### Volume 14, Supplement 2, November 2023 p. 25 - 56

Issue online since Saturday NOVEMBER 05 2023

ISSN: 2956-7904

DOI: 10.7241/ourd

### Notre

# Dermatologie en ligne

www.odermatol.com



- Maladies systémiques à expression cutanée et infection à VIH sur peaux foncées : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques à Abidjan (Côte d'Ivoire)
- Prevalence et impact psychologique de l'acne en milieu scolaire de Kinshasa, Republique Democratique du Congo
- Les chéloïdes neuves traitées par la bléomycine en infiltration intra-lésionnelle chez des patients dans un pays ouest africain : Les résultats de l'expérience guinéenne (Conakry)
- Histoplasmose africaine chez un enfant en Guinee : a propos d'un cas
- Psoriasis de l'enfant : À propos d'un cas observe dans le service de dermatologie du CNHU-HKM de Cotonou
- Quand la dermoscopie éclaire le diagnostic du lupus du cuir chevelu

Supplement 2/2023

### **Editorial Pages**

e-ISSN: 2956-7904 DOI: 10.7241/ourd

Quarterly Our Dermatol Online published since 01/06/2010 years

### www.odermatol.com

**Editor in Chief:** 

Piotr Brzeziński, MD Ph.D

Address:

ul. Orlat Lwowskich 2, 76200 Słupsk, Poland tel. 48 692121516, fax. 48 598151829 e-mail: brzezoo77@yahoo.com

Publisher:

ODO Publishing House

Address:

ul. Orlat Lwowskich 2, 76200 Słupsk, Poland tel. 48 692121516, fax. 48 598151829 e-mail: odermatol@yahoo.com

#### **Associate Editor:**

Ass. Prof. Vikash Paudel, MBBS, MD (Nepal)

#### Indexed in:

Universal Impact Factor for year 2012 is = 0.7319 system of opinion of scientific periodicals INDEX COPERNICUS (100.00) (Academic Search) EBSCO (Academic Search Premier) EBSCO MNiSW-Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (20.00)

DOAJ (Directory of Open Acces Journals)

Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER), Google Scholar, Open J-Gate, NewJour,
International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), Genamics JournalSeek, Hinari,
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), WorldCat, e -journal, WorldWideScience.org, National Science Library,
LibSearch, Sciencegate, Virtual Science Library (VSL), Wanfang Data, COnnecting REpositories (CORE),
CAB Abstracts, Global Health, Journal Indexed in Directory of Research Journals Indexing,
OAIster: The Open Access Initiative, OAJSE - Open Access Journals Search Engine, Scirus

**Previous website:** issue 1.2010

since issue 2.2010 to issue 3.2011

since issue 4.2011

**Previous shortcut:** since issue 1.2010 to issue 3.2011

since issue 4.2011

**Previous ISSN:** 2081-7904

www.ndermatol.like.pl www.odermatol.like.pl www.odermatol.com N Dermatol Online

Our Dermatol Online

### Open access journal:

This is an open access journal which means that all content is freely available without charge to the user or his/her institution. Users are allowed to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the fullor texts of the articles in this journal without asking prior permission from the publisher or the author.

Our Dermatology Online is a international journal that publishes original contributions in the field of dermatology, including papers on biochemistry, morphology and immunology of the skin.

The journal is among the few not related to dermatological associations or belonging to respective societies which guarantees complete independence. Offers a platform for review articles in areas of interest for dermatologists.

OurDermatologyOnline offers article in English as well as in other languages. This is in accordance with the BOAI definition of open access.

#### **Editorial Board**

Abdel-Naser, Mohamed Badawy, Prof. (Egypt)

Abdul-Lateef Mousa Haider, MD (Iraq)

Al Aboud Khalid, MD (Saudi Arabia)

Al-Kamel Mohamed A., MD (Yemen)

Al-Mashaleh Manal Sulaiman, MD (Jordan)

Abreu-Velez Ana Maria, Prof. (USA)

Adaskevich Uladzimir, Prof. (Belarus)

Aghaei Shahin, Ass. Prof. (Iran)

Akpaka Patrick Eberechi, Prof. (Trinidad and Tobago)

Amichai Boaz, MD (Israel)

Arakelyan Hayk S. Prof. (Armenia)

Arenas Roberto, Prof. (Mexico)

Arif Tasleem, MD (India)

Asuquo Maurice Efana, Prof. (Nigeria)

Auto James, Ass. Prof. (Solomon Islands)

Fatou Barro-Traoré, Prof. (Burkina Faso)

Christian Muteba Baseke, MD (Democratic Republic of

the Congo)

Beigi Pooya Khan Mohammad, Prof. (Canada)

Bharti Rakesh, MD (India)

Bonifaz Alexandro, Prof. (Mexico)

Borowska Katarzyna, Ass. Prof. (Poland)

Bouadjar Bakar, Prof. (Algeria)

Bukhari Iqbal A., Prof. (Saudi Arabia)

Cabo Horacio, Prof. (Argentina)

Chamcheu Jean Christopher, Ph.D (USA)

Chang Patricia, MD Ph.D (Guatemala)

Chihanga Simon, MD (Botswana)

Choon Siew Eng, MD (Malaysia)

Chuh An Tung Antonio, Prof. (Hong Kong)

Crump Vincent, MD (New Zealand)

Daboul Mohamed Wael, MD (Syria)

Daisley Hubert, Prof. (Trinidad and Tobago)

Darlenski Razvigor, MD Ph.D (Bulgaria)

Dobrev Hristo, Prof. (Bulgaria)

Doganay Mehmet, Prof. (Turkey)

Dong Huiting, Prof. (China)

Dori Geme Urge, PhD (Ethiopia)

Draganita Ana Maria, MD PhD (Romania)

Drljević Irdina, MD, Ph.D. Ass. Prof. (Bosnia and

Herzegovina)

Dubakienė Rūta, Prof. (Lithuania)

Edwards Carl, Ass. Prof. (USA)

Elhassan Elizabeth, MD (Senegal)

Farkas Arpad, MD PhD (Hungary)

Fernandez-Flores Angel, MD Ph.D (Spain)

Fortuna Giulio, Ass. Prof. (USA)

Gómez Cuevas Alina, Prof. MD (Nicaragua)

Grattan Clive (United Kingdom)

Grivcheva-Panovska Vesna, Prof. (Macedonia)

Guzmán Antonio, MD (Paraguay)

Hashimoto Takashi, Prof. (Japan)

Hassan Iffat, Prof. (India)

Hegyi Vladimir, Prof. (Slovakia)

Hidalgo-Matlock Benjamin, MD (Costa Rica)

Janjua Shahbaz, MD (Pakistan)

Jeseňák Miloš, Ass. Prof. (Slovakia)

Jeewon Rajesh, Ph.D. (Mauritius)

### Jordán Rodriguez Ramiro, Prof. (Bolivia)

Julian Rolando, Prot. (El Salvador)

Kaszuba Andrzej, Prof. (Poland)

Kaštelan Marija, Prof. (Croatia)

Katsambas Andreas, Prof. (Greece)

Katsanibas Andreas, Prof. (Greece)

Kazlouskaya Viktoryia, Ass. Prof. (USA)

Khawaja Shakeel Ahmed, PhD (Eritrea)

Kibbi Abdul-Ghani, Prof. (Lebanon)

Kossi Metowogo, Ph.D (Togo)

Kuiate Jules-Roger, Prof. (Cameroon)

Lan Cheng-Che E., Ass. Prof. (Taiwan)

Lopez-Granja Jorge, MD (Belize)

Lotti Torello, Prof. (Italy)

Maibach Howard I., Prof (USA)

Maio Paula, MD (Portugal)

Mekokishvili Lali, Prof. (Georgia)

Mikkelsen Carsten Sauer, MD (Denmark)

Mourad Mokni, Prof. (Tunisia)

Mota Luiz Alberto Alves, Prof. (Brazil)

Mrisho Fatma, MD (Tanzania)

Muvunvi Claude Mambo, MD (Rwanda)

#### Ndugwa Christopher, Prof. (Uganda)

Nedelciuc Boris, Ass. Prof. (Moldova)

Nhlengethwa Winnie, Prof. (Swaziland)

Nigam Pramod Kumar, Prof. (India)

Nikolic Milos, Prof. (Serbia)

Nowicki Roman, Prof. (Poland)

Nwabudike Lawrence Chukwudi, MD Ph.D

(Romania)

### Olszański Romuald, Prof. (Poland)

### Oranje Arnold, Prof. (Netherlands)

Parajuli Sudip, MD (Nepal)

Parvin Rukhsana, MD (Bangladesh)

du Plessis Jeanetta, Prof. (South Africa)

Puri Neerja, MD (India)

Pusahai-Riman Paula, BSc, MS (Papua New Guinea)

Riedl Elisabeth, Ass. Prof. (Austria)

Ríos Yuil José Manuel, Prof. (Panama)

Rubio-Texeira Marta Ph.D. (Belgium)

Rusnak Martin, Prof. (Slovakia)

Sayad Ibrahim, Prof. (Kuwait)

Sharquie Khalifa E., Prof. (Iraq)

Shawa Mary, MD (Malawi)

Shkilna Mariia, MD Ph.D (Ukraine)

Sinclair Rodney Daniel, Prof. (Australia)

### **Editorial Board**

Singh Harjeet, MD (Qatar) Slavic Vjerolsva, MD PhD (Montenegro) Srinivasan Sundaramoorthy, Prof. (India) Sumathipala Gayan Saranga, MD (Sri Lanka) Tapia Felix J., Ass. Prof. (Venezuela) Tatu Alin, MD (Romania) Tincopa-Wong Oscar Wilfredo, MD (Peru) Tresh Amani, MD (Libya) Uraga Pazmiño Enrique, MD (Ecuador) Usha Rani Anaparthy, Prof. (India)
Valdebran Manuel, MD (Dominican Republic)
Win Oo Soe, MD (Myanmar)
Wollina Uwe, Prof. (Germany)
Wortsman Ximena, Ass. Prof. (Chile)
Yamamoto Toshiyuki, Prof. (Japan)
Yuil de Ríos Emma, MD (Panama)
Zabielski Stanisław, Prof. (Poland)
Zawar Vijay, Prof (India)

### **Contents**

Original Articles	
Systemic diseases with cutaneous expression and HIV infection in dark skin: Epidemiological and therapeutic aspects in Abidjan (Ivory Coast)	25
Prevalence and psychological impact of acne in schools in Kinshasa, Democratic Republic of Congo.	32
Alan Mihigo Nduhura, Tharcisse Kayembe, Lydie Joelle Seudjip Nono, Paulo Bunga Muntu	
New keloids treated with bleomycin intra-lesional infiltration in patients in a West African country: Resultats of the Guinean experience (Conakry)	41
CASE REPORTS	
African histoplasmosis in a child in Guinea: About a case	46
Chilhood psoriasis: About one case observed in the dermatology unit at the CNHU-HKM of Cotonou	50
Peggy Mboli-Goumba Guérendo, Boh Fanta Diané, Nadège Agbessi Mekoun, Fabrice Akpadjan, Bérénice Dégboé, Christiane Koudoukpo	
CASELETTER	
When Dermoscopy enlightens the diagnosis of scalp lupus	54



# Systemic diseases with cutaneous expression and HIV infection in dark skin: Epidemiological and therapeutic aspects in Abidjan (Ivory Coast)

Sarah Hamdan Kourouma, Koffi Kouamé Pacôme Gbandama, Yao Isidore Kouassi, Ange-Sylvain Allou, Kaunan Leslie-Wilfried Gbonangbo Amani, Kouamé Alexandre Kouassi, Kanga Kouamé, Mamadou Kaloga, Kouadio célestin Ahogo, Elidjé Joseph Ecra, Ildevert Patrice Gbery, Abdoulaye Sangaré

Dermatology and Venereology Department, University Hospital Center of Treichville, Abidjan, Ivory Coast

Corresponding author: Sarah Hamdan Kourouma, MD, E-mail: sarambilal@yahoo.fr

### **ABSTRACT**

Objective: The objective of the study was to describe the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects of systemic diseases (SD) with cutaneous expression associated with HIV infection and to identify the circumstances of their occurrence. Patients and methods: This were a cross-sectional, descriptive, and analytical study of the records of patients hospitalized or followed up at the Voluntary Counselling and Testing Unit (VCT) of the Dermatology Department of the University Hospital of Treichville, from January 2005 to December 2014. Results: We recorded 63 patients with MS during this period, 13 of whom were HIV positive (20.6%). MS of HIV positive patient was more frequent after 24 years (mean age: 49.5 years) and a male predominance (58.3%). HIV 1 was involved in all cases with a mean CD4 count of 190/mm3 [18-521] at diagnosis of MS. HIV-associated MS were psoriasis (7 cases), cutaneous lymphoma (2 cases), Goujerot-Sjögren syndrome (1 case), pyoderma gangrenosum (1 case), systemic scleroderma (1 case) and sarcoidosis (1 case). They were circumstances of discovery of HIV infection in 7 cases, expression of therapeutic failure in 3 cases and expression of an immune restoration syndrome in 3 cases. The 13 patients received concomitant antiretroviral treatment and the specific treatment of the systemic pathology associated with an anti-inflammatory in some cases. Conclusion: The association of MS and HIV infection is rare. Their etiologies are dominated by psoriasis in Abidjan. A well-conducted interrogation to determine the chronology of events, assisted by biological examinations, allows the circumstance of occurrence to be identified.

Key words: Autoimmune diseases, HIV Infection, Epidemiology, Black persons

How to cite this article: Kourouma HS, Gbandama KKP, Kouassi YI, Allou AS, Amani KLWG, Kouassi KA, et al. Systemic diseases with cutaneous expression and HIV infection in dark skin: Epidemiological and therapeutic aspects in Abidjan (Ivory Coast). Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):25-31.

**Submission:** 11.04.2023; **Acceptance:** 29.07.2023



# Maladies systémiques à expression cutanée et infection à VIH sur peaux foncées : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Sarah Hamdan Kourouma, Koffi Kouamé Pacôme Gbandama, Yao Isidore Kouassi, Ange-Sylvain Allou, Kaunan Leslie-Wilfried Gbonangbo Amani, Kouamé Alexandre Kouassi, Kanga Kouamé, Mamadou Kaloga, Kouadio célestin Ahogo, Elidjé Joseph Ecra, Ildevert Patrice Gbery, Abdoulaye Sangaré

Dermatology and Venereology Department, University Hospital Center of Treichville, Abidjan, Ivory Coast

Corresponding author: Sarah Hamdan Kourouma, MD, E-mail: sarambilal@yahoo.fr

### **RÉSUMÉ**

Objectif: l'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des maladies systémiques (MS) à expression cutanée associées à l'infection à VIH et identifier les circonstances de survenue. Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique portant sur les dossiers de malades hospitalisés ou suivis à l'Unité de Conseil et Dépistage volontaire (CDV) du service de Dermatologie du CHU de Treichville, de Janvier 2005 à Décembre 2014. Résultats: Nous avons enregistré 63 patients atteints de MS durant cette période dont 13 séropositifs au VIH (20,6%). Les MS du patient VIH positif étaient plus fréquentes après 24 ans (âge moyen: 49,5 ans) et une prédominance masculine (58,3%). Le VIH 1 était en cause dans tous les cas avec un taux moyen de CD4 de 190/mm3 [18–521] au diagnostic de la MS. Les MS associées au VIH étaient le psoriasis (7 cas), le lymphome cutané (2 cas), le Syndrome de Goujerot-Sjögren (1 cas), le pyoderma gangrenosum (1 cas), la sclérodermie systémique (1 cas) et la sarcoïdose (1 cas). Elles étaient des circonstances de découverte de l'infection à VIH dans 7 cas, l'expression d'un échec thérapeutique dans 3 cas et l'expression d'un syndrome de restauration immunitaire dans 3 cas. Les 13 patients ont reçu concomitamment un traitement antirétroviral et le traitement spécifique de la pathologie systémique associés à un anti-inflammatoire dans certains cas. Conclusion: L'association MS et infection à VIH est rare. Leurs étiologies sont dominées par le psoriasis à Abidjan. Un interrogatoire bien mené, pour déterminer la chronologie des événements, aidé d'examens biologiques permet de bien identifier la circonstance de survenue.

