles, expose à des complications dermatologiques, voire systémiques [1,2]. L'érysipèle ou dermohypodermite bactérienne superficielle, est une infection multifactorielle dont la dépigmentation cosmétique volontaire est à ce jour retenue comme un des facteurs de risque en milieu urbain, en Afrique subsaharienne [3]. Sa forme topographique dite érysipèle de jambe, avec grosse jambe rouge fébrile [4,5] évolue souvent vers la suppuration, la nécrose profonde, puis l'ulcération (fasciite nécrosante) [3] ; ce qui lui vaut la désignation en langue vernaculaire de « Mbasu », un terme qui sous-entend le délabrement tissulaire terminal important qui l'accompagne [6]. L'objectif de ce travail est de d'étudier les érysipèles des jambes diagnostiqués en milieu hospitalier, afin d'étayer épidémiologiquement l'association avec la dépigmentation volontaire en vue de démontrer le rapport existant avec l'accroissement des cas de « grosse jambe rouge fébrile » ou « Mbasu », mystifié actuellement dans nos pays.

Méthodes

Nature, période et lieu d'étude : pour atteindre cet objectif, une étude rétrospective, transversale à visée descriptive, a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés, du 31 mai 2016 au 31 mai 2017, dans le service des maladies infectieuses et dermatologie de l'hôpital de référence de Talangaï, sis à Brazzaville. Le choix de ce site a été motivé par le fait que ce service assure la prise en charge de toutes les pathologies infectieuses et dermatologiques y compris les infections sexuellement transmissibles et est dirigé par un médecin spécialiste en dermatologie et vénérologie. La récolte des données fut menée par notre étudiante, originaire de Brazzaville, finaliste en médecine de l'Université Simon Kimbangu, qui

devait rédiger son TFE à défendre ensuite en vue de l'obtention du titre de docteur en médecine, chirurgie et accouchement.

Taille d'échantillon : l'échantillon était raisonné et exhaustive. La population d'étude était constituée par tous les patients hospitalisés dans le service pour une dermohypodermite bactérienne (DHB) étaient inclus dans l'étude les patients répondant aux critères suivants : patients dont le diagnostic de DNB non nécrosante avait été retenu et les patients âgés de 15 ans et plus.

Analyse statistique : l'analyse statistique était descriptive pour les fréquences (n=nombre) et les proportions (%). Les données récoltées étaient encodées à l'aide de Microsoft Office Excel 2016 et ensuite analysées par IMB SPSS version 23.

Considération éthique : après que le protocole a été approuvé par le comité éthique de Lomo University of Research, Kinshasa, République Démocratique du Congo, l'obtention des différentes autorisations administratives de l'arrondissement Talangai en Brazzaville ; le consentement verbal libre, signé et éclairé des patients, la présence étude a été réalisée dans le strict respect des recommandations de la déclaration d'Helsinki III.

Résultats

Au terme de cette étude, 45 malades hospitalisés pour DHB avaient été recensés sur un total de 99 malades hospitalisés dans le service pour un motif dermatologique pendant la période de l'étude, soit une prévalence de 44,1%. Parmi ces patientes, 39 patientes (86,7%) étaient de sexe féminin et 6 (13,3%) de sexe masculin soit un sex-ratio de 0,6 (Tableau 1). L'âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes allant de 23 ans à 75 ans. Les tranches d'âge les plus concernées sont celles comprises entre 25-34 ans et entre 45-54 ans (Tableau 1).

Le Tableau 2 montre que les facteurs de risque recensés étaient surtout la dépigmentation cutanée dans 60%, le lymphœdème dans 6,7% des

cas. Les antécédents de DHB étaient retrouvés chez 10 (22,2%) patients. Le Tableau 3 montre la porte d'entrée était en prédominance des plaies traumatiques avec 65,1% (n=30) des cas suivie des dermatoses excoriées dans 23,3% (n=10) et l'intertrigo interdigito-plantaire 11,6% (n=5).

