Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques de la Bourbouille à Bamako : Une Étude Transversale de 216 Cas

Epidemiology, Clinical Presentation, and Management of Miliaria at Bamako: A Cross-Sectional Study of 216 Cases

Karambé T[1], Sissoko M[2], Konaté M[4], Coulibaly BN[2], Sylla O[2], Coulibaly BN[2], B Guindo[2], Keita S[2,3], Karabinta Y[2,3]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i9.7861

Affiliations
1. Hôpital Universitaire de Gabriel TOURE, Bamako, Mali,
2. Hôpital Universitaire de Dermatologie de Bamako, Bamako, Mali,
3. Médecine et Dentisterie, Faculté de Bamako, Bamako, Mali,
4. DGSHP, sous-direction de lutte contre les maladies (SDLM), programme national de lutte contre la lèpre (PNLL).

Auteur Correspondant
Dr Karambé Tènè, Chargée de recherche, CHU Gabriel TOURE,
Email : dr.tkarambe12@gmail.com
Tél : +223 72 18 37 14 Bamako Mali

Mots clés : Bourbouille, miliaire rubra, épidémiologie, clinique, enfant, Mali

Key Words: Miliaria rubra, prickly heat, epidemiology, clinical features, children, Mali

Article history
Submitted: 24 July 2026
Revisions requested: 5 August 2026
Accepted: 25 August 2026
Published: 30 August 2026

RÉSUMÉ

Introduction. La bourbouille, ou miliaire rubra, est une dermatose inflammatoire fréquente résultant de l'obstruction des canaux sudoripares avec rétention de la sueur, particulièrement répandue en milieu tropical. Au Mali, les données épidémiologiques sur cette affection demeurent limitées. Cette étude avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la bourbouille chez les patients suivis à l'unité de dermatologie du CHU Gabriel Touré de Bamako. **Méthode.** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive de janvier 2023 à décembre 2025, incluant tous les patients diagnostiqués avec une bourbouille cliniquement confirmée. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies sur fiches standardisées et analysées avec SPSS 27.0. **Résultats.** Sur 4 070 consultants, 216 cas de bourbouille ont été recensés (prévalence hospitalière de 5,3%). Les enfants de 1 à 4 ans étaient les plus touchés (31,5%), avec une prédominance féminine (63,9%, sex-ratio 1,76). La survenue était maximale en saison chaude (avril-juillet, pic en mai : 25,5%). Les facteurs associés étaient l'atopie (40,3%), la xérose (27,8%), le port excessif de vêtements (20,4%) et la dépigmentation (9,3%). La miliaire rubra était la forme clinique prédominante (60,1%) ; une surinfection bactérienne était présente dans 35,6% des cas. Les localisations principales étaient le tronc et les membres supérieurs (56,9%). Le prurit était constant (100%), la douleur présente dans 71% et la fièvre dans 54,8%. Tous les patients ont évolué favorablement sous traitement symptomatique, mais des récidives étaient observées chez les atopiques et les porteurs de vêtements synthétiques. **Conclusion.** La bourbouille est une dermatose fréquente en milieu tropical, touchant principalement les jeunes enfants en saison chaude. La prévention repose sur des mesures simples : hygiène, vêtements légers en coton, éviction de la chaleur excessive et des produits occlusifs.