Mots clés: Maladies systémiques, Infection VIH, Epidémiologie, Peau noire

### INTRODUCTION

L'association maladie systémique et infection à VIH était déjà connue dans les premiers temps de l'épidémie. Cependant, peu de cas ont été rapportés en Afrique noire subsaharienne. Tout comme l'infection à VIH, les maladies systémiques sont causées par une dysrégulation du système immunitaire. Elles sont rares ou sous-diagnostiquées en Afrique avec une prévalence hospitalière estimée à 0,2% et 1,3% au Sénégal et au Togo [1,2]. En Côte d'Ivoire, l'accessibilité aux ARV

a été améliorée en Dermatologie en 2016, permettant ainsi une restauration du système immunitaire de la majorité de nos patients. Ainsi, cette association maladie systémique et VIH constitue-t-elle en dermatologie une circonstance de découverte de l'infection à VIH? L'expression d'un échec thérapeutique? L'expression d'un syndrome de restauration immunitaire? ou d'un effet médicament induit?

D'où l'intérêt de notre étude qui avait pour objectifs de décrire les aspects épidémiologique, clinique,

How to cite this article: Kourouma HS, Gbandama KKP, Kouassi YI, Allou AS, Amani KLWG, Kouassi KA, et al. Maladies systémiques à expression cutanée et infection à VIH sur peaux foncées : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques à Abidjan (Côte d'Ivoire). Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):25-31.

**Submission:** 11.04.2023; **Acceptance:** 29.07.2023 **DOI:**10.7241/ourd.2023S2.1

thérapeutique et évolutif des maladies systémiques associées à l'infection à VIH en dermatologie et d'identifier leurs circonstances de survenue.

### **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Notre étude a été réalisée dans le service de Dermatologie-vénéréologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville d'Abidjan. Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale, à visée descriptive et analytique. Elle a porté sur les dossiers de malades hospitalisés ou suivis à l'unité de conseil et de dépistage volontaire (CDV) du service, sur une période de 10 ans (du le Janvier 2005 au 31 Décembre 2014).

Ont été inclus dans notre étude, les patients de tout sexe et tous âges atteints de maladie systémique, hospitalisés ou suivis au CDV et ayant subi un test de dépistage pour l'infection à VIH. Nous avons considéré comme cas de maladie systémique toute pathologie ayant une expression à la fois cutanée et extra-cutanée. N'ont pas été inclus, les septicémies, les toxidermies systémiques, les cancers autres que les lymphomes cutanés. Les dossiers incomplets ont été également écartés.

Pour chaque dossier analysé, nous avons recueilli les données sociodémographique, clinique, thérapeutique et évolutive.

Ces données ont été ensuite compilées et analysées à l'aide des logiciels Excel et EPI INFO 5.3.1. La collecte des données a été effectuée par des médecins. Les limites de l'étude étaient celles d'une étude de type rétrospective: nous n'avons pu collecter que les informations notifiées dans les dossiers et nous avons relevé une absence de la quantification systématique de la charge virale sur la période de notre étude.

### Déclaration d'éthique

Un respect de la confidentialité et de l'anonymat a été observé. L'étude a été menée en suivant les recommandations d'Helsinki.

### **RÉSULTATS**

### Aspects Épidémiologiques

Nous avons recensé 63 cas de maladies systémiques sur 1552 patients recensés soit une prévalence

hospitalière de 4,06 %. Parmi ces 63 cas, 13 avaient une sérologie VIH positive soit une prévalence de 20,6% de l'association maladie systémique et VIH. Tous les patients VIH positifs étaient atteints du VIH de type 1. Le taux moyen de CD4 était de 190/mm3 [18–521] au diagnostic de la maladie systémique. La maladie systémique et l'infection à VIH coexistaient chez les patients âgés de 25 ans et plus. L'âge moyen était de 49,5 ans et le sex-ratio H/F de 1,03.

### **Aspects Cliniques**

Les 13 cas de maladies systémiques associées au VIH étaient le psoriasis (7), le lymphome cutané (2), le syndrome de Goujerot Sjrögen (1), le pyoderma gangrenosum (1), la sclérodermie systémique (1) et la sarcoïdose (1) (Tabl. 1).

### Aspects Thérapeutiques Et Évolutifs

### **Traitement**

Sur les 13 patients VIH positifs, 09 étaient sous un régime antirétroviral de première ligne. Le protocole utilisé était l'association Zidovudine + Lamivudine + Névirapine (AZT+ 3TC +NVP) chez 6 sur 9 patients. L'efavirenz (EFV) a été utilisé chez 03 patients et le tenofovir (TDF) chez 02. Il y a eu un changement du traitement antirétroviral chez 2 sur 9 patients traités, soit 28,6%. Ce changement était motivé par un échec thérapeutique (cas de lymphome) ou par l'intolérance aux effets secondaires des médicaments (cas de psoriasis).

### **Evolution**

Une amélioration clinique de la maladie systémique était observée chez 54 % des patients. On notait 20,6% de perdus de vue, 15,9% de décès et 9,5% de patients avaient un état clinique stationnaire. Le plus grand nombre de décès avait été enregistré chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique. Une amélioration clinique était notée chez 58,8% des patients atteints de maladie systémique et VIH négatifs contre 28,6% chez les patients atteints de maladies systémiques et VIH positifs.

### **Etude Analytique**

Analyse comparative de l'évolution clinique chez les patients maladies systémiques/VIH négatifs et les patients maladies systémiques/VIH positifs (Tabl. 2).

Le taux de décès chez les patients co-affectés maladie systémique/VIH était de 14, 3% (1/7) contre 17,6% chez

les VIH négatifs. Valeur de l'écart-réduit: 0.22 Au seuil de 5 % soit la valeur 1.96.

La différence observée entre ces pourcentages n'est pas statistiquement significative.

L'évolution était stationnaire chez 42,9% des VIH+/MS contre 5,9% des VIH-.

La différence observée entre ces pourcentages est statistiquement significative (écart-réduit 3.01 Au seuil de 5 % soit la valeur 1.96).

### **DISCUSSION**

### Aspects Épidémiologiques

La prévalence hospitalière sur notre période d'étude de 4,06% est relativement élevée, comparativement à l'étude de Virot en France (0,69%) et des données de la littérature en général [3]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée en milieu hospitalier alors que les données de la littérature se rapportent à la population générale. Par ailleurs, les maladies systémiques prises en compte dans ces études ne sont pas toutes similaires à celles de notre étude (le plus souvent il s'agit de connectivites et vascularites).

La prévalence du VIH au sein de notre population d'étude (16,02 %) est plus élevée que celle de la ville d'Abidjan qui détient la prévalence la plus élevée de l'infection à VIH dans la population adulte (5,1 %) en Côte d'Ivoire [4].

Cependant, la prévalence hospitalière du VIH est encore plus importante autour de 50% dans beaucoup de services hospitaliers [5].

Le taux moyen de CD4 au diagnostic de la maladie systémique (190/mm³), au moment du bilan initial est proche de celui de l'étude marocaine (160/mm³). Pour d'autres auteurs cependant, il était plus élevé: Virot notait un taux de CD4 médian de 245 CD4/mm³; Diallo de 323 CD4/mm³ et Iordache de 470/mm³ [3,6,7]. Iordache avait ainsi noté que la maladie auto- immune survenait le plus souvent dans un contexte de bon contrôle immunovirologique en France. Cette variabilité suggère que la maladie systémique pourrait apparaître à n'importe quel moment de l'évolution de l'infection à VIH et que certaines pathologies

pouvaient révéler l'infection à VIH à un stade modéré d'immunodépression.

Chez les patients VIH +/maladie systémique, l'âge moyen observé (49,5 ans) se rapproche de celui de Dakar (44 ans) [6]. Par contre, il est plus élevé que celui d'EL Fane (37ans) à Casablanca [8], Virot (40,6 ans) et Iordache (30 ans) en France [3,7].

Ces données attestent du fait que ces affections concernent surtout les sujets de la tranche d'âge 15-49 ans, la plus touchée par l'infection à VIH [9], même si elles varient d'un pays à l'autre, en fonction du mode d'échantillonnage et de l'épidémiologie de l'infection à VIH. La légère prédominance masculine observée chez les patients co-affectés pourrait s'expliquer par le fait que le psoriasis était la maladie systémique la plus rencontrée (07/12 cas) et concernait des hommes dans tous les cas. Cette prédominance masculine a déjà été relevée par plusieurs travaux antérieurs en Afrique [6,9,10] comme en Europe de Virot [3,7]. Cependant, Iordache avait trouvé une prédominance féminine en France [7,11]. L'hétérogénéité des maladies systémiques, objet de ces études, pourrait expliquer les discordances observées.

### **Aspects Cliniques**

Le psoriasis était la maladie systémique la plus fréquemment observée telle que rapportée dans la littérature. En effet, contrairement aux autres maladies systémiques, le psoriasis est une affection plus fréquente, atteignant 1 à 2% de la population mondiale [12]. Par ailleurs, Oussou avait observé 15 cas de psoriasis grave associés au VIH à Abidjan entre 1986 et 2007 [10].

Tout comme dans notre étude, El Fane avait enregistré un plus grand nombre de psoriasis (36/76 cas) à Casablanca. Par contre, S. Diallo n'avait retrouvé aucun cas de psoriasis à Dakar [6]. Cette discordance pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de S. Diallo a été réalisée dans un service de médecine interne. De plus la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire (3,7%) est plus élevée que celle du Sénégal (0,5 %) [13].

Dans leur étude menée en Côte d'Ivoire et concernant la période post-crise électorale de 2010-2011, Berline et al ont retrouvé des maladies systémiques non associées au VIH/SIDA dont un cas de dermatomyosite (0,05%) et un cas de sclérodermie (0,05%) [14]. Les dermatoses associées au VIH/SIDA dans leur étude étaient dominées par la maladie de Kaposi (0,57%).

Tableau 1: Expressions diagnostiques retenues chez les patients VIH positifs atteints de maladies systémiques en fonction du taux de CD4 et de l'analyse des dossiers [Selected diagnostic expressions in HIV-positive patients with systemic disease based on CD4 count and chart review]

Patients	Maladies systémiques (systemic diseases)	Taux CD4 Bilan Initial (CD4 rate Initial workup)	Taux CD4 au diagnostic de la MS (CD4 count at MS diagnosis)	Expressions diagnostiques (diagnostic expressions)
Patient 1	Lymphome cutané (cutaneous lymphoma)	62	62	CDD
Patient 2	Psoriasis	54	304	SIRI/IRIS
Patient 3	Psoriasis	115	93	ET
Patient 4	Psoriasis	34	248	SRI
Patient 5	Psoriasis	10	18	ET
Patient 6	Lymphomes cutanés (cutaneous lymphoma)	25	25	CDD
Patient 7	Pyoderma Gangrenosum	95	124	ET/TF
Patient 8	Psoriasis	92	92	CDD
Patient 9	Sclérodermie systémique (systemic sclerosis)	521	521	CDD
Patient 10	Sd de Goujerot Sjrögen (Goujerot Sjrögen's syndrome)	258	258	CDD
Patient 11	Psoriasis	114	114	CDD
Patient 12	Psoriasis	421	421	CDD
Taux moyen	CD4 (Average CD4 rate)	150	190	

CDD: circonstance de découverte/ circumstance of discovery, SIRI: syndrome inflammatoire de restauration immunitaire/ inflammatory syndrome of immune reconstitution (IRIS), ET: échec thérapeutique/therapeutic failure (TF)

Tableau 2 : Comparaison des pourcentages de décès et de l'évolution stationnaire chez les patients atteints de MS/ VIH – et les patients atteints de MS/ VIH+. [Comparison of percentages of death and stationary course in MS/HIV+ and MS/HIV+ patients]

	Nombre de décès (Number of deaths)	Evolution stationnaire (stationary evolution)	Nombre total de patients (total number of patients)
Patients atteints de MS/VIH(-)	9	3	51
Patients with MS/HIV(-)	(17,6%)	(5,9)	
Patients atteints de MS/VIH(+)	1	3	7
Patients with MS/HIV(+)	(14,3%)	(42,9)	
Total patients MS Total MS patients	10	6	58

Bien que les antirétroviraux soient disponibles en Côte d'Ivoire, la mauvaise observance du traitement antirétroviral par de nombreux patients pourrait expliquer que la maladie de kaposi soit encore retrouvée chez les patients vivant avec le VIH.

Il est à noter qu'un seul cas de sarcoïdose cutanée a été notifié sur notre période d'étude. Ce fait pourrait s'expliquer par le fait que les cas de sarcoïdose cutanée s'observent plus en consultation dans notre service, tel que rapporté par Kaloga [15] qui avait observé 24 cas sur une période de 25 ans (1990–2014).

### **DONNÉES SPÉCIFIQUES**

### Circonstance De Survenue De La Maladie Systémique (MS)

Dans notre étude, la maladie systémique a constitué une circonstance de découverte du VIH dans 58,33 % des cas. Ce résultat concorde avec celui d'EL Fane au Maroc qui a retrouvé la maladie systémique

surtout comme circonstance de découverte du VIH (47 patients/76) [9].

L'infection à VIH précédait le diagnostic de la maladie systémique chez 05 patients. En France, Iordache avait observé plus de patients (40 cas/62) dont l'infection par le VIH précédait le diagnostic de la maladie systémique [12]; il en était de même pour Virot chez qui la maladie auto-immune était le plus souvent diagnostiquée chez des patients dont l'infection VIH était déjà connue (15 cas/20) [7].

Dans la littérature, en dehors des lymphomes dont la survenue au cours de l'infection à VIH est classante stade Sida, les autres maladies systémiques ne sont pas considérées comme des affections opportunistes. Nos résultats montraient que la maladie systémique était moins fréquente chez les patients VIH positifs.

La survenue d'une maladie systémique au cours de l'infection à VIH pourrait n'être ainsi qu'une coexistence fortuite.