Le Tableau 4 montre : 1) **formes cliniques :** les formes cliniques retrouvées étaient la forme bulleuse avec 52,3% (n=24) des cas, suivie de la forme érythémateuse avec 36,4% (n=16), la forme abcédée avec 6,8% (n=3), enfin la forme purpurique avec 4,5% (n=2) des cas. A) La forme bulleuse était caractérisée par de phlyctènes, bulles et/ou vésicules. B) La dermohypodermite bactérienne était localisée au membre inférieur chez 44 patients, soit 97,8% des cas. Dans 2,2% de cas soit chez 1 patient la localisation était au membre supérieur. C) La fièvre, comme plainte à l'admission, était présente chez 43 patients, soit 95,6% des cas; l'altération de l'état général était observée chez 9 patients (20%). 2) **Traitements :** le traitement antibiotique par voie générale utilisé en première intention était l'association ceftriaxone et gentamycine dans 40,9% (n=19) des cas suivis de celle de l'amoxicilline + l'acide clavulanique dans 34,1% (n=15) des cas, ensuite du ceftriaxone seule dans 18,2% (n=8) et amoxicilline seule 6,6% (n=3) des cas. Le traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire a été administré chez 5 patients, soit 11,11%, du fait de l'existence de facteurs de risque cardio-vasculaire. 3) L'évolution était favorable chez 43 patients soit un pourcentage de 95,6% marquée par la régression des lésions au prix d'une dyschromie résiduelle. L'évolution vers une forme nécrosante était constatée chez un patient soit un pourcentage de 2,2%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 jours avec des extrêmes entre 7 et 30 jours (Figure 1).

Discussion

Il ressort de la présente étude que l'érysipèle est une affection courante dans les pays d'Afrique centrale avec une prévalence observée de 44,1%.

Au Congo, les études hospitalières le place parmi le principal motif d'hospitalisation en dermatologie [7]. Dans les pays du nord, l'incidence de l'érysipèle est estimée à 10-100 cas pour 100 habitants par an [8]. Il s'avère aussi dans cette étude que les Érysipèles étaient plus fréquents chez la femme d'âge adulte, les tranches les plus affectées étant celles comprises entre 25-34 ans et entre 45-54 ans ; ceci avait déjà été rapporté par d'autres auteurs dans la littérature [9].

Les principaux facteurs de risque retrouvés dans notre étude sont la dépigmentation cutanée cosmétique, le diabète, la maladie cardiovasculaire avec ses signes cliniques de lymphœdème et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs ; ils avaient été aussi évoqués dans la littérature ivoirienne avec fréquences variées : - prise antérieure d'AINS 23,98%, - l'alcoolisme 22,62%, l'obésité 5,84%, - un épisode antérieur d'érysipèle 14,48%, - le diabète 13,12%, - le tabagisme 11,31%, - une maladie cardiovasculaire 9,95%, contre 6,7%, le VIH 9,90% et la dépigmentation cutanée volontaire a été observée dans 7,60% des cas [9,10]. La dépigmentation volontaire a été le facteur de risque le plus fréquent dans notre étude avec 60% des patients. Dans l'étude ivoirienne par contre, la DV se rangeait loin derrière les autres facteurs de risque (7,60%) [9].

Ceci peut s'expliquer par les pratiques de la dépigmentation cutanée différentes, sous un mode plus « intensif » dans les pays d'Afrique centrale que dans les pays de l'Afrique de l'Ouest [1,2,11]. En effet, l'utilisation intensive des dépigmentants repose souvent sur le mélange artisanal de plusieurs tubes de crème dermocorticoïde de niveau 4 (propionate de clobétasol à 0,05%) dans un pot de lait corporel contenant de l'hydroquinone [1,2]. Le « décapage » est une autre pratique de dépigmentation « à outrance », parfois ritualisée en Afrique centrale, faisant recours à des caustiques, notamment à l'approche d'un mariage

ou d'un baptême, pour susciter l'admiration des invités : « ateli ee ẫ » [1,2,11].

La dépigmentation cutanée des membres inférieurs est encore plus agressive : des produits de l'environnement domestique comme le liquide des vaisselles, dentifrice, défrisants, cristaux de soude, ciment, acide batterie, etc sont appliqués sur la peau pour obtenir une brûlure superficielle. Après cicatrisation de la brûlure, l'effet dépigmentant est entretenu par des applications régulières de dermocorticoïdes et d'hydroquinone [1,2].