ABSTRACT

Introduction. Miliaria (prickly heat) is a common inflammatory dermatosis resulting from obstruction of eccrine sweat ducts with sweat retention, particularly prevalent in tropical environments. In Mali, epidemiological data on this condition remain limited. This study aimed to describe the epidemiological, clinical, and therapeutic aspects of miliaria in patients followed at the dermatology unit of Gabriel Touré University Hospital in Bamako. **Method.** We conducted a retrospective descriptive study from January 2023 to December 2025, including all patients diagnosed with clinically confirmed miliaria. Sociodemographic, clinical, and therapeutic data were collected on standardized forms and analyzed with SPSS 27.0. **Results.** Among 4,070 consultants, 216 cases of miliaria were identified (hospital prevalence of 5.3%). Children aged 1-4 years were the most affected (31.5%), with a female predominance (63.9%, sex ratio 1.76). Occurrence peaked during the hot season (April-July, peak in May: 25.5%). Associated factors included atopy (40.3%), xerosis (27.8%), excessive clothing (20.4%), and skin depigmentation (9.3%). Miliaria rubra was the predominant clinical form (60.1%); bacterial superinfection was present in 35.6% of cases. Main locations were the trunk and upper limbs (56.9%). Pruritus was constant (100%), pain present in 71%, and fever in 54.8%. All patients improved with symptomatic treatment, but recurrences were observed in atopic patients and those wearing synthetic clothing. **Conclusion.** Miliaria is a frequent tropical dermatosis, mainly affecting young children during the hot season. Prevention relies on simple measures: hygiene, lightweight cotton clothing, avoidance of excessive heat and occlusive products.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet. La bourbouille, ou miliaire rubra, est une dermatose inflammatoire fréquente en milieu tropical liée à l'obstruction des canaux sudoripares, mais pour laquelle les données épidémiologiques restent encore limitées au Mali.

L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude rétrospective descriptive, menée de janvier 2023 à décembre 2025 à l'unité de dermatologie du CHU Gabriel Touré de Bamako, visait à décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la bourbouille chez tous les patients ayant un diagnostic cliniquement confirmé.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Sur 4 070 consultants, 216 cas de bourbouille ont été enregistrés (prévalence de 5,3 %), touchant principalement les jeunes filles de 1 à 4 ans durant la saison chaude, avec une nette dominance de la miliaire rubra prurigineuse compliquée dans un tiers des cas, et une guérison sous traitement symptomatique malgré un risque de récidive en cas d'atopie ou de port de vêtements synthétiques.

Les implications pour la pratique. Ces résultats soulignent l'importance des mesures préventives simples dans les régions tropicales : port de vêtements légers en coton, hygiène corporelle, aération des espaces de vie, et éviction des produits occlusifs. La sensibilisation des populations, en particulier des mères d'enfants jeunes, pourrait réduire la fréquence et les complications de cette affection. Des études prospectives sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention.

INTRODUCTION

La bourbouille, également appelée miliaire ou bouton de chaleur, est une dermatose inflammatoire fréquente résultant de l'obstruction des canaux sudoripares, entraînant une rétention de la sueur et une réaction inflammatoire cutanée (5,6). Elle se manifeste par des lésions prurigineuses, le plus souvent localisées sur les zones de transpiration abondante. Bien qu'elle puisse survenir à tout âge, elle touche principalement les nourrissons, notamment au cours des premières semaines de vie. Sa prévalence est estimée entre 4 et 9 % chez les nouveau-nés (2). Les principaux facteurs favorisants sont le climat chaud et humide, la transpiration excessive, le port de vêtements occlusifs ou synthétiques, l'application de produits gras sur la peau et la xérose cutanée. Plusieurs formes cliniques sont décrites selon le niveau d'obstruction des canaux sudoripares. La miliaire cristalline, la plus superficielle, se caractérise par de petites vésicules translucides disparaissant spontanément en quelques jours. La miliaire rubra, la forme la plus fréquente, se manifeste par des papules érythémateuses prurigineuses associées à une sensation de brûlure ou de chaleur. Plus rarement, la miliaire profonde provoque des papules fermes, souvent douloureuses, tandis que la miliaire pustuleuse est marquée par des pustules, généralement en rapport avec une surinfection bactérienne (1–3). La bourbouille est particulièrement fréquente dans les régions tropicales où les conditions climatiques favorisent sa survenue. Malgré cette fréquence, les données africaines, notamment maliennes, restent limitées. À notre connaissance, une seule étude a été consacrée à cette affection au Mali. La présente étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la bourbouille chez les patients pris en charge à l'unité de dermatologie du CHU Gabriel Touré de Bamako.

MÉTHODOLOGIE

Conception et site de l'étude

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive à l'unité de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) de Bamako, au Mali. Le CHU-GT est l'un des principaux centres de référence nationale pour la prise en charge des affections dermatologiques.