### **Aspects Thérapeutiques**

Sur les 13 patients séropositifs au VIH, 09 étaient sous un régime antirétroviral (ARV) de première ligne. Le protocole utilisé était Zidovudine + Lamivudine + Névirapine (AZT+3TC+NVP) chez 6/9 patients. L'éfavirenz (EFV) a été utilisé chez 3 patients et le tenofovir (TDF) chez 2. Il y a eu changement du traitement antirétroviral chez 2/9 patients traités, soit 28,57 %.

Ce changement était motivé par un échec thérapeutique (cas de lymphome) ou par l'intolérance aux effets secondaires des médicaments (cas de psoriasis).

### Aspects Thérapeutiques et Évolutifs

Tous les patients ont reçu un traitement spécifique de la maladie systémique. Les 5 patients dont l'infection VIH précédait la maladie systémique étaient traités par ARV depuis au moins 2 ans (Tabl. 1). Aucun des médicaments antirétroviraux administrés ne semble avoir été rapporté comme inducteur de maladie systémique dans la littérature.

Une remontée du taux de CD4 a été observée chez 2 d'entre eux au moment du diagnostic de la maladie systémique. Cette reconstitution du système immunitaire (SRI ou IRIS) pourrait être ainsi un facteur favorisant l'apparition de maladie systémique, elle-même due à une hyperréactivité du système immunitaire. Les données actuellement disponibles sur la survenue de maladies systémiques dans le cadre d'un syndrome de reconstitution immunitaire reposent essentiellement sur des faits observationnels, les études de cohorte étant rares.

La prise en charge de la maladie systémique au cours du SRI repose sur les traitements anti-inflammatoires qui sont bien tolérés, concomitamment à la poursuite du traitement antirétroviral [16,17]. Pour les 03 autres patients, le taux de CD4 était resté stationnaire sous traitement. Une mauvaise observance du traitement ARV chez ces patients pourrait être la cause de cette stabilisation du taux de CD4.

Ainsi chez ces 05 patients, la maladie systémique serait l'expression d'un syndrome de reconstitution (3 cas) immunitaire ou d'un échec thérapeutique (2 cas).

### Aspects Évolutifs

Dans l'ensemble, l'évolution de la maladie systémique a connu une amélioration dans plus de la moitié des cas (53,97 %). Cependant, le taux d'amélioration était plus faible chez les patients co-affectés (28,57%), comparativement aux patients VIH négatifs atteints de maladie systémique (58,82 %). Nos résultats sont en désaccord avec ceux de plusieurs auteurs car en dehors du psoriasis dont l'association avec l'infection à VIH entraine une plus grande résistance de celleci aux traitements conventionnels [18,19], et du lymphome dont l'apparition au cours de l'infection à VIH est classante stade Sida, l'évolution de la maladie systémique au cours de l'infection à VIH est le plus souvent favorable pour plusieurs auteurs [7,8,12,20]. Le dépistage tardif de l'infection à VIH et l'arrivée des malades chez le spécialiste à un stade souvent très avancé de leur maladie dans notre contexte ainsi qu'une prise en charge inadéquate de la maladie systémique qui n'est pas le plus souvent reconnue par les praticiens, pourraient expliquer cette différence.

### CONCLUSION

L'association maladie systémique et VIH semble être rare dans notre série à Abidjan. La maladie systémique peut apparaître à n'importe quel moment de l'évolution de l'infection à VIH. La survenue d'une infection à VIH pourrait modifier l'évolution d'une MS préexistante différemment selon le degré d'immunodépression.

Notre travail est une ébauche dans l'étude de la comorbidité maladies systémiques et infection par le VIH en Côte d'Ivoire. Des études prospectives ultérieures s'avèrent nécessaires pour déterminer avec précision les particularités de cette association ainsi que ces déterminants.

### REMERCIEMENTS/ ACKNOWLEDGEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier le personnel du service de Dermatologie ainsi que les patients dont les informations ont permis de réaliser cette étude

The authors would like to thank the staff of the Dermatology Department and the patients whose information made this study possible.

### **Statement of Human and Animal Rights**

All the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the 2008 revision of the Declaration of Helsinki of 1975.

### **Statement of Informed Consent**

Informed consent for participation in this study was obtained from all patients.

### REFERENCES

- Kane BS, Ndongo S, Ndiaye AA, Djiba B, Niasse M, Diack N, et al. Maladies systémiques en médecine interne "contexte africain": aspects épidémiologiques et classification. Rev Med Interne, 2016;37:37.
- Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan OI, Pitché P, Tchangaï –Walla. Les connectivites en consultation hospitalière à Lomé (Togo). Rev Med Interne. 1999;20:13-7.
- Virot E, Duclos A, Lelievre L, Adelaide L, Hot A, Ferry T, et al. Manifestations auto-immunes et infection VIH: étude de cohorte. Rev Med Int. 2015;36:A23-4.
- DHS, Measure. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de la Côte d'Ivoire 2011-2012. Rapport de synthèse [en ligne]. Disponible sur: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR21/pr21.pdf (Consulté le 24/01/2023)
- Siaka T. Prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez les adultes en Côte d'Ivoire. Disponible sur: www.remed.org/(consulté le 12 fevrier 2016)
- Diallo S. Les maladies de système au cours de l'infection par le VIH: étude de 5 observations au Sénégal. Disponible sur: http://www.rhumatologie.asso.fr/(consulté le 9 aout 2015)
- El Fane M, Badaoui L, Lamdini H, Oulad LA, Marhoum EFK. Les maladies de système au cours de l'infection à VIH: 76 cas. Rev Med Interne. 2015;36:A176.
- 8. Iordache L, Cacoub P, Launay O, Guillevin L, Bouchaud O, Weiss L, et al. Maladies auto-immunes au cours de L'infection par le VIH: 33 observations. Rev Med Interne. 2013:A37-8.
- Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida | 2012 Disponible sur: www.unaids.org/./20121120\_UNAIDS\_Global\_ Report/(consulté le 6 janvier 2016)

- Oussou MA. Psoriasis grave et VIH chez le noir africain: 15 cas au CHU de Treichville (Abidjan-Côte d'Ivoire). Disponible sur: http://www.rismci.org/(consulté le 10 octobre 2015)
- 11. Groupe français d'étude des lymphomes cutanés Lymphomes à révélation cutanée au cours de l'infection par le VIH: 8 cas Disponible sur: http://cat.inist.fr/(consulté le 09 aout 2015)
- Saurat J. Psoriasis. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Masson Paris. 2004:997-1001
- Mebazaa A. Psoriasis révélateur d'une infection à VIH au stade sida Disponible sur: http://sidasciences.inist.fr (consulté le 02 novembre 2015)
- Berline SO, Ma Linwa EM, Abdoulaye S. Prevalent dermatoses during the post-electoral crisis in Côte d'Ivoire. Our Dermatol Online. 2023;14:29-34.
- Kaloga M, Gbery IP, Bamba V, Kouassi YI, Ecra EJ, Diabate A et al. Aspects épidémiologiques cliniques et paracliniques de la sarcoïdose cutanée chez le noir Africain. Dermatol Res Pract. 2015; Article ID 802824:pp3.
- Alcaix D. SIDA et syndrome de restauration immunitaire: Quel effet sur l'organisme de la réapparition des CD4? Rhumatos. 2011;8:361-5.
- Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. HIV and autoimmunity. Autoimmun Rev. 2002;1:329-37.
- Esteve E, Bagot M, De Muret A, Thomine E, Fonck Y. Lymphomes à révélation cutanée au cours de l'infection par le VIH: 8 cas. In: Ann Dermatol Venereol. 1995;122:488-93.
- Pierre A. Infection par le VIH/Sida et tropiques médecine tropicale, actualités 2015 Disponible sur: http://medecinetropicale.free.fr/ cours/(Consulté le 20 septembre 2015)
- Sayal SK, Malik AK, Banerjee S. Pyoderma gangrenosum in HIV patient. Indian J Dermatol Venereol Leprol 1997;63:58-60.

Copyright by Sarah Hamdan Kourouma, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared.



## Prevalence and psychological impact of acne in schools in Kinshasa, Democratic Republic of Congo

### Alan Mihigo Nduhura, Tharcisse Kayembe, Lydie Joelle Seudjip Nono, Paulo Bunga Muntu

<sup>1</sup>Dermatology Service, Department of Specialties, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo, <sup>2</sup>Center of Neuropsychopathology, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo, <sup>3</sup>Neonatology and Toxicology Department, Department of Paediatrics, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo.

Corresponding author: Alan Mihigo Nduhura, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

### **ABSTRACT**

Context and objective: Acne affects approximately 80% of adolescents and impacts their quality of life. Our Objective was to describe the quality of life of acne-prone schoolchildren in Kinshasa. Materials and method: This were a descriptive cross-sectional study conducted in schools in Kinshasa for 2 months. Every student aged from 10 to 19 years, regularly enrolled, who gave their verbal consent and for whom parental consent was obtained, were included. Sampling was random at 4 degrees. The ECLA and CADI grids were used to assess acne severity and quality of life. Data were analyzed using SPSS 21.0 software. Associations between variables were assessed using Pearson's chi-square test. A value of p < 0.05 was considered as the threshold of statistical significance. Results: The prevalence of acne was of 58%, with a female predominance (54%) and a sex ratio of 1.2. The average age was 15.3±2.2 years, with extremes ranging from 11 to 19 years. 53.4% of the students had a heredofamilial history of acne. The mean age at onset was  $13.1\pm1.9$  years. The mean age at menarche was 11.5±3.3 years. Inflammatory lesions were numerous on the face (96.6%), 10.3% of students had severe acne. The total score of the ECLA grid varied from 2 – 19, with an average of 7.3 and a median of 7. The quality of life was slightly impaired in 87.7% of the cases without being linked to sex but associated with acne severity (p = 0.022). The high frequency of severe acne was observed in students with a moderate quality of life (27.8%). Conclusion The alteration of the quality of life of a student with acne is effective in schools in Kinshasa, without proportionality with the seriousness of the pathology. The dermatologist to resort to the use of the ECLA and CADI grids for a comprehensive management of juvenile acne.

Key words: Acne, Adolescent, Quality of life, Kinshasa

How to cite this article: Nduhura MA, Kayembe T, Seudjip NLJ, Bunga MP. Prevalence and psychological impact of acne in schools in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):32-40.

**Submission:** 13.07.2023; **Acceptance:** 08.09.2023



# Prévalence et impact psychologique de l'acné en milieu scolaire de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Alan Mihigo Nduhura, Tharcisse Kayembe, Lydie Joelle Seudjip Nono, Paulo Bunga Muntu

<sup>1</sup>Dermatology Service, Department of Specialties, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo, <sup>2</sup>Center of Neuropsychopathology, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo, <sup>3</sup>Neonatology and Toxicology Department, Department of Paediatrics, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo.

Corresponding author: Alan Mihigo Nduhura, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

### **RESUME**

Contexte et Objectif: L'acné touche environ 80% des adolescents et impacte sur leur qualité de vie. L'objectif de cette étude était de décrire la qualité de vie des écoliers acnéiques à Kinshasa. Méthodes: Il s'est agi d'une étude descriptive transversale menée en milieux scolaires kinois durant 2 mois. Tous les élèves de 10 à 19 ans, régulièrement inscris et après leur assentiment verbal et consentement des parents étaient inclus. L'échantillonnage était aléatoire à 4 degrés. Les grilles ECLA et CADI étaient utilisées pour l'évaluation de la sévérité de l'acné et de la qualité de vie. Les données étaient analysées grâce au logiciel SPSS 21.0. Les associations entre les variables étaient évaluées par le test de khi-carré de Pearson. Une valeur de p < 0,05 était considérée comme seuil de significativité statistique. Résultats: La prévalence de l'acné était de 58% avec une prédominance féminine (54%) et un sex ratio de 1,2. L'âge moyen était de 15,3±2,2 ans avec des extrêmes allant de 11 à 19 ans. 53,4 % des élèves avaient des antécédents hérédofamiliaux d'acné. L'âge moyen du début était de 13,1±1,9 ans. L'âge moyen de la ménarche était 11,5±3,3 ans. Les lésions inflammatoires étaient nombreuses au visage (96,6%). 10,3% d'élèves avaient une acné sévère. Le score total de la grille ECLA variait de 2 - 19 avec une moyenne de 7,3 et une médiane à 7. La qualité de vie était légèrement altérée dans 87,7 % des cas sans être liée au sexe, mais associée à la sévérité de l'acné (p = 0,022). La fréquence élevée de l'acné sévère était observée chez les élèves ayant une qualité de vie modérée (27,8%). Conclusion L'altération de la qualité de vie de l'élève acnéique est effective en milieu scolaire kinois, sans proportionnalité avec la gravité de la pathologie. Le dermatologue ferait mieux de recourir à l'usage des grilles ECLA et CADI pour une prise en charge globalisante de l'acné juvénile.

Mots clés: Acné, Adolescent, Qualité de vie, Kinshasa

### INTRODUCTION

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé qui débute généralement à l'adolescence, période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, de 10 à 19 ans (OMS) [1], mais aussi une phase de construction de la personnalité [2]. Pour une bonne transition, cette étape de la vie requiert une valorisation et une acceptation de soi, au départ

du visage qui est la première façade qu'on présente à l'extérieur. Les données épidémio-cliniques et les répercussions de l'acné sur la qualité de vie des patients, en l'occurrence celle des adolescents sont nombreux [3-6]. Selon une étude burkinabée, il existe un lien entre l'état de sévérité de l'acné et le degré d'altération de la qualité de vie des adolescents [6]. La prévalence scolaire de l'acné varie de 57 à 95% [7-14]. En République Démocratique du Congo, aucune étude portant sur les aspects sus-cités n'a encore été réalisée

How to cite this article: Nduhura MA, Kayembe T, Seudjip NLJ, Bunga MP. Prévalence et impact psychologique de l'acné en milieu scolaire de Kinshasa, République Démocratique du Congo. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):32-40.

Submission: 13.07.2023; Acceptance: 08.09.2023

chez l'adolescent. L'objectif de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique et clinique de l'acné, ainsi que ses répercussions sur la qualité de vie des adolescents en milieu scolaire.

### **MÉTHODES**

### Nature, durée et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale et analytique, sur une période de deux mois à savoir février et octobre 2016, menée dans trois établissements scolaires de la division de Kinshasa-Ouest, notamment le groupe scolaire du Mont Amba situé dans la commune de Lemba, l'école d'application (EDAP) dans la commune de Ngaliema et l'institut scientifique, littéraire, pédagogique et commercial de Selembao (ISLS-IPCS) dans la commune de Selembao.

Echantillonnage

Taille de l'échantillon

$$n \ge \frac{Z^2 x(p)(1-p)}{d^2}$$

n = Taille de l'échantillon

z = 1,96 (coefficient de confiance)

p = prévalence antérieure

d = 0,05 (marge d'erreur ou écart d'imprécisions reflétant le degré de précision absolue voulu). A cause des probables sujets non-répondants il fallait ajouter 10% du nombre calculé à la taille.

Nous avions retenu 12,1 % comme prévalence scolaire de l'acné chez les enfants de 3 à 16 ans à Kinshasa, probabilité cumulée des études de Seudjip et al. [15]. La taille d'échantillon ainsi calculée était  $n \ge (1,96)^2 \times 0,121 \times 0,879/(0,05)^2 = 163$ . En y incorporant les 10% de non-répondants, cette taille revenait à 179 élèves répartis proportionnellement dans 3 écoles.