Ainsi, en raison de l'atrophie cutanée avec amincissement de peau et vaisseaux fragilisées, de l'immunodépression cutanée, surviennent des conséquences médicales plus graves [1,2], comme les érysipèles en question. Les érysipèles de jambe comptent parmi les complications infectieuses fréquentes de la dépigmentation, consécutives à la pénétration par une porte d'entrée souvent traumatique des germes microbiens, en fait des bactéries [9].

Tuméfaction inflammatoire superficielle localisée fréquemment aux membres inférieurs, l'érysipèle peut se compliquer d'un grave processus suppuratif profond avec nécrose et ulcération nécrotique, faisant de cette maladie un véritable problème de santé publique [9]. L'évolution vers une forme nécrosante était constatée chez 1 patient dans la présente étude avec une proportion de 95,6% des cas de dermohypodermite bactériennes non nécrosantes (DHBNN) et 2,2% de dermohypodermite bactériennes nécrosantes (DHBN) et les fasciites nécrosantes (FN) (DHBN-FN). Dans l'étude ivoirienne, au contraire, il s'agissait de 48,42% de DHBNN contre 51,58% de DHBN-FN [9].

En effet, l'érysipèle représente la forme superficielle d'un groupe d'infections cutanées aiguës non suppuratives atteignant le derme et l'hypoderme impliquant les vaisseaux lymphatiques ; c'est la dermohypodermite bactérienne superficielle non nécrosante

(DHBSNN). La dermohypodermite bactérienne nécrosante s'accompagne elle de nécrose sans atteinte de l'aponévrose superficielle (DHBN) [12,13]. La fasciite nécrosante : s'accompagne de nécrose avec atteinte de l'aponévrose superficielle et/ou du fascia superficialis, pouvant s'étendre aux muscles s'ensuit une ulcération et un délabrement tissulaire important [12,13].

Peut-on alors déduire de ces considérations qu'il est normal que l'on puisse parler du nombre élevé des cas de « Mbasu » dans nos villes de Brazzaville et de Kinshasa. Ce terme en langue vernaculaire fait référence au délabrement tissulaire terminal qui accompagne la fasciite nécrosante. Selon la légende autour de « Mbasu », l'origine mystérieuse serait est en rapport avec un mauvais sort, un ensorcellement, bref un sortilège sous forme de poudre qui serait jeté par un ennemi, une rivale, qui aurait l'intention de nuire à sa vie. Il est, au contraire, l'aboutissement d'un processus inflammatoire infectieux de la jambe qui prend des allures inquiétantes d'une grosse jambe rouge fébrile qui évolue vers la nécrose et l'ulcération par négligence de la plaie initiale sur un terrain fragilise par le décapage et par l'immunodépression [9].

La prise en charge thérapeutique consistait dans l'administration par voie générale de l'association ceftriaxone et gentamycine en première intention suivi de l'amoxicilline + l'acide clavulanique. Dans l'étude ivoirienne au contraire, le traitement antibiotique par voie générale utilisé en première intention était l'amoxicilline + l'acide clavulanique dans 33,58% des cas suivi du ceftriaxone et de la gentamycine respectivement dans 28,05% et 24,43% des cas [9].

Conclusion

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer avec assurance que la DV est devenu un facteur de risque majeur des érysipèles des jambes en milieu urbain en Afrique centrale ; et que le « Mbasu »,

étiqueté abusivement comme ayant une origine mystérieuse, l'évolution vers est bel et bien une entité clinique bien identifiée, une forme évolutive nécrosante de la DHBS guérissable avec une bonne prise en charge médicale et chirurgicale en milieu hospitalier.