Période et population d'étude

L'étude a porté sur la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2025, soit une durée de trois ans. Ont été inclus tous les patients, quel que soit l'âge ou le sexe, ayant consulté pour une bourbouille cliniquement confirmée durant cette période et dont les dossiers médicaux étaient exploitables. Les patients dont les dossiers étaient incomplets ou ne permettaient pas de confirmer le diagnostic ont été exclus.

Définition et diagnostic

La bourbouille (miliaire) a été définie comme une dermatose inflammatoire liée à l'obstruction des canaux sudoripares, se manifestant cliniquement par des vésicules, des papules ou des pustules prurigineuses, siégeant préférentiellement sur les zones de transpiration abondante (tronc, cou, plis). Le diagnostic était exclusivement clinique, sans recours aux examens complémentaires biologiques ou histopathologiques.

Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et consignées sur une fiche d'enquête standardisée. Les variables étudiées comprenaient :

- Les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, lieu de résidence) ;
- Les données cliniques (facteurs favorisants, forme clinique, localisation des lésions, signes fonctionnels) ;
- Les données thérapeutiques (traitements institués, évolution, récidives).

Analyses statistiques

Les données ont été saisies sous Microsoft Word et analysées à l'aide des logiciels Microsoft Excel et IBM SPSS Statistics version 27.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages ; les variables quantitatives en moyennes, écarts-types et extrêmes. Aucun test de significativité n'a été réalisé en raison du caractère purement descriptif de l'étude.

Considérations éthiques

L'étude a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki. L'approbation du comité d'éthique institutionnel du CHU Gabriel Touré a été obtenue avant le début de l'étude. Les données ont été recueillies de manière anonyme, garantissant la confidentialité des

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

informations des patients. Le consentement éclairé n'a pas été requis en raison du caractère rétrospectif de l'étude.

RÉSULTATS

Prévalence et caractéristiques générales

Pendant la période d'étude, 216 cas de bourbouille ont été enregistrés parmi 4 070 consultants, soit une prévalence hospitalière de 5,30%. Le sexe féminin représentait 63,9% des cas (n=138) contre 36,1% (n=78) pour le sexe masculin, avec un sex-ratio de 1,76 en faveur des femmes.

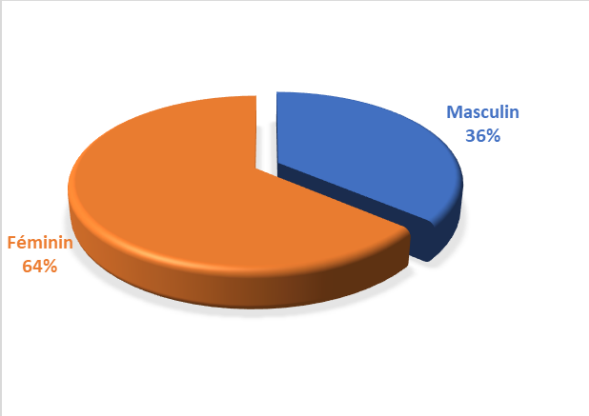

Figure 1 : répartition des patients par sexe

Répartition par âge

Les enfants étaient les plus touchés. La tranche d'âge de 1 à 4 ans regroupait 68 cas (31,5%), suivie de celle des 25-44 ans (14,8%, n=32) et des nourrissons de 29 jours à 11 mois (14,8%, n=32). Les autres tranches d'âge étaient moins représentées : 5-9 ans (9,7%), 10-14 ans (5,1%), 15-19 ans (5,6%), 20-24 ans (7,4%), 45-59 ans (6,5%), 60-79 ans (3,7%) et plus de 80 ans (0,5%). Un seul nourrisson de moins de 28 jours (0,5%) a été enregistré.