#### Sélection des écoles

La ville province Kinshasa compte 3 districts; pour des raisons de contraintes financières et d'accessibilité, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire à 4 degrés.

 ler degré: la division Kinshasa-Ouest a été choisie par tirage au sort parmi les 3 divisions éducationnelles de la ville de Kinshasa.

- 2<sup>ème</sup> degré: 3 écoles ont été sélectionnées par tirage au sort parmi les 823 écoles secondaires de la division Kinshasa-Ouest.
- 3ème degré: choix de différentes classes de 1ère en 6ème des 3 écoles, par tirage au sort.
- 4eme degré: Sur les 253 élèves des 3 écoles qui avaient participé à l'étude, 146 élèves avec acné ont été retenus

### Déroulement de l'étude

L'investigateur principal avait préalablement pris contact avec les préfets ou directeurs des études des écoles choisies, les informant du projet et de l'intérêt de l'étude. Ensemble, après accord mutuel, ils avaient établi le programme des consultations au sein desdites écoles.

Sous la direction de ces responsables, une fiche informative sur les raisons de l'étude était annexée à un questionnaire, tous les deux destinés aux parents et/ou tuteurs en vue de les sensibiliser et d'obtenir leur consentement écrit.

Les jours de consultation, l'examen des enfants était réalisé après obtention de leur assentiment. Etaient retenus ceux qui avaient répondu aux critères de sélection. Chaque enfant était dévêtu jusqu'à la ceinture, à la recherche des lésions d'acné. La suite de la procédure qui ne portait que sur les élèves acnéiques consistait à évaluer la sévérité et l'impact de l'acné sur la qualité de vie, respectivement à l'aide de l'échelle de cotation des lésions d'acné (ECLA) et de la grille évaluative de l'impact de l'acné sur la qualité de vie (CADI). Les lésions d'acné étaient photographiées dans le respect de l'anonymat.

### RÉCOLTE DES DONNÉES ET VARIABLES D'INTÉRÊT

Les données étaient recueillies sur le questionnaire destiné au parent ou tuteur et sur une fiche d'enquête élaborée spécifiquement. Ces données étaient ensuite rangées sous forme des variables d'intérêt comportant les paramètres suivants:

- Données épidémiologiques: sexe, âge
- Données cliniques: antécédents hérédo-familiaux, âge de début de l'acné, âge ménarche, localisation de l'acné, type clinique de l'acné
- Qualité de Vie (QDV)

### **DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES**

- Types cliniques d'acné:
- acné légère et modérée pour un score ECLA ≤ 12
- acné sévère pour un score ECLA > 12
- Atteinte de la qualité de vie
- légère pour un score CADI de 0 à 5
- modérée pour un score CADI de 6 à 10
- sévère pour un score CADI de 11 à 15

### **ANALYSES STATISTIQUES**

Les données récoltées ont été codifiées, saisies sur ordinateur grâce au logiciel EXCEL 2010 puis exportées sur SPSS 21.0 pour les analyses. Les données statistiques descriptives ont été présentées sous forme des figures et des tableaux, les variables catégorielles ont été résumées sous forme de proportions (%) et les variables continues sous forme de moyenne et d'écart type.

Le test de comparaison multiple de Tukey a permis de comparer la distribution d'âge des élèves.

Les associations entre les variables catégorielles ont été testées en utilisant le test de khi-carré de Pearson. Une valeur de p < 0,05 a été considérée comme seuil de significativité statistique.

### **RÉSULTATS**

### 1- Données épidémiologiques

Sur 253 élèves examinés, 146 ont présenté l'acné, soit une prévalence scolaire de 58%. Le sexe féminin était prédominant dans 54% des cas avec un sex ratio F/H de 1,2.

L'âge moyen des élèves était de 15,3±2,2 ans avec des extrêmes allant de 11 à 19 ans.

Il ressort du tableau 1 que la distribution des élèves par rapport à l'âge n'était pas équitable; Elle était statistiquement distributive (p < 0,001). Le test post hoc a montré une différence significative intergroupe (p < 0,001 respectivement pour chaque groupe comparé).

### 2- Données cliniques

### 2-1- Répartition de l'acné selon les antécédents hérédo-familiaux.

Il ressort du tableau 2 que 53,4% d'élèves avaient un antécédent hérédo-familial d'acné dont 50% étaient sororaux.

### 2-2- Répartition des élèves en fonction de l'âge de début d'acné

Selon le tableau 3, la répartition des élèves en fonction de l'âge du début d'acné montre que l'âge moyen du début de l'acné était de 13,1±1,9 ans avec comme extrêmes allant de 8 à 19 ans (12,9±1,8 ans chez les filles et 13,2±1,8 ans chez les garçons). La tranche d'âge de 12 – 14 ans était la plus concernée (63%) avec une prédominance féminine (49,4%).

### 2-3- Répartition des élèves acnéiques selon l'âge de la ménarche.

L'âge moyen de la ménarche était de 11,5±3,3 ans avec des extrêmes allant de 9 à 16 ans (Tableau 4).

### 2-3- Caractéristiques cliniques de l'acné

### 2-3-1- Sites des lésions inflammatoires

Conformément au tableau 5, les lésions inflammatoires d'acné étaient présentes au visage de manière significative dans 96,6% des cas (p = 0,022).

### 2-3-2- Sévérité de l'acné

Le tableau 6 indique un effectif faible de 15 élèves avec acné sévère, mais de manière statistiquement significative (p = 0,029).

La figure la illustre un cas d'acné rétentionnelle (tableau 6); tandis que les figures lb et lc

Tableau 1: Répartition des élèves selon l'âge [Distribution of students by age].

Age (ans)	n	%
- 10 – 14	61	41,8
- 15 – 18	74	50,7
- > 18	11	7,5

p < 0,001

**Tableau 2:** Répartition des élèves acnéiques en fonction des antécédents hérédo-familiaux [Distribution of pupils with acne according to heredo-family history].

Antécédents hérédo-familiaux	n	%
Non	68	46,6
Oui	78	53,4
- Sœur	34	50,0
- Frère	25	36,8
- Mère	16	23,1
- Père	4	5,9
- Oncle et/ou tante	1	1,5

**Tableau 3:** Répartition des élèves en fonction de l'âge du début d'acné [Distribution of students according to age at onset of acne].

Age du début acné (an)	Masculin n (%)	Féminin n (%)	Groupe entier n (%)	Fréquence cumulée
X ± ET	13,2±1,8	12,9±1,8	13,1±1,9	-
<12	7 (10,4)	15 (19,0)	22 (15,1)	15,1
12-14	31 (46,3)	39 (49,4)	70 (47,9)	63,0
>14	10 (14,9)	12 (15,2)	22 (15,1)	78,1
Ne connait pas	19 (28,4)	13 (16,5)	32 (21,9)	100,0

Khi $^2$ =0,496; p = 0,864.

représentent respectivement les tableaux d'acné légèrement inflammatoire et inflammatoire avec hyperpigmentations séquellaires (tableau 5).

### Evaluation des scores de sévérité selon la grille ECLA

### Type et intensité de l'acné sur le visage (score F1)

Le score F1 variait de 2 à 14 avec une moyenne de 7,02. Treize élèves avaient un score à 7 soit 8,9 % des cas.

### Extension et intensité de l'acné : hors visage (score F2)

Le score F2 variait de 0 à 4 avec une moyenne de 0,3.

**Tableau 4:** Répartition des élèves acnéiques en fonction de l'âge de la ménarche [Distribution of pupils with acne according to age at menarche].

at menareneji		
Age de la ménarche (ans)	n	%
- Inconnu	68	46,5
- Connu	78	53,4
- N'a pas encore vu les règles	5	6,4
- 9-10	5	6,4
- 11-12	38	48,7
- 13-14	26	33,3
- 15-16	4	5,1

La ménarche survenait beaucoup plus entre 11 et 12 ans dans 48,7% des cas

**Tableau 5:** Répartition des élèves selon les sites des lésions inflammatoires [Distribution of students according to sites of inflammatory lesions].

Lésions inflammatoires	Hors visage n(%)	Visage n(%)
Non	4 (13,8)	4 (3,4)
Oui	25 (86,2)	113 (96,6)
Total	29	117

khi<sup>2</sup>=2,84; p = 0 ,022.

**Tableau 6:** Répartition des élèves en fonction de la sévérité de l'acné [Distribution of students according to the severity of acne].

Acné	n=146	Pourcentage
Légère à Modérée	131	89,7
Sévère	15	10,3

Khi<sup>2</sup>=1,211 p = 0,029

Sur les 24 élèves ayant une atteinte ailleurs en plus du visage, 9 élèves (37,5%) avaient un score à 2.

### Cicatrices (score F3)

Sur 146 élèves, 1 seul avait des cicatrices (0,7%)

### Evaluation de l'ensemble des scores

Le score total variait de 2 - 19 avec une moyenne de 7,3 et une médiane de 7.

### 3- Qualité de vie des élèves acnéiques

Conformément au tableau 7, la qualité de vie (QDV) des élèves acnéiques est altérée légèrement ou modérément dans les deux sexes de manière non significative. Le lien entre l'intensité de l'acné et le degré d'altération de la QDV n'est pas recherché dans ce tableau. Quelle qu'en soit l'état de sévérité de l'acné, l'altération de la QDV est légère ou modérée, de façon statistiquement significative (p = 0,022).

### Facteurs impactant la qualité de vie

### Item 1: Au cours du dernier mois, à cause de vos boutons d'acné, avez-vous été agressif, frustré ou embarrassé?

Au total 36,3 % (53 sur 146) des élèves interrogés ont reconnu avoir été frustrés, agressifs ou embarrassés à cause de l'acné. Les filles représentaient 20,5 % des cas contre 15,8 % des garçons. Il n'y avait pas de différence statistique significative entre garçons et filles (p = 0,373).

Item 2: Au cours du dernier mois, pensez-vous que vos boutons d'acné aient affecté votre vie quotidienne, vos soirées ou vos relations avec votre ami(e) durant les derniers mois?



Figure 1: (a) Acné rétentionnelle, monomorphe. (b) Acné vulgaire, légèrement inflammatoire. (c) Acné inflammatoire avec macules hyperpigmentées séquellaires. (a) [Monomorphic retentional acne]. (b) [Mildly inflammatory acne vulgaris]. (c) [Inflammatory acne with sequelar hyperpigmented macules].

**Tableau 7:** Qualité de vie en fonction du degré d'atteinte, du sexe et de la sévérité de l'acné [Quality of life according to the degree of damage, sex and severity of acne].

Altération de la qualité de vie	Légère n (%)	Modérée n (%)	Total n (%)	p
	128 (87,7)	18 (12,3)	146	
Sexe				0,188
- Masculin	61 (47,7)	6 (33,3)	67 (45,9)	
- Féminin	67 (52,3)	12 (66,7)	79 (54,1)	
Total	128	18	146	
Sévérité de l'acné				0,022
- Légère à modérée	118 (92,2)	13 (72,2)	131 (89,7)	
- Sévère	10 (7,8)	5 (27,8)	15 (10,3)	
Total	128	146	146	

36 élèves sur 146 ont répondu positivement à cette question, soit 24,7% des cas. Les filles représentaient 15,8% des cas contre 8,9% des garçons. Il n'y avait pas de différence statistique significative entre garçons et filles (p = 0,038).

# Item 3: Au cours du dernier mois, avez-vous évité les cérémonies familiales ou publiques, ou adopté de méthodes de camouflage pour masquer votre visage à cause de vos boutons d'acné?

Seulement 13,7% (20 sur 146) des élèves ont répondu affirmativement à cette question. Les filles représentaient 9,6% des cas contre 4,1% des garçons. Il n'y avait pas de différence statistique significative entre garçons et filles (p = 0,037).

### Item 4: Au cours du dernier mois, quel sentiment vous inspire votre peau?

49 élèves sur 146, soit 33,6% ont affirmé que leur peau leur inspirait un sentiment d'angoisse ou d'inquiétude.

Les filles représentaient 17,8% contre 15,8% des garçons. Il n'y avait pas de différence statistique significative entre garçons et filles (p = 0,646).

Ainsi, 4,8% des élèves étaient angoissés et 28,8% étaient inquiets.

### Item 5: Pouvez-vous indiquer comment vous percevez votre acné aujourd'hui?

65 élèves sur 146, soit 44,5% considéraient leur acné comme un réel problème. C'est-à-dire:

- catastrophique pour 3,4%
- majeur pour 14,4%
- mineur pour 19,9%.

### **DISCUSSION**

### 1- Données épidémiologiques

#### 1-1- Prévalence

Le but de la présente étude était de décrire le profil épidémio-clinique de l'acné et ses répercussions sur la qualité de vie des adolescents en milieu scolaire de Kinshasa. La prévalence de l'acné en milieu scolaire était de 58%, valeur proche de celle des études burkinabès [10] (54,8%) mais inférieure à celles des travaux français (76,1%) [7], iranien (93,3%) [8], nigérian (90,7%) [16] et camerounais (74,8%) [11]. D'autres auteurs ont relevé une prévalence faible de l'acné par rapport à la nôtre. Il s'agit de Campbell et al au Mali (28%) [17] et Seudjip et al en RDC (12,1%) [15].

Au-delà des changements physiologiques observés durant l'adolescence, l'accroissement de l'acné pendant cette période serait aussi la conséquence de l'occidentalisation du mode de vie avec un régime à forte charge glycémique et riche en produits laitiers [18,19]. Notre observation contraste avec les prévalences élevées de la plupart des auteurs bien que les tranches d'âge soient comparables. Ceci s'expliquerait par la taille faible de notre échantillon.

### 1-2- Sexe

La prédominance féminine dans notre étude (sex ratio F/H = 1,2) était aussi observée par Ouedraogo et al. (Sex ratio F/H = 1,05) [10] et Kouotou et al. (sex ratio F/H = 1,15) [11]. Ce résultat pourrait s'expliquer par la puberté qui débute précocement chez la fille (12 à 13 ans) que chez le garçon (13 à 15 ans), mais également par l'application des soins itératifs de visage par les jeunes filles dans le souci d'avoir un beau visage.

### 1-3- Age

L'acné est une maladie fréquente de l'adolescence. Elle débute très souvent à la puberté avec l'afflux d'hormones notamment la testostérone [20]. Elle prédominait entre 15 – 18 ans (50,7%) avec une moyenne d'âge de 15,3±2,2 ans. Dans le même sens, cette moyenne a été rapportée par Aksu et al. [21] en Turquie, Ghodsi et al. [8] en Iran, Yahya et al. [16] au Nigéria et Kouotou et al. au Cameroun [11].

### 2- Données cliniques

### 2-1- Antécédents hérédo-familiaux

Les antécédents hérédo-familiaux d'acné étaient retrouvés chez la majorité des élèves acnéiques dans 53,4%. Ce résultat est comparable à ceux de Kouotou et al. au Cameroun (58,3%) [11], contrairement à ceux des études françaises (66,1 - 78,5 %) [3]. Le déterminisme génétique et l'hérédité sont des facteurs

de risque connus de l'acné. Le risque d'acné double pour ceux qui ont une histoire familiale positive [22]. Cinquante pour cent des élèves acnéiques avaient une sœur souffrant de la même affection dermatologique. Selon la littérature en notre possession, il a plutôt été relevé que l'hérédité maternelle avait plus d'impact sur l'acné que l'hérédité paternelle [8,23]; constat fait dans le présent travail.