Etat des connaissances sur le sujet

- *Il est bien établi que le phénomène de la dépigmentation volontaire est très répandu chez les populations noires d'Afrique subsaharienne ; les femmes seraient majoritairement concernées.*

Contribution de notre étude à la connaissance

- *Les résultats de cette étude ont démontré pour la première fois une association significative entre la dépigmentation volontaire et l'accroissement des cas des érysipèles de grosse jambe rouge et fébrile culturellement appelée épiphénomène Mbasu en milieu hospitalier de Talangai, ville de Brazzaville, République du Congo.*

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflits d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux et figure

Tableau 1: caractéristiques générales des patients

Tableau 2: facteurs épidémiologiques

Tableau 3: répartition des patients hospitalisés pour dermohypodermite bactérienne en fonction de la porte d'entrée

Tableau 4: formes cliniques

Figure 1: leuco mélanodermie post cosmétique (A) et Dermohypodermite nécrosante bulleuse (B)

Références

1. Afssaps. Évaluation des risques liés à la Dépigmentation Volontaire. Octobre 2011.
2. Petit A. La dimension addictive de la dépigmentation volontaire. Rapport de Master Recherche 2 : Développement, Psychopathologie et Psychanalyse, Clinique transculturelle. Octobre 2007.
3. Diédhiou D, Leye MMM, Touré M, Boiro D, Sow D, Leye YM, Diouf SM, Ka-Cissé M. Dermohypodermite bactériennes à Dakar : rétrospective de 194 cas suivis en médecine interne à la clinique médicale II. *Cames Santé*. Juillet 2013;1(1): 31-35. **Google Scholar**
4. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Med Mal Infect*. 2000;30: 241-5.
5. Conférence de consensus. Érysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128: 463-82.
6. Bangabiau Théophile. Erysipèles de jambe. Notes de cours de dermatologie. 2015; p.44-45.
7. Mónica C, Isabel A. Erysipela. *Acta Med Port*. October 2005; 18(5): 385-93. **PubMed | Google Scholar**
8. Lenga Loumingou IA, Boumandouki P, Ntsiba H. Les érysipèles à Brazzaville : aspects étiopathogéniques, cliniques et évolutifs. *Ann Univ M Ngouabi*. 2008-2009;9-10(5): 15-19.
9. Zakra Daher Maruis, Kassi Komenan. Profil épidémioclinique des dermohypodermite bactériennes chez les patients hospitalisés dans le service de dermatologie-venerologie du CHU de Treichville de 2006 à 2015, 06/10/2016 UFR Sciences Médicales Abidjan. Abidjan.
10. Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané BF, Sangaré A, Niamba P *et al*. Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2015;142(11): 633-8. **PubMed | Google Scholar**
11. Gathse A, Obengui, Ibara JR. Motifs de consultations liées à l'usage des dépigmentants chez 104 utilisatrices à Brazzaville. *Bull Soc Pathol Exot*. 2005;98(5): 401-2.
12. Forli A. Dermo-hypodermite bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes du membre supérieur. *Chirurgie de La Main*. 2012;31(6): 271-86. **PubMed**
13. Chosidow O, Bourgault Villada T. Dermohypodermite bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. *Réanimation*. 2001;10(3) : 276-81.

Tableau 1: caractéristiques générales des patients

Variabes	Fréquences (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	39	86,7
Masculin	6	13,3
Tranches d'âge		
15-24 ans	1	2,2
25-34 ans	12	26,7
35-44 ans	7	15,6
45-54 ans	12	26,7
55-64 ans	5	11,1
> 64 ans	8	17,8

Tableau 2 : facteurs épidémiologiques

Variabes	N	%
Facteurs de risque		
Dépigmentation volontaire	27	60
Lymphœdème	3	6,7
Diabète	2	4,4
Insuffisance veineuse des membres inférieurs	2	4,4
Non signalés	11	24,4
Antécédents de DHB	10	22,2

Tableau 3: répartition des patients hospitalisés pour dermohypodermite bactérienne en fonction de la porte d'entrée

Type de porte d'entrée	n	%
Intertrigo interdigito-plantaire	5	11,6
Plaie Traumatique	30	65,1
Non retrouvée	10	23,3

Tableau 4: formes cliniques

Forme clinique	n	%
Forme bulleuse	24	52,3
Forme érythémateuse	16	36,4
Forme abcédée	3	6,8
Forme purpurique	2	4,5



Figure 1: A) leuco mélanodermie post cosmétique; B) dermohypodermite nécrosante bulleuse