Tableau I : Répartition selon la tranche d'âge

Tranches âges	N	%
1 à 4 ans	68	31,5
10 à 14 ans	11	5,1
15 à 19 ans	12	5,6
20 à 24 ans	16	7,4
25 à 44 ans	32	14,8
29 jours à 11 mois	32	14,8
45 à 59 ans	14	6,5
5 à 9 ans	21	9,7
60 à 79 ans	8	3,7
8 à 28 jours	1	0,5
80 ans et plus	1	0,5
Total	216	100,0

Variation saisonnière

La survenue des cas était étroitement liée à la période chaude. Les mois d'avril, mai, juin et juillet ont enregistré la majorité des consultations, avec un pic en mai (55 cas ; 25,5%), suivi de juin (48 cas ; 22,2%), juillet (35 cas ; 16,2%) et avril (28 cas ; 13,0%). Les mois les moins touchés étaient janvier (2 cas ; 0,9%), février (4 cas ; 1,9%) et mars (10 cas ; 4,6%).

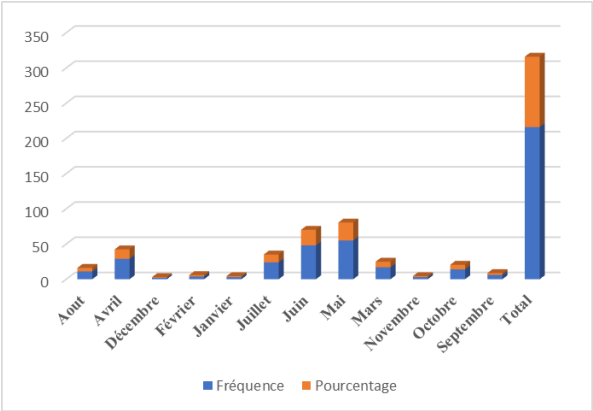

Figure 2 : répartition des patients selon le mois de consultation

Facteurs associés

Les principaux facteurs favorisants retrouvés étaient : l'atopie (40,3%, n=87), la xérose cutanée (27,8%, n=60), le port excessif de vêtements (20,4%, n=44), la dépigmentation cutanée (9,25%, n=20), le changement de cosmétique (4,62%, n=10), le diabète de type 1 (3,7%, n=8), l'infection par le VIH (2,3%, n=5) et la malnutrition (0,9%, n=2).

Tableau II : Répartition selon les Facteurs associés

Facteurs associés	N	%
Atopie	87	40,3
Dépigmentation	10	4,62
Diabète type 1	8	3,7
Malnutrition	2	0,9
Changement de cosmétique	10	4,62
Port excessive d'habit	44	20,4
Peau sèche	60	27,8
VIH 1	5	2,3
Total	216	100,0

Formes cliniques et complications

La miliaire rubra était la forme clinique la plus fréquente (60,1%, n=130), suivie de la miliaire profonde surinfectée (35,6%, n=77). Les formes cristalline et pustuleuse étaient plus rares. Une surinfection bactérienne était donc présente chez plus d'un tiers des patients.

Localisations et signes fonctionnels

Les lésions étaient principalement localisées au niveau du tronc (poitrine, abdomen, dos) et des membres supérieurs, retrouvées chez 123 patients (56,9%). Les localisations au dos et à la poitrine représentaient 32,4% (n=70), la poitrine et l'abdomen 3,2% (n=7), et le visage associé au tronc 3,2% (n=7). Les localisations isolées au visage, aux grands plis ou aux membres inférieurs étaient rares.

Le prurit était constant (100% des patients). La douleur était rapportée par 71% (n=153) et la fièvre par 54,8% (n=118).

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Tableau III : Répartition selon la localisation

Localisations des lésions	N	%
Dos et poitrine	70	32,4
Généralisées	2	,9
Grands plis	1	,5
Ms + mi	2	,9
Poitrine	2	,9
Poitrine + abdomen	7	3,2
Poitrine, abdomen et bras (tronc)	123	56,9
Visage	1	,5
Visage + cou	1	,5
Visage+ dos et poitrine	7	3,2
Total	216	100,0

Prise en charge et évolution

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement avec une évolution favorable. La prise en charge reposait principalement sur des mesures antiseptiques (solution de Dalibour) associées à l'oxyde de zinc, aux dermocorticoïdes et aux antihistaminiques selon les indications.