### 2-2- Age du début de l'acné

L'âge de début se situait autour de 12,9±1,8 ans chez les filles et 13,2±1,8 ans chez les garçons. Des observations similaires ont été faites par Kouotou et al. [11]. L'afflux des hormones, notamment la testostérone à la puberté pourrait en être l'explication [19].

### 2-3- Age de la ménarche

L'âge moyen de la ménarche qui était de 11,5±3,3 ans avec des extrêmes de 9 à 16 ans coïncidait avec l'âge normal du début de l'acné qui est de 13 ans avec des extrêmes de 10 à 16,5 ans [24]. La puberté est caractérisée par un afflux d'hormones, notamment les androgènes [19,25]. Chez les filles elle commence entre 12 et 13 ans, période qui se rapproche des âges du début d'acné chez les filles (12,9±1,8 ans) et de la ménarche (11,5±3,3 ans) dans le présent travail.

### 2-4- Clinique de l'acné

### 2-4-1- Localisation des lésions inflammatoires

La plupart des lésions inflammatoires (96,6%) étaient retrouvées au niveau du visage. Ce qui va dans le même sens que les études de Mbuagbaw et al. [9], Kouotou et al. [11] et Yahya et al. [16]. L'efflorescence des lésions inflammatoires sur le visage pourrait s'expliquer par le stress et souci esthétique qui amèneraient les jeunes gens à manipuler fréquemment les lésions dans le but de les faire disparaître. Cette attitude entretient et accentue le caractère inflammatoire des lésions [26].

### 2-4-2- Sévérité de l'acné

Dans la présente étude, l'acné légère à modérée était retrouvée chez 89,7% de nos élèves. Notre observation est comparable à celles de Hanisah et al. en Malaysie (90,2%) [27], Ouédraogo et al. Au Burkina Faso (95,43%) [6] et Yahya et al. au Nigeria (93,1%) [16]. La fréquence faible de l'acné sévère dans notre étude pourrait se justifier par la rareté de quelques facteurs pronostiques de sévérité à savoir la ménarche tardive (17 ans) et l'extension au niveau du dos [12]; mais aussi par la nature non hospitalière de notre travail.

### 2-4-3- Evaluation des scores de sévérité selon la grille ECLA

Le score moyen du Facteur F1 dans notre travail était de 7,02 comparé au score de 8,26±3,32 dans l'étude de Dreno et al. [3]. Le score moyen du Facteur F2 était de 0,3 comparable à celui de Ouédraogo et al. [6].

Cette différence dans les chiffres se justifierait par le fait que d'autres auteurs ont mené leurs études en milieu hospitalier où les cas d'acnés graves sont souvent rencontrés. [3].

### 3- Qualité de vie

### 3-1- Atteinte de la qualité de vie

Tous les élèves acnéiques avaient une qualité de vie altérée avec 87,7% de façon légère. Cette perception générale de l'altération de la QDV chez tous les élèves est aussi relevée au Burkina Faso. Le fait que l'acné soit souvent perçue comme une maladie liée à l'âge, donc banale, pourrait expliquer cette observation [6]. Dreno et al. confirment que l'acné même mineure peut avoir des répercussions sur la perception du sujet acnéique de sa peau [3].

### 3-2- Qualité de vie des élèves selon le sexe

De manière non statistiquement significative (p = 0,188), la QDV était plus altérée chez les filles dans 54,1% des cas. Résultat similaire à celui de Jeong et al. [28] contrairement à ceux qui n'ont pas décelé de différence significative [27,29]. L'impact psychologique de l'acné est plus important chez les femmes que chez les hommes [30,31]. Les filles étant plus sensibles et influencées par leur apparence au sein de la communauté [32,33]. L'altération de l'image de soi est la préoccupation majeure des personnes, les filles en particulier.

### 3-3- Qualité de vie des élèves et sévérité de l'acné

Une corrélation positive entre la sévérité de l'acné et l'altération de la qualité de vie a été établie (p = 0,022). Nos résultats se rapprochent de ceux de plusieurs auteurs tels que Hanisah et al. en Malaisie [27], Durai et al. en Inde [4], Ouédraogo et al. au Burkina Faso [6] et Kouotou et al. au Cameroun [25]. D'autres facteurs d'ordre sociaux, professionnels et scolaires présents chez le sujet acnéiques peuvent altérer leur QDV [34].

La corrélation entre la QDV, la sévérité de l'acné et le sexe des élèves n'est pas recherchée dans cette étude.

### **CONCLUSION**

L'acné constitue un problème majeur de santé chez l'adolescent congolais. Elle est généralement légère à modérée et prédominante sur le visage. Fort de son caractère affichant, elle entraîne une altération de la qualité de vie quel que soit son stade clinique. La prise en charge devrait donc être globalisante en vue d'un meilleur rendu des résultats post thérapeutiques.

### Remerciements

Notre gratitude est exprimée aux internes du service de dermatologie, aux responsables des différentes écoles et aux parents d'élèves pour avoir collaboré dans la réalisation de la présente étude.

### Déclaration des droits de l'homme et des animaux

Toutes les procédures suivies étaient conformes aux normes éthiques du comité responsable de l'expérimentation humaine (Institutionnelle et nationale) et à la déclaration d'Helsinki de 1975, révisée en 2008.

### Déclaration de consentement éclairé

Le consentement éclairé a été obtenu de tous les parents et élèves afin que ceux-ci soient inclus dans l'étude.

### **RÉFÉRENCES**

- https://www.who.int/maternal\_child\_adolescent/topics/ adolescence/dev/fr. Consulté le 28 juin 2020.
- Ouedraogo NAA, Ouedraogo/ouedraogo MS, Tioyé LY, Korsaga/somé N, Tapsoba GP, Bamoko A, et al. Retentissement de l'acné sur la qualité de vie des adolescents et des jeunes en milieux scolaire et universitaire dans la ville de Ouagadougou. Ann Dermatol Vénéréol. 2015;142:S575.
- Dreno B, Alirezai M, Auffret N, Beylot C, Chivot M, Daniel F, et al. Corrélation clinique et psychologique dans l'acné: utilisation des grilles ECLA et CADI. Ann Dermatol Vénéréol. 2007;134:451–5.
- Durai PCT, Nair DG. Acne vulgaris and quality of life among young adults in south India. Indian J Dermatol. 2015;60:33.
- Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: A cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. J Paediatr Child Health. 2006;42:793–6.
- Ouédraogo NA, Tapsoba GP, Ouédraogo SM, Soutongo SKO, Traoré F, Korsaga SNN, et al. Acné et qualité de vie des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). IJIAS. 2017;20:187-94.
- Daniel F, Dreno B, Poli F, Auffret N, Beylot C, Bodokh I, et al. Descriptive epidemiological study of acne on scholar pupils in France during autumn 1996. Ann Dermatol Vénéréol. 2000;127:273-8.

- Ghodsi SZ, Orawa H and Zouboulis CC. Prevalence, severity, and severity risk factors of acne in high school pupils: a communitybased study. J Invest Dermatol. 2009;129:2136-41.
- Mbuagbaw J, Abongwa C, Ozoh G, Blackett K. The prevalence of acne vulgaris in secondary school students in Yaoundé, Cameroon. Internet J Dermatol. 2006;5:1.
- Ouedraogo AN, Soutongo SKO, Ouedraogo SM, Traore F, Tapsoba PG, Barro-Traore F, et al. Acne: prevalence, perceptions and beliefs among pupils and students in Ouagadougou, Burkina Faso. Our Dermatol Online. 2017;8:10-6.
- Kouotou EA, Nansseu NJR, Defo D, Zoung-Kanyi Bissek AC. Acné Juvénile: une pathologie fréquente chez les Adolescents Scolarisés d'Afrique Sub-saharienne. Health Sci. 2015;16:2309-35.
- 12. Dréno B. Données récentes sur l'épidémiologie de l'acné. Annal Dermatol Vénéréol. 2010;137:S49–51.
- Traore A, Ouedraogo MS, Niamba P, Barro-Traoré F, Drabo YJ. Aspects epidemiologiques et cliniques de l'acne en milieu scolaire de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Annal Dermatol Venereol. 2001;134:165.
- Adégbidi H, Koudoukpo C, Atadokpèdé F, Ango-Padonou F, Yemodon HG. Epidemiological and Clinical Aspects of Acne in the Dermatology Department of the Teaching Hospital of Parakou (Benin). J Cosmet Dermatol Sci Appl. 2014;4:129–34.
- Seudjip NLJ, Mvitu MM, Ahogo KC, Saka B, Bunga MP. Déterminants des dermatoses chez l'enfant congolais à Kinshasa. Jiresh. 2020;4:526–36.
- Yahya H. Acne vulgaris in Nigerian adolescents--prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. Int J Dermatol. 2009;48:498-505.
- Campbell EC, Strassmann IB. Acne prevalence in the Dogon of Mali. Evol Med Public Health. 2016;1:325–37.
- Cordain L Lindeberg S, Hurtado M, Hill K, Aeton BS, Brand-Miller J. Acne vulgaris: a disease of Western Civilization. Arch Dermatol. 2002;38:1584–90.
- Bowe PW, Joshi SS, Shalita RA. Diet and acne. J Am Acad Dermatol. 2010;63:124-41.
- 20. Dreno B. Acné. EMC Dermatol-Cosmetol. 2002;98:11.
- Aksu AE, Metintas S, Saracoglu NZ, Gurel G, Sabuncu I, Arikan I, et al. Acne: prevalence and relationship with dietary habits in Eskisehir, Turkey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;12:1503-9.
- Friedman GD. Twin studies of disease heritability based on medical records: application to acne vulgaris. Acta Genet Med Gemellol (Roma). 1984;33:487-95.
- 23. Ballanger F, Baudry P, N'Guyen JM, Khammari A, Dreno B. Heredity: a prognostic factor for acne. Dermatology. 2006;212:145-9.
- Burns T. and al. Rook's Textbook of dermatology seventh edition, Blackwell Publishing 2004, Volume 1-4.
- Kouotou EA, Adegbidi H, Bene Belembe R, Sieleunou I, Nansseu JR, Kamga JP, et al. Acné au Cameroun: qualité de vie et comorbidités psychiatriques. Ann Dermatol Vénéréol. 2016;143:601-6.
- AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique. Traitement de l'acné par voie locale et générale. Ann Dermatol Venereol. 2008;135:121-2.
- Hanisah A, Omar K, Sah AS. Prevalence of acne and its impact on the quality of life in school-aged adolescents in Malaysia. J Prim Health Care. 2009;1:20–5.
- Jeong ED, Sun-Mi Cho, Sung-II In, Ki-Young L, Lee S, Lee E. Psychosocial aspects of acne vulgaris: a community-based study with Korean adolescents. Ann Dermatol. 2009;21:125–9.
- Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004;18:435–9.
- 30. Uslu G, Sendur M, Uslu M, Savk E, Karaman G, Eskin M. Acne: prevalence, perceptions and effects on psychological health among

### www.odermatol.com

- adolescents in Aydin, Turkey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22:462-9.
- Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J and Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. Pediatr Dermatol. 1991;8:332-8.
- 32. Jones-Caballero M, Chren MM, Soler B, Pedrosa E, Penos PF. Quality of life in mild to moderate acne: Relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007;21:219–26.
- 33. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. Int J Dermatol. 2000;39:354–7.
- Kokandi A. Evaluation of acne quality of life and clinical severity in acne female adults. Dermatol Res Pract. 2010;2010:410809.

Copyright by Alan Mihigo Nduhura, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: This article has no funding source.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.



# New keloids treated with bleomycin intra-lesional infiltration in patients in a West African country: Resultats of the Guinean experience (Conakry)

Moussa Savané<sup>1,2</sup>, Boh Fanta Diané<sup>1,2</sup>, Mamadou Diouldé 1 Kante<sup>1,2</sup>, Mohamed Maciré Soumah<sup>1,2</sup>, Mariama Sadio Diallo<sup>1</sup>, Ahmed Sekou Keita<sup>1</sup>, Mamadou Thierno Tounkara<sup>1,2</sup>, Moussa Keita<sup>1,2</sup>, Mohamed Cisse<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dermatology, Donka National Hospital, Conakry, Guinea, <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences and Techniques, University Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Conakry, Guinea

Corresponding author: Moussa Savané, MD, E-mail: moussasavan@ymail.com

#### ABSTRACT

Introduction: Depending on their location and size, keloids often pose functional, aesthetic and even psychological problems. Black Africans and Asians are more prone to keloids, whereas they are rare in whites and albinos. Bleomycin has been reported as a means of treating keloids, but to our knowledge no study in black Africa has looked at this molecule in the treatment of keloids. The aim of this study is to evaluate the efficacy and safety of bleomycin in the treatment of new keloids by intracheloid infiltration in subjects with phenotype VI, who are the most predisposed to this condition. Material and Methods: From 1 January to 31 December 2021, we identified 99 cases, 27 of whom met our inclusion criteria. They received intra-lesional bleomycin spaced 2 weeks apart or more for some with clinical parameters to evaluate the treatment. We judged the evolution: satisfactory, when pruritus and/or pain disappeared, the keloid mass subsided; more or less satisfactory, when pruritus and/or pain decreased, the keloid mass subsided; unsatisfactory, when pruritus and/or pain persisted, the keloid mass remained unchanged. Our data were processed and analysed using Epi Info 7.2.2.6. Results: The mean age of the patients was 30.70 years, with extremes of 2 and 85 years. The sex ratio was 1.25. The major functional sign was isolated pruritus in 66.66%. The consistency of the lesions was hard in 11%. The median number of infiltrations was 3, with extremes of 1 and 5. The local effects observed were pain on infiltration in 92% and necrosis in 77.77% of cases. No systemic effects were noted. Treatment efficacy was satisfactory in 66.66% of cases. Conclusions: Although bleomycin is less available in our countries and less accessible to patients, it could be proposed as a treatment for keloids, although a large study would be needed to evaluate it in large keloids.

Key words: New keloids, Bleomycin, Phenotype VI

How to cite this article: Savané M, Diané BF, Kanté MD1, Soumah MM, Diallo MS, Keita AS, Tounkara MT, Keita M, Cisse M. New keloids treated with bleomycin intra-lesional infiltration in patients in a West African country: Resultats of the Guinean experience (Conakry). Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):41-45.

**Submission:** 13.10.2023; **Acceptance:** 02.11.2023



# Les chéloïdes neuves traitées par la bléomycine en infiltration intra-lésionnelle chez des patients dans un pays ouest africain: Les résultats de l'expérience guinéenne (Conakry)

Moussa Savané<sup>1,2</sup>, Boh Fanta Diané<sup>1,2</sup>, Mamadou Diouldé 1 Kante<sup>1,2</sup>, Mohamed Maciré Soumah<sup>1,2</sup>, Mariama Sadio Diallo<sup>1</sup>, Ahmed Sekou Keita<sup>1</sup>, Mamadou Thierno Tounkara<sup>1,2</sup>, Moussa Keita<sup>1,2</sup>, Mohamed Cisse<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dermatology, Donka National Hospital, Conakry, Guinea, <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences and Techniques, University Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Conakry, Guinea

Corresponding author: Moussa Savané, MD, E-mail: moussasavan@ymail.com

### **RÉSUME**

Introduction: Les chéloïdes posent souvent, selon leur localisation et leur taille, des problèmes d'ordre fonctionnel, esthétique voire psychologique. Les noirs d'Afrique et les asiatiques sont plus exposés aux chéloïdes, alors qu'elles sont rares chez le blanc et l'albinos. La bléomycine est rapportée comme moyen de traitement de chéloïdes, mais à notre connaissance aucune étude en Afrique noire ne s'est intéressée à cette molécule dans le traitement des chéloïdes. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la bléomycine dans le traitement des chéloïdes neuves par infiltration intra-chéloïdienne chez des sujets de phénotype VI qui sont les plus prédisposés à faire cette affection. Matériel et Méthodes: Du les janvier au 31 décembre 2021, nous avons recensé 99 cas, dont 27 répondaient à nos critères d'inclusion. Ils ont reçu de la bléomycine en intra-lésionnelle espacée de 2 semaines voire plus pour certains avec des paramètres cliniques d'évaluation du traitement. Nous avons jugé l'évolution: Satisfaisante, quand le prurit et/ou la douleur disparait, la masse chéloïdienne s'affaisse; plus ou moins satisfaisante, quand le prurit et/ou la douleur diminue, la masse chéloïdienne s'affaisse; non satisfaisante, quand le prurit et/ou la douleur persiste, la masse chéloïdienne reste inchangée. Nos données ont été traitées et analysées avec l'Epi Info 7.2.2.6. Résultats: L'âge moyen des patients était de 30,70 ans avec des extrêmes de 2 et 85 ans. Le sex-ratio a été de 1,25. Le signe fonctionnel majeur était le prurit isolé chez 66,66 %. La consistance des lésions était dure dans 11%. Le nombre médian d'infiltration a été de 3 avec des extrêmes de 1 et 5. Les effets locaux observés ont été la douleur à l'infiltration dans 92% et la nécrose chez 77,77% des cas. Aucun effet systémique n'a été noté. L'efficacité du traitement a été satisfaisante dans 66,66%. Conclusions: La bléomycine bien que moins disponible dans nos contrées et moins accessibles par les patients pourrait être proposé dans le traitement des chéloïdes, bien qu'une étude de grande taille serait nécessaire pour l'évaluer aussi dans des chéloïdes de grande taille.

Mots clés: Chéloïde neuve, Bléomycine, Phénotype VI

### INTRODUCTION

Les chéloïdes posent souvent, selon leur localisation et leur taille, des problèmes d'ordre fonctionnel, esthétique voire psychologique [1,2]. Les noirs d'Afrique et les asiatiques sont plus exposés aux chéloïdes, alors qu'elles sont rares chez le blanc et l'albinos [3]. Au Congo Brazzaville l'incidence de la chéloïde est de 2,5 % [4], au Burkina Faso 0,4% [4]. A l'heure actuelle, il n'existe aucun consensus sur le traitement des chéloïdes [3,5]. Il est basé sur plusieurs moyens utilisés seul ou en association [6-10]. La

How to cite this article: Savané M, Diané BF, Kanté MD1, Soumah MM, Diallo MS, Keita AS, Tounkara MT, Keita M, Cisse M. Les chéloïdes neuves traitées par la bléomycine en infiltration intra-lésionnelle chez des patients dans un pays ouest africain: Les résultats de l'expérience guinéenne (Conakry). Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):41-45.

**Submission:** 13.10.2023; **Acceptance:** 02.11.2023

bléomycine est rapportée comme moyen de traitement de chéloïdes [11,12], mais à notre connaissance aucune étude en Afrique noire ne s'est intéressée à cette molécule dans le traitement des chéloïdes. Elle reste coûteuse et moins accessible dans nos contrées. La bléomycine est un antibiotique antitumoral de nature glycopeptidique, isolée de streptomyces verticillus [13]. C'est un antimitotique utilisé en cancérologie [14]. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la bléomycine dans la prise en charge des chéloïdes neuves par infiltration intra-chéloïdienne chez des sujets de phénotype VI qui sont les plus prédisposés à faire cette affection.

### **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

Nous avons mené une étude descriptive transversale d'une cohorte de patients, reçus dans le service de dermatologie de l'Hôpital National Donka, du 1er janvier au 31 décembre 2021. Le recrutement a consisté à identifier des patients atteints de chéloïde neuve (qui n'avaient pas encore reçu de traitement pour leur chéloïde). Tous ces patients atteints de chéloïde ont été inclus sans distinction de sexe, d'âge, ni de provenance et ayant accepté de bénéficier de l'infiltration intra lésionnelle de bléomycine après avoir obtenu leur consentement éclairé pour l'étude. Le diagnostic de la chéloïde a été clinique et aucune biopsie n'a été effectuée. Un bilan pré-thérapeutique et de suivi a été réalisé. Les patients atteints de chéloïdes de taille supérieure à 10 cm et parfois nécessitant une chirurgie n'ont pas été inclus. Les femmes enceintes ou allaitantes, les insuffisants rénaux et les perdus de vue n'ont pas également été inclus. Tous les patients inclus ont reçu de la bléomycine 15UI selon la technique suivante: La solution a été obtenue en diluant la Bléomycine 15UI poudre avec de l'eau distillée 10 ml et 2 ml de xylocaïne 2%. L'l'infiltration qui consistait à injecter dans la chéloïde la solution préparée. Les séances d'infiltration étaient pratiquées à des intervalles de 2 semaines ou plus pour certains patients qui ont présenté la nécrose de la chéloïde. Un nombre d'infiltration maximal de 10 a été fixé, qui correspond à la moitié de la dose cumulative qu'on ne doit pas dépasser au risque de fibrose pulmonaire en cas de son utilisation systémique. Avant chaque séance des photographies numériques étaient réalisées pour permettre d'apprécier l'évolution des chéloïdes. Les lésions sous traitement ont été appréciée sur:

• La persistance ou la disparition des signes suivants: prurit, douleurs.

 La persistance ou l'affaissement de la masse chéloïdienne (apprécié par la mensuration et les photographies numériques comparatives).

Nous avons jugé l'évolution:

Satisfaisante: quand le prurit et/ou la douleur disparait, la masse chéloïdienne s'affaisse.

Plus ou moins satisfaisante: quand le prurit et/ou la douleur diminue, la masse chéloïdienne s'affaisse. Non satisfaisante: quand le prurit et/ou la douleur persiste, la masse chéloïdienne reste inchangée. Nos données ont été traitées et analysées avec l'Epi Info 7.2.2.6.

### **RÉSULTATS**

Quatre-vingt-dix-neuf patients ont été recensé sur 6558 consultants soit une fréquence de 1,5%. Sur ces 99 patients 27 répondaient à nos critères d'inclusion. Nous avons trouvé dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans 9 patients, de 10 à 19 ans et de 30 à 39 ans, 6 patients chacune. Pour les patients de 0 à 9 ans 1 patient et supérieur à 60 ans 3 patients. L'âge moyen des patients était de 30,70 ans avec des extrêmes de 2 et 85 ans. Le sex-ratio était de 1,25. Les symptômes étaient le prurit isolé dans 66,66 %, douleurs isolées 22,22 %, prurit-douleurs 22,22 % et gène de la vie quotidienne 37,03% des cas. Les lésions étaient dure dans 11% des cas et ferme dans 89%. Le nombre médian d'infiltration a été de 3 avec des extrêmes de 1 et 5. Les effets locaux observés ont été la douleur à l'infiltration dans 92% des cas et la nécrose 77,77%. Les douleurs locales résiduelles et le durcissement de la chéloïde dans 7,40% chacun. Aucun effet systémique n'a été noté. L'efficacité du traitement a été satisfaisante dans 66,66%, plus ou moins efficace dans 18,51% et non satisfaisante 14,83 %.

### **DISCUSSION**

Les limites de cette étude ont été le facteur temps dans l'appréciation à long terme de l'efficacité du traitement. La fréquence hospitalière trouvée est inférieure à celle de Pitché P et al. au Togo (1,93 %) [6] et supérieure à celle de Adegbidi H et al. au Benin (0,7 %) [15] alors qu'en Europe elle varie de 6 à 16 % [16], ces différences s'expliqueraient par le fait que la chéloïde est sous-évaluée en Afrique de l'ouest pour des raisons mystico-religieuses [17]. Age moyen de nos patients est inférieur à celui trouvé par M. Mseddi et al 37,7

#### www.odermatol.com



Figure 1: (a) Chéloïde de la poitrine chez un patient de 26 ans. (b) Chéloïde de la poitrine chez un patient de 26 ans, à 2 semaines après la 1ere infiltration de la bléomycine en intra lésionnel. (c) Chéloïde de la temple chez un une patiente de 14 ans. (d) Chéloïde de la tempe chez un une patiente de 14 ans, à 2 semaines après la 1ère infiltration de la bléomycine.

Tableau 1: Répartition des patients atteints de chéloïde selon le mode de survenue

Tableau 1. Hepartition C	aco patierno attenno de orielorae ocion	ic mode de ourvende		
Mode de survenue			Effectif	Pourcentage
Spontané			12	44,44
Acquis	Traumatique	Perte de substance cutanée	10	37,03
		Brulure	1	3,70
	Dermatose inflammatoire	Acné	2	7,40
	Post infectieuse	Folliculite	1	3,70
		Zona	1	3,70
Total			27	100

ans [14] et supérieur à celui trouvé par Assi K et al. 28 ans [1]. Il ressort de notre étude que la chéloïde n'est pas l'apanage des sujets jeunes qui ont une grande capacité à synthétiser du collagène mais peut se voir chez les personnes âgées. Nous avons trouvé une prédominance masculine. Ce qui ne contraste pas avec les données de la littérature comme souligne Assi k et al. qui ont noté qu'il n'y avait pas de prédominance de sexe [16], par contre A. Lahiri et al. ont trouvé une prédominance féminine dans 70 % des cas [18], K. Kibadi et al. 61 % et Niang S. et al. 42 femmes contre 21 hommes. Les chéloides étaient acquises dans 66,66% (Tableau 1), le tronc était le premier siège des chéloïdes dans notre série suivi des membres supérieurs et de la région cervico-céphalique (Tableau 2). Ces résultats sont proches à celles de M. Mseddi et al qui ont trouvé que les chéloïdes prédominaient au tronc 48 % des cas et aux membres supérieurs 34 % des cas [14], G. H. Yedomon et al. ont trouvé au tronc (34,53 %), au visage (10,65 %) et les bras (8,21 %) [1]. Ces localisations fréquentes s'expliqueraient par le fait que les chéloïdes surviennent dans les zones où la production du sébum est maximale et qui sont l'apanage de l'homme seul mammifère possédant des glandes sébacées [16]. La consistance des chéloïdes était ferme dans la majorité des cas. Ce résultat est opposé à ceux trouvés par Niang S. et al. (dure dans 50,8 % des cas et ferme dans 47,6 %) [18] et M. Mseddi et al. (dure dans 58 % des cas et ferme dans 42 % des cas) [14]. Le nombre

Tableau 2: Siège des Chéloïdes

Siège des chéloïdes	Effectif	Fréquence
Cervico-céphalique		
Tempe	3	6,12
Région auriculaire	1	2,04
Nuque	2	4,08
Cou	1	2,04
Tronculaire		
Face antérieure	17	34,69
Face postérieure	15	30,61
Membre supérieur		
Bras	5	10,20
Coude	1	2,04
Avant-bras	2	4,08
Membre inférieur		
Genou	1	2,04
Jambe	1	2,04

médian d'infiltration par patient dans notre série a été inférieur à celui de J. Dutel-charneux et al. qui ont noté dans leur étude que le traitement a nécessité un nombre médian de 4 séances par patient (extrême de 2 et 6) [19]. Les effets locaux observés étaient dominés par les douleurs à infiltration suivies de la nécrose de la chéloïde (Figs. 1a – 1d), résultats proches de ceux trouvés par J. Dutel-charneux et al. qui ont noté que tous les patients rapportaient des douleurs importantes à l'infiltration et que 41 % des cas ont présenté la nécrose de la chéloïde. Aucun effet systémique n'a été observé comme J. Dutel-charneux et al. l'avait remarqué J Duteul-Charneux [19]. L'efficacité du

traitement a été satisfaisante presque dans 66,66 % des cas, très proche à ce qui a été trouvé par Reddy R et al. où 65% ont eu une excellente réponse [11]; et A Espana et al. [20], ce qui vient démontrer la place de la bléomycine dans le traitement des chéloïdes.

### **Statement of Human and Animal Rights**

All the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the 2008 revision of the Declaration of Helsinki of 1975.

### **Statement of Informed Consent**

Informed consent for participation in this study was obtained from all patients.

### **REFERENCES**

- Yedomon GH, Adegbidi H, Atadokpede F, Akpadjan F, Mouto EJ, do Ango-Padonou F. Keloids on dark skin: a consecutive series of 456 cases. Med Sante Trop. 2012;22:287-291.
- Carmassi M, Eraud J, Gonelli D, Magalon G, Andrac Meyer L. Cicatrices chéloïdes: étude d'une série de cas. Annales de Pathologie. 2015;35:148-53.
- Allah KC, Yéo S, Kossoko H, Assi Djè Bi Djè V, Richard Kadio M. Cicatrices chéloïdes sur peau noire: mythe ou réalité. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. 2013;58:115-22.
- Boui M, Lemnaouer A. Dermatological experience at the Moroccan mobile field hospital in Brazzaville, Congo. Med Trop (Mars). 2009;69:13-7.
- Jaloux C, Bertrand B, Degardin N, Casanova D, Kerfant N, Philandrianos C. Keloid scars (part II): Treatment and prevention. Ann Chir Plast Esthet. 2017;62:87-96.
- Pitché P, Kombaté K, Barruet K, Tchangaï-Walla K. Giant cheloid scars. Ann Dermatol Venereol. 2000;127:333.
- Maalej M, Frikha H, Bouaouina N, Daoud J, Besbes M, Benna F, et al. Place de la curiethérapie dans le traitement des chéloïdes. À propos de 114 cas. Cancer/Radiothérapie. 2000;4:274-8.