Des récidives ont été observées chez certains patients, notamment ceux portant des vêtements en polyester (plus de 80% des récidivistes), les sujets atopiques (60% des récidivistes) et les patients diabétiques (40% des récidivistes).

Figure 3 : Lésions cutanées liées à la bourbouille

DISCUSSION

Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) de Bamako, au Mali. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les cas de bourbouille (miliaire) diagnostiqués durant la période allant du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2025, soit une durée de trois ans. Le diagnostic de la bourbouille reposait essentiellement sur les données cliniques, sans recours aux examens complémentaires biologiques ou histopathologiques.

Données épidémiologiques et sociodémographiques

Au terme de notre étude, nous avons recensé 216 cas de bourbouille parmi 4 070 consultants, soit une prévalence hospitalière de 5,30 %. Cette fréquence témoigne du caractère fréquent de cette dermatose en milieu tropical. Elle est supérieure à celle rapportée par *Dicko AA et al*. à Bamako, qui avaient retrouvé une prévalence de 0,7 % (4). Cette différence pourrait s'expliquer par la période d'étude, la durée de suivi, mais également par la position du CHU Gabriel Touré comme centre de référence accueillant des patients provenant de différentes régions du Mali.

Les enfants constituaient la population la plus touchée dans notre série, particulièrement la tranche d'âge de 1 à 4 ans (31,5 %). Ce résultat rejoint celui de *Dicko AA et al.*, qui avaient observé une prédominance chez les jeunes enfants avec 41,9 % des cas chez les moins de deux ans (4). Cette fréquence élevée chez l'enfant pourrait être expliquée par l'immaturité des mécanismes de régulation thermique et la susceptibilité accrue à l'obstruction des canaux sudoripares. Une prédominance féminine a été observée dans notre étude avec 63,9 % des cas, soit un sex-ratio de 1,76. Ce résultat est comparable à celui rapporté par *Dicko AA et al*. au Mali, qui avaient retrouvé une prédominance féminine de 81 % (4). Cette différence pourrait être liée aux habitudes vestimentaires, notamment le port de vêtements plus couvrants chez certaines femmes, favorisant l'occlusion cutanée et la rétention de sueur.

La majorité des cas était observée durant la saison chaude, particulièrement aux mois de mai (25,5 %) et juin (22,2 %). Cette variation saisonnière confirme le rôle déterminant du climat chaud dans la survenue de la bourbouille. Des observations similaires ont été rapportées par *Dicko AA et al*., avec un pic de fréquence au mois de juin (37 cas) (4).

Facteurs favorisants

Dans notre série, les principaux facteurs associés étaient l'atopie (40,3 %), la xérose cutanée (27,8 %), le port excessif de vêtements (20,4 %) et la dépigmentation cutanée (9,25 %). Ces facteurs ne sont pas toujours décrits comme des causes directes dans la littérature, qui incrimine principalement la chaleur, l'humidité, la transpiration excessive et l'occlusion cutanée (1–3). Toutefois, ils pourraient favoriser la survenue ou aggraver les manifestations cliniques de la maladie.

Aspects cliniques

Sur le plan clinique, la miliaire rubra était la forme la plus fréquente dans notre étude (60,1 %), suivie de la miliaire profonde surinfectée (35,6 %). Cette distribution diffère de celle rapportée par *Dicko AA et al*., qui avaient retrouvé une prédominance de la miliaire cristalline (79,5 %), suivie des formes rubra et profonde (20,4 %) (4). Cette différence pourrait être liée au fait que les formes superficielles de miliaire évoluent souvent spontanément et peuvent être moins représentées dans les consultations spécialisées, contrairement aux formes inflammatoires ou compliquées.

Le taux de surinfection observé dans notre étude (35,6 %) est proche de celui rapporté par *Dicko AA et al*. (37,6 %)

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

(4). Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le climat chaud, la macération cutanée et le grattage favorisant la colonisation bactérienne.