- Bimbi C, Brzezinski P. Combined treatment of keloids and scars with Nd: YAG 1064 nm laser and cryotherapy: Report of clinical cases. Our Dermatology Online. 2020;11:149-53.
- Bukhari IA. Pulse dye laser therapy and superficial cryotherapy as a novel combination treatment for hypertrophic scars and keloids. Our Dermatol Online. 2022;13:28-31.
- 10. Uzair M, Butt G, Khurshid K, Suhail Pal S. Comparison of intralesional triamcinolone and intralesional verapamil in the treatment of keloids. Our Dermatol Online. 2015;6:280-4.
- Reddy R, Harinatha S, Raghunath N. The role of Bleomycin in management of hypertrophic scars and keloids – A clinical trial. Our Dermatol Online. 2015;6:404-6.
- Ledon JA, Savas J, Franca K, Chacon A, Nouri K. Intralesional Treatment for Keloids and Hypertrophic Scars: A Review Dermatol Surg. 2013; 39:1745-57.
- Betarbet U, Blalock TW. Keloids: A review of etiology, prevention, and treatment. J Clin Aesthet Dermatol. 2020;13:33-43.
- Mseddi M, Mesrati H, Ktaari S, Amouri M, Chaaben H, Boudaya S, et al. Treatment of keloid with phenol: a new therapy. Ann Dermatol Venereol. 2014;141:493-9.
- Adegbidi H, Atadokpede F, do Ango-Padonou F, Yedomon H. Keloid acne of the neck: epidemiological studies over 10 years. Int J Dermatol. 2005;44:49-50.
- Lahiri A, Tsiliboti D, Gaze NR. Experience with difficult keloids. Br J Plast Surg. 2001;54:633-5.
- 17. Pitche P. Quelle est la réalité des chéloïdes "spontanées "? Ann Dermatol Venereol. 2006;133:501.
- Niang SO, Sankale A, Fall F, Diallo M, Dieng MT, Kane A. La place de la chirurgie dans la prise en charge des chéloïdes à Dakar. Med Afr N. 2009;56:218-20.
- Dutel-Charneux J, Reguiaï Z, Bernard P. Traitement des cicatrices chéloïdes par injections intra-lésionnelles de bléomycine: résultats à court et long terme. Ann Dermatol Venereol. 2012;139:277-8.
- España A, Solano T, Quintanilla E. Bleomycin in the treatment of keloids and hypertrophic scars by multiple needle punctures. Dermatol Surg. 2001;27:23-7.

Copyright by Moussa Savané, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: This article has no funding source.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.



## African histoplasmosis in a child in Guinea: About a case

Boh Fanta Diané, Mamadou Diouldé 1 Kanté, Fatimata Keita, Moussa Savané, Mariam Touré, Mohamed Maciré Soumah, Moussa Keita, Thierno Mamadou Tounkara, Mohamed Cisse

<sup>1</sup>Department of Dermatology-Venerology Donka National Hospital, Conakry, Guinea, <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences and Techniques, Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Guinea

Corresponding author: Mamadou Diouldé 1 Kanté, MD, E-mail: diouldekante18@gmail.com

### **ABSTRACT**

African histoplasmosis is a rare deep mycosis caused by two varieties of Histoplasma capsulatum (capsulatum and duboisii). We report a case of histoplasmosis in an immunocompetent child. 6-year-old female patient, hospitalized for poor general condition, fluctuating inflammatory swelling of the lower limb evolving for 4 months. The clinical examination revealed in an altered and febrile patient, papulo-nodular lesions of variable size, fluctuating in places, disseminated umbilical predominantly on the trunk, the root of the upper and lower limbs. There were also axillary and inguinal lymphadenopathy and osteo-articular involvement. X-ray of the right lower limb revealed osteomyelitis. Histopathology of the biopsied nodule confirmed African histoplasmosis. The rarity of African histoplasmosis in our country corroborates current data from the literature, however this could also be due to an underdiagnosis often influenced by self-medication.

Key words: Histoplasmosis, African, Disseminated, Child

How to cite this article: Diane BF, Kante MD1, Keita F, Savané M, Touré M, Soumah MM, Keita M, Tounkara TM, Cisse M. African histoplasmosis in a child in Guinea: About a case. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):46-49.

**Submission:** 21.07.2023; **Acceptance:** 27.08.2023



# Histoplasmose africaine chez un enfant en Guinee: a propos d'un cas

Boh Fanta Diané, Mamadou Diouldé 1 Kanté, Fatimata Keita, Moussa Savané, Mariam Touré, Mohamed Maciré Soumah, Moussa Keita, Thierno Mamadou Tounkara, Mohamed Cisse

<sup>1</sup>Department of Dermatology-Venerology Donka National Hospital, Conakry, Guinea, <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences and Techniques, Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Guinea

Corresponding author: Mamadou Diouldé 1 Kanté, MD, E-mail: diouldekante18@gmail.com

#### **RESUME**

L'histoplasmose africaine est une mycose profonde rare causée par deux variétés d'Histoplasma capsulatum (capsulatum et duboisii). Nous rapportons un cas d'histoplasmose chez un enfant immunocompétent. Patiente âgée de 6 ans, hospitalisée pour une altération de l'état général, une tuméfaction inflammatoire fluctuante du membre inférieur évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique mettait en évidence chez un patient altéré et fébrile, des lésions papulo-nodulaires de taille variable, fluctuante par endroit, ombiliquées disséminées prédominant sur le tronc, la racine des membres supérieurs et inférieurs. On retrouvait également des adénopathies axillaires, inguinales et une atteinte ostéo-articulaire. La radiographie du membre inférieur droit a mis en évidence une ostéomyélite. L'histopathologie du nodule biopsié a confirmé une histoplasmose Africaine. La rareté de l'histoplasmose africaine dans notre pays corrobore aux données actuelles de la littérature cependant ceci pourrait être due aussi à un sous diagnostic influencé souvent par l'automédication.

Mots clés: Histoplasmose, Africaine, Disséminée, Enfant

### INTRODUCTION

L'histoplasmose africaine est une mycose profonde rare, due à Histoplasma Capsulatum var. duboisii. Elle peut être localisée ou disséminée et elle atteint plusieurs organes parmi lesquels la peau, les ganglions et l'os [1]. Elle sévit de façon endémique dans les régions au climat chaud et humide de l'Afrique occidentale, centrale et à Madagascar [2–4]. Nous rapportons la première observation d'une histoplasmose chez un enfant immunocompétent en Guinée.

### **OBSERVATION**

Il s'agit d'une fille âgée de 6 ans, élève, sans antécédent pathologique particulier en provenance de la région forestière Guinéenne, hospitalisée pour une altération de l'état général, une tuméfaction inflammatoire fluctuante du membre inférieur droit associée à une impotence fonctionnelle le tout évoluant depuis 4 mois environ. Elle aurait pris en automédication de l'Amoxicilline pendant 4 semaines et une phytothérapie en bain et per os avant son hospitalisation. L'examen clinique mettait en évidence chez un patient altéré et fébrile, des lésions papulo-nodulaires de taille variable, ferme de consistance et fluctuante par endroit, ombiliquées disséminées sur tout le tégument prédominant sur le tronc, la racine des membres supérieurs et inférieurs (Fig. 1a). Les muqueuses buccale et génitale étaient épargnées. On retrouvait également des adénopathies d'allure inflammatoire bilatérale axillaires et inguinales et une déformation axiale du membre inférieur droit, associée à une atteinte articulaires des coudes et genoux gênant ainsi toutes mobilités des membres (Fig. 1b). Le reste de l'examen clinique en particulier pulmonaire et neurologique était normal.

How to cite this article: Diane BF, Kante MD1, Keita F, Savané M, Touré M, Soumah MM, Keita M, Tounkara TM, Cisse M. Histoplasmose africaine chez un enfant en Guinee: a propos d'un cas. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):46-49.

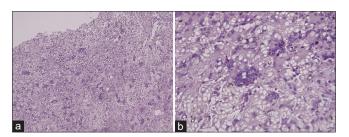
**Submission:** 21.07.2023; **Acceptance:** 27.08.2023

Le bilan sanguin réalisé comprenant la biochimie, l'IDR à la tuberculine, la sérologie rétrovirale, l'électrophorèse de l'hémoglobine et le Gen X-pert sur le pus était normal. La numération formule sanguine et plaquette montrait une anémie normocytaire normochrome de 9g/dl. La radiographie du membre inférieur droit montrait une ostéomyélite associée à une déformation axiale. Ceci a motivé un avis spécialisé pour une prise en charge multidisciplinaire.

L'examen histologique du nodule biopsié a mis en évidence un dense infiltrat granulomateux diffus dans le derme, polymorphe avec de nombreuses cellules géantes multinucléées et des plasmocytes. De nombreux organismes de grande taille, ovoïdes ou levureformes siégeant au sein et en dehors des macrophages du granulome. Ces corps PAS positifs au centre sont entourés d'un halo clair périphérique correspondant à la paroi externe des levures (Figs. 2a et 2b) correspondant à l'aspect de celui d'une histoplasmose à grande levure (Africaine). Compte tenu de la rupture de l'amphotéricine B injectable dans notre contexte, le



Figure 1: (a) Lésions papulo-nodulaires ombiliquées sur le tronc avant initiation du traitement. (b) Tuméfaction inflammatoire bilatérale des genoux avant initiation du traitement.



**Figure 2:** (a) Dense infiltrat granulomateux diffus dans le derme, polymorphe avec de nombreuses cellules géantes multinucléées et des plasmocytes (Grossissement × 40). Nombreux organismes de grande taille, ovoïdes ou levureformes siégeant au sein et en dehors des macrophages du granulome (Grossissement × 100).

fluconazole à raison de 4mg/kg/jour a été administré par voie orale associé à un drainage chirurgical du nodule abcédé de la jambe. L'évolution était favorable après douze (12) semaines de traitement.

### **DISCUSSION**

L'histoplasmose à Histoplasma capsulatum var. duboisii ou histoplasmose à grandes formes est une affection rare mais non exceptionnelle en Afrique [5,6]. Cette rareté pourrait probablement s'expliquer par une errance diagnostique fréquente. En Guinée, à notre connaissance aucune étude antérieure n'a été faite sur l'histoplasmose; nous rapportons le premier cas d'histoplasmose chez un enfant immunocompétent histologiquement confirmé. En Afrique plusieurs cas d'histoplasmoses ont été décrits chez des enfants immunocompétents [1,5,7-10]. Au Togo dix-sept cas d'histoplasmoses africaines ont été diagnostiqués en 15 ans confirmant le faible taux d'incidence de cette maladie en Afrique ainsi que dans d'autres continents [4,7,11]. L'histoplasmose africaine sévit dans le continent africain entre 200 de latitude nord et 20o de latitude Sud, et à Madagascar [4,12]. Comme le nôtre, venu de la région sud de la guinée qui est une zone humide, à Madagascar des cas ont été rapportés dans les zones à climat tropicale et humide [4]. Bien que les données de la littérature montrent une prédominance masculine au cours de l'histoplasmose africaine [2,4,5,8–11]; le genre féminin n'est pas épargné comme c'est le cas de notre patiente âgée de six ans. En Afrique, les études menées sont des rapports de cas cliniques et la fréquence réelle des histoplasmoses n'est pas connue [4,13,14]. La plupart des cas d'histoplasmose africaine rapportés dans la littérature ont été observés chez les enfants de moins de quinze ans [5,9] concordant avec le nôtre. Notre patiente présentait des localisations typiques de l'histoplasmose africaine. Comme dans la littérature [4,5,10]; nous avons noté une atteinte multifocale associant une localisation cutanée diffuse. ostéo-articulaire et ganglionnaire chez notre patiente. Elle présentait un polymorphisme lésionnel associant de nodules, papules, abcès avec une dissémination des lésions sur la quasi-totalité du tégument. L'atteinte ostéoarticulaire était marquée par des douleurs très intenses entrainant une déformation des membres inférieurs. Ces différentes localisations décrites chez notre patiente concordent à certaines données rapportées dans la littérature [5,7]. Le diagnostic de certitude de l'histoplasmose africaine repose sur

l'analyse histologique des biopsies cutanées et/ou de l'examen mycologique du pus [5,9]. Tel était notre cas, L'examen anatomopathologique a permis de confirmer le diagnostic en mettant en évidence à la microscopie un infiltrat diffus dans le derme polymorphe avec de nombreuses cellules géantes multinucléées parfois spumeuses. De nombreux organismes de grande taille ovoïdes ou levureformes siégeant aussi bien au sein et en dehors des macrophages. Ces corps PAS positifs au centre sont entourés d'un halo clair périphérique correspondant à la paroi externe des vaisseaux.

### CONCLUSION

La fréquence de l'histoplasmose africaine est très faible au service de dermatologie vénérologie du CHU Donka. La rareté de cas observé dans notre service pourrait être due à un sous diagnostic et l'utilisation du fluconazole reste une alternative possible dans les pays où l'amphotéricine B est souvent en rupture comme le nôtre.

### Consent

The examination of the patient was conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki.

The authors certify that they have obtained all appropriate patient consent forms, in which the patients gave their consent for images and other clinical information to be included in the journal. The patients understand that their names and initials will not be published and due effort will be made to conceal their identity, but that anonymity cannot be guaranteed.

#### REFERENCES

- Boukassa L, Bambino SK, Ekouélé-Mbaki HB, Ngackosso OB, Péko JF. Histoplasmose à Histoplasma Capsulatum Var. Duboisii: Une Rare Cause d'Abcès Isolé du Scalp. Health Sci Dis. 2018;19:99-100.
- Ndiaye D, Diallo M, Sene PD, Ndiaye M, Ndir O. Histoplasmose disséminée à Histoplasma capsulatum var. duboisii au Sénégal. À propos d'un cas chez un patient VIH positif. J Mycol Méd. 2011;21:60-4.

- Yi K, Kc A, BBs K, Ej E, Ka K. Histoplasmose cutanée à histoplasma capsulatum var capsulatum: une forme létale chez une patiente immunocompétente/cutaneous Histoplasmosis to histoplasma capsulatum var capsulatum: a lethal form in an immunocompetent patient. Rev Int Sc Méd. 2016;18:123-6.
- Rakotoarivelo RA, Razafimahefa SH, Andrianiaina HD, Randria MJD. Une histoplasmose africaine chez un patient malgache immunocompétent. Bull Société Pathol Exot. 2010;103:19-21.
- Barro/Traoré F, Sanwidi M, Dao F, Korsaga/Somé N, Niamba P, Traoré A, et al. Disseminated African Histoplasmosis in an immunocompetent child in Burkina Faso: one case. Our Dermatol Online. 2013;4:361-8.
- Maslin J, Morand JJ, Menard G, Claude V. HIstoplasmoses. Med Trop. 2002;62:589-93.
- Carme B, Hayette MP, Ngaporo AI, Ngolet A, Darozzin F, Moyikoua A, et al. Histoplasmose Africaine à Histoplasma Duboisii (Histoplasma capsulatum var. Duboisii): quatorze cas congolais observés en 10 ans (1981-1990). J Mycol Méd. 1993;3:67-73.
- Sissinto Epouse Savi De Tove Y, Ogouyemi-Hounto A, Azon-Kouanou A, Savi De Tove KM, Atadokpede F, Agbodande A, et al. Histoplasmose africaine: difficultés de prise en charge: à propos de 2 cas diagnostiques au Bénin. J Mycol Méd. 2017; 27:e34.
- Darré T, Saka B, Mouhari-Touré A, Dorkenoo AM, Amégbor K, Pitche VP, et al. Histoplasmosis by *Histoplasma capsulatum* var. duboisii Observed at the Laboratory of Pathological Anatomy of Lomé in Togo. J Pathog. 2017;2017:1-3.
- Nomtondo Ouédraogo A, Tapsoba P, Ouédraogo SM, Traoré F, Ouédraogo A, Kouassi A, et al. Une histoplasmose africaine simulant une tuberculose multifocale. Ann Dermatol Vénéréologie. 2019;146:A356.
- Diadie S, Diatta B, Ndiaye M, Gaye M, Sow D, Ndiaye MT, et al. Histoplasmose multifocale à Histoplasma capsulatum var. duboisii chez un Sénégalais de 22ans sans immunodépression prouvée. J Mycol Médicale J Med Mycol. 2016;26:265-70.
- Arlet JB, Furco-Mazzantini A, Huerre M, Neuville S, Molina JM. African Histoplasmosis Infection with Peritoneal Involvement. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2004;23:342-4.
- Zida A, Niamba P, Barro-Traoré F, Korsaga-Somé N, Tapsoba P, Briegel J, et al. Disseminated histoplasmosis caused by Histoplasma capsulatum var. duboisii in a non-HIV patient in Burkina Faso: Case report. J Mycol Méd. 2015;25:159-62.
- Bishop JA, Nelson AM, Merz WG, Askin FB, Riedel S. Evaluation of the detection of melanin by the Fontana-Masson silver stain in tissue with a wide range of organisms including Cryptococcus. Hum Pathol. 2012;43:898-903.