Les lésions étaient principalement localisées au niveau du tronc et des membres supérieurs (56,9 %). Ce résultat diffère de celui rapporté par *Dicko AA et al*., qui observaient une prédominance des localisations céphaliques et cervicales (91,3 %) suivies du tronc (88,1 %) (4). Les principaux signes fonctionnels retrouvés dans notre série étaient le prurit (100 %), la douleur (71 %) et la fièvre (54,8 %).

Prise en charge thérapeutique

Tous les patients de notre étude ont bénéficié d'un traitement médical avec une évolution favorable. La prise en charge reposait principalement sur des mesures antiseptiques, notamment la solution de Dalibour, associées selon les cas à l'oxyde de zinc, aux dermocorticoïdes et aux antihistaminiques. Ces modalités thérapeutiques sont similaires à celles rapportées dans l'étude de *Dicko AA et al*. (4).

Des récidives ont cependant été observées chez certains patients, notamment ceux portant des vêtements en polyester, les sujets atopiques et les patients diabétiques. Ces situations soulignent l'importance des mesures préventives, notamment l'utilisation de vêtements légers et adaptés au climat tropical.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective menée au CHU Gabriel Touré de Bamako, portant sur 216 cas de bourbouille (miliaire sudorale) parmi 4 070 consultants, confirme la fréquence élevée de cette dermatose en milieu tropical (prévalence hospitalière de 5,3%). La nette prédominance infantile (1-4 ans : 31,5%) et féminine (63,9%, sex-ratio 1,76) souligne la vulnérabilité des jeunes enfants, dont les glandes sudoripares sont immatures, et l'influence des facteurs socioculturels et vestimentaires. La survenue saisonnière, avec un pic en mai-juin (47,7% des cas), atteste du rôle déterminant de la chaleur et de l'humidité dans la physiopathologie. La miliaire rubra (60,1%) et les surinfections bactériennes (35,6%) constituent les principales formes cliniques et complications, justifiant une prise en charge symptomatique associant antiseptiques, dermocorticoïdes et antihistaminiques selon les indications. Les facteurs associés — atopie (40,3%), xérose (27,8%) et port excessif de vêtements (20,4%) — sont des cibles privilégiées pour la prévention. Cette dernière, fondée sur des mesures simples adaptées au contexte tropical (port de vêtements légers en coton, hygiène corporelle, aération, éviction des produits occlusifs), constitue le pilier de la lutte contre cette affection. La sensibilisation des populations, en particulier des mères d'enfants jeunes, pourrait réduire significativement la morbi-morbidité liée à la bourbouille et ses complications. Des études prospectives multicentriques, incluant une caractérisation microbiologique des surinfections, sont nécessaires pour affiner les stratégies préventives et thérapeutiques.

DÉCLARATIONS

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres.

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki. L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

RÉFÉRENCES

1. Dr Sandra Brancato et Dr Andréas Werner, " Boutons de chaleur, comment les reconnaitre et s'en débarrasser ? (archve)", sur www.mpedia.fr, 21 février 2023 (consulté le 3 juin 2025)
2. Shinjita Das, MD MPH, Massachusetts General Hospital. Reviewed ByJoseph F. Merola, MD, MMSc, UT Southwestern Medic al Center Vérifié/Révisé mars 2024. MSD Manuals. https://www.msdmanuals.com Troubles sudoraux
3. Jeanne Mager Stellman, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, vol. 2, Organisation internationale du travail, 1er janvier 2000, 4838 p. (ISBN 978-92-2-209815-6, lire en ligne archive), p. 4211.
4. Traore A, ¬" Miliaires sudorales (archive)" , sur www.therapeutque-dermatologie.org, Thérapeutique Dermatologique, 24 février 2005 (consulté le 23 janvier 2015).
5. Garnier et Delamare, Dictionnaire des termes techniques de médecine, Maloine, 1974,19e éd.,1215p., page 667.
6. Dicko Adama A, Savané M, Guindo B, Gassama M, Karabinta Y, T Koreissi, Faye O. Miliaire sudorale à l'hopitalde dermatologie de Bamako (Mali). Annales de Dermatologie et de Vénéréologie – FMC. Volume 1, numéro 8, supplément 1, décembre 2021, page A256. https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.241

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license