Copyright by Boh Fanta Diané, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: This article has no funding source.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.



# Chilhood psoriasis: About one case observed in the dermatology unit at the CNHU-HKM of Cotonou

Peggy Mboli-Goumba Guérendo<sup>1</sup>, Boh Fanta Diané<sup>2</sup>, Nadège Agbessi Mekoun<sup>3</sup>, Fabrice Akpadjan<sup>4</sup>, Bérénice Dégboé<sup>4</sup>, Christiane Koudoukpo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dermatology-Venerology Unit, National University Hospital Center of Bangui, Health Sciences Faculty, University of Bangui, Central African Republic, <sup>2</sup>Dermatology-STI Unit, Donka University Hospital Center, Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Guinea, <sup>3</sup>Dermatology-Venerology Unit, Departmental University Hospital Center-Borgou/Aligori, Medical School, University of Parakou, Benin, <sup>4</sup>Dermatology-Venerology, National University Hospital Center Hubert Koutoukou Maga, Health Sciences Faculty, University of Abomey-Calavi, Benin

Corresponding author: Mboli-Goumba Guérendo Peggy, MD, E-mail: pguerendo@yahoo.com

#### **ABSTRACT**

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease affecting almost 1% of children, starting the first months of life. In some journals, this prevalence is reported to be between 0.4 and 0.7%. We are reporting a case of childhood psoriasis in a 2-year-old patient. The case was observed in the Dermatology unit at the Hubert Koutoukou Maga National University Hospital of Cotonou (CNHU-HKM). The case clinical description will allow us to show the difficulties in establishing a diagnosis and how little are the treatment choices available in our clinical settings.

Key words: Psoriasis, Children, Diagnosis, Treatment

How to cite this article: Mboli-Goumba Guérendo P, Diané BF, Agbessi Mekoun N, Akpadjan F, Dégboé B, Koudoukpo C. Chilhood psoriasis: About one case observed in the dermatology unit at the CNHU-HKM of Cotonou. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):50-53.

**Submission:** 06.10.2023; **Acceptance:** 02.11.2023



# Psoriasis de l'enfant: À propos d'un cas observe dans le service de dermatologie du CNHU-HKM de Cotonou

Peggy Mboli-Goumba Guérendo<sup>1</sup>, Boh Fanta Diané<sup>2</sup>, Nadège Agbessi Mekoun<sup>3</sup>, Fabrice Akpadjan<sup>4</sup>, Bérénice Dégboé<sup>4</sup>, Christiane Koudoukpo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dermatology-Venerology Unit, National University Hospital Center of Bangui, Health Sciences Faculty, University of Bangui, Central African Republic, <sup>2</sup>Dermatology-STI Unit, Donka University Hospital Center, Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Guinea, <sup>3</sup>Dermatology-Venerology Unit, Departmental University Hospital Center-Borgou/Aligori, Medical School, University of Parakou, Benin, <sup>4</sup>Dermatology-Venerology, National University Hospital Center Hubert Koutoukou Maga, Health Sciences Faculty, University of Abomey-Calavi, Benin

Corresponding author: Mboli-Goumba Guérendo Peggy, MD, E-mail: pguerendo@yahoo.com

#### **RESUME**

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique touchant près de 1 % des enfants, dès les premiers mois de vie. Dans certaines revues, cette prévalence est estimée entre 0,4 % et 0,7 %. Nous rapportons ici un cas de psoriasis chez un nourrisson de 2 ans. Ce cas était observé dans le service de Dermatologie du CNHU-HKM de Cotonou. La description clinique nous permettra de montrer les difficultés de diagnostic que peut présenter ce cas ainsi que l'éventail étroit de traitements disponibles dans notre contexte.

Mots clés: Psoriasis, Enfant, Diagnostic, Traitement

### INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique touchant près de 1 % des enfants, dès les premiers mois de vie [1]. Dans certaines revues, cette prévalence est estimée entre 0,4 % et 0,7 % [2]. Le traitement du psoriasis s'appuie essentiellement sur les émollients, les dermocorticoïdes et les kératolytiques; néanmoins, des traitements généraux peuvent également être utilisés comme l'acitrétine [3]. Le but de notre travail était de rapporter un cas de psoriasis de l'enfant observé à Cotonou.

### **CASE REPORT**

Il s'agissait d'un nourrisson de 2 ans, de sexe masculin, aux antécédents personnels et familiaux de conjonctivite, d'«hémolyse intravasculaire», adressé en consultation pour une dermatose évoluant depuis deux ou trois mois faisant évoquer une toxidermie médicamenteuse. L'histoire révélait un début par une «tache rouge» prurigineuse du menton évoluant sur un mode continu, avec une extension secondaire au reste du tégument. A l'interrogatoire, aucune prise médicamenteuse, aucun facteur déclenchant ni pharyngite précédant la tâche n'était identifié. Une phytothérapie locale et per os était le seul traitement reçu à domicile. Aucun examen complémentaire n'était disponible le jour de la lère consultation dermatologique. L'examen physique avait mis en évidence des médaillons, placards et nappes maculeux érythémato squameux (squames psoriasiformes et furfuracées) siégeant de manière éparse sur tout le revêtement cutané (avec des espaces de peau saine) (Fig. 1a) mais recouvrant tout le visage (Fig. 1b), le cuir chevelu (Fig. 1c) et les organes génitaux externes, associés à des fissures linéaires de la commissure labiale (Fig. 1b), avec un respect des paumes, plantes et ongles. Devant ce tableau, un psoriasis de l'enfant, une dermite séborrhéique, un eczéma, une dermatose carentielle et une toxidermie médicamenteuse étaient les hypothèses émises. Le diagnostic de psoriasis

How to cite this article: Mboli-Goumba Guérendo P, Diané BF, Agbessi Mekoun N, Akpadjan F, Dégboé B, Koudoukpo C. Psoriasis de l'enfant: À propos d'un cas observe dans le service de dermatologie du CNHU-HKM de Cotonou. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):50-53.

**Submission:** 06.10.2023; **Acceptance:** 02.11.2023



Figure 1: (a) Psoriasis du tronc antérieur (médaillons et placards érythémato-squameux). (b) Psoriasis du visage (nappe érythémateuse squameuse). (c) Psoriasis du cuir chevelu.



Figure 2: (a) Psoriasis du visage et du tronc antérieur après traitement. (b) Psoriasis du cuir chevelu après traitement. (c) Psoriasis du tronc antérieur après traitement.

de l'enfant (incluant un psoriasis du visage et des langes) avait été retenu devant les lésions érythématosquameuses, les squames recouvrant l'érythème sans déborder et l'atteinte des régions convexes du visage. Le traitement suivant avait été instauré: vaseline officinale simple en application sur tout le corps, méquitazine en sirop, une association d'acide salicylique et de bétaméthasone en lotion pour le cuir chevelu les soirs, desonide 0,1% en crème matin et soir sur le reste du corps. Un soutien psychologique des parents avait été proposé. Une amélioration de l'aspect cutané avait été obtenue au bout de deux mois de traitement (Figs. 2a – 2c).

### **DISCUSSION**

Le psoriasis est une affection cutanée inflammatoire fréquente d'évolution chronique. Le cas rapporté ici n'est pas rare. Il s'est manifesté par une lésion initiale qui était une plaque érythémato-squameuse comme dans 79 % des cas rapportés par Frikha et al dans une étude réalisée sur 207 cas de psoriasis [4]. Nous n'avons mis en évidence aucun facteur déclenchant, contrairement à l'étude de Frikha et al qui a révélé une infection streptococcique (9,2 %), un stress (2,4 %), une vaccination par le vaccin VHB (virus de l'hépatite B) (0,5 %) et par le vaccin HI (Haemophilus influenza) (0,5 %) [4]. A l'examen, l'atteinte céphalique: cuir chevelu et visage était majeure. Cela confirme les résultats de Frikha et al en 2015 [4] ainsi que ceux de Mahé et al en 2019 [5], qui, au cours de leurs études, avaient révélé le cuir chevelu comme étant la topographie prédominante chez le nourrisson. Néanmoins, comme décrit dans la littérature par Guilhou [6], le psoriasis de l'enfant peut revêtir tous les aspects du psoriasis de l'adulte, avec cependant des particularités comme une atteinte du visage et des parties génitales (psoriasis des langes), aspects typiques également retrouvés dans le cas clinique ici présenté. D'après Lavaud et Mahé, l'arsenal thérapeutique actuel incluant les traitements locaux, permet le plus souvent de contrôler cette dermatose [7]. Cela est confirmé par notre cas clinique qui s'est amélioré grâce à un traitement local à base de dermocorticoïdes et d'émollients. Le soutien psychologique des parents a contribué à la réussite de la prise en charge. Selon Maza et al [8], une psychothérapie de soutien peut être une aide supplémentaire dans la prise en charge du psoriasis.

### CONCLUSION

La forme clinique la plus fréquente du psoriasis est la forme en plaques qui ne toucherait qu'un enfant sur 2 contre 80 % des adultes atteints de psoriasis. Les formes des langes, du visage et du cuir chevelu semblent représenter des aspects propres aux enfants. Selon la littérature, les formes les plus fréquentes chez le nourrisson sont soit le psoriasis du cuir chevelu soit celui des langes. L'intérêt de notre présentation est double. Il est d'abord diagnostique face aux diverses possibilités de diagnostics différentiels. L'intérêt est aussi thérapeutique. Malgré la multitude de traitements disponible, la corticothérapie locale reste le traitement de choix.

### Consent

The examination of the patient was conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki.

The authors certify that they have obtained all appropriate patient consent forms, in which the patients gave their consent for images and other clinical information to be included in the journal. The patients understand that their names and initials will not be published and due effort will be made to conceal their identity, but that anonymity cannot be guaranteed.

### REFERENCES

- Mahé E, Gnossike P, Sigal M-L. Le psoriasis de L'Enfant. Arch Pédiatr. 2014;21:778-86.
- Bonigen J, Phan A, Hadj-Rabia S, Boralévi F, Bursztejn A-C, Bodemer C, et al. Impact de l'âge et du sexe sur les aspects cliniques et épidémiologiques du psoriasis de l'enfant. Données d'une étude transversale multicentrique française. Ann Dermatol Vénéréol. 2016;143:354-63.
- 3. Daniel Y, Dazin E, Houze B, Hourt N, Lebleu C. Psoriasis de l'enfant en contexte humanitaire Arch Pédiatr. 2012;19:1322-4.

- Frikha F, Mseddi M, Chaabane H, Sellam K, Bahloul E, Masmoudi A, et al. Psoriasis de l'enfant: étude rétrospective de 207 cas. Ann Dermatol Vénéréol. 2015;142:S543-4.
- Mahé E, Maccari F, Ruer-Mulard M, Bodaqk N, Barthelemy H, Nicolas C, et al. Psoriasis de l'enfant vu en milieu libéral: les aspects cliniques et épidémiologiques diffèrent des données habituellement publiées. Children with psoriasis in secondary care: Clinical aspects and comorbidities diverge from the generally published data. Ann Dermatol Vénéréol. 2019;146:354-62.
- Guilhou JJ. Psoriasis: diagnostic et étiopathogénie. In: collectif. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Editions Scientifiques et Médicales, Paris, Elsevier SAS, 2000, Dermatologie, 98-190-A-10, 17p.
- Lavaud J, Mahé E. Traitement proactif du psoriasis de l'enfant. Ann Dermatol Vénéréol. 2020;147:29-35.
- Maza A, Dreyfus I, Lahfa M, Paul C, Mazereeuw J. Psoriasis de l'enfant: prise en charge pratique. Childhood psoriasis: Practical management. J Pediatr Pueric. 2014;27:1-8.

Copyright by Mboli-Goumba Guérendo Peggy, et al. This is an openaccess article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: This article has no funding source.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.



# When Dermoscopy enlightens the diagnosis of scalp lupus

### Cyrine Marmech<sup>1</sup>, Jacqueline Rivet<sup>2</sup>, Pascal Reygagne<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sabouraud Health Center, Saint Louis Hospital, Paris, France, <sup>2</sup>Mathurin Moreau Dermatopathology Cabinet, Paris, France

Corresponding author: Cyrine Marmech, MD, E-mail: cyrine1992.marmech@gmail.com

How to cite this article: Marmech C, Rivet J, Reygagne P. When Dermoscopy enlightens the diagnosis of scalp lupus. Our Dermatol Online. 2023;14(Supp. 2):54-56.



## Quand la dermoscopie éclaire le diagnostic du lupus du cuir chevelu

### Cyrine Marmech<sup>1</sup>, Jacqueline Rivet<sup>2</sup>, Pascal Reygagne<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sabouraud Health Center, Saint Louis Hospital, Paris, France, <sup>2</sup>Mathurin Moreau Dermatopathology Cabinet, Paris, France

Corresponding author: Cyrine Marmech, MD, E-mail: cyrine1992.marmech@gmail.com

Sir,

Le cuir chevelu représente l'une des localisations les plus fréquemment touchées au cours du lupus érythémateux chronique. Cette pathologie entraine une alopécie initialement inflammatoire mais qui devient rapidement cicatricielle. Un diagnostic et un traitement rapides s'imposent donc afin d'améliorer le pronostic des patients. L'apport diagnostique de la dermoscopie dans les alopécies cicatricielles est considérable. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte d'un lupus discoïde diagnostiqué par dermoscopie et confirmé à la biopsie.

Une patiente de 38 ans sans antécédents pathologiques consulte pour une alopécie localisée du cuir chevelu évoluant depuis 1 an. L'examen physique retrouve une plaque alopécique érythématosquameuse circulaire du vertex, de 4 cm de diamètre et très bien limitée (Fig. 1a). Le reste de l'examen dermatologique retrouve au niveau des pavillons des oreilles des lésions érythématosquameuses avec atrophie centrale. La dermoscopie du cuir chevelu met en évidence des télangiectasies sur un fond érythémateux congestif et des ostia folliculaires persistants contenant des bouchons kératosiques jaune brunâtres en mégapoints (Fig. 1b). On note également des points rouges folliculaires et périfolliculaires. Il n'y avait pas de coloration brun foncé, pas de points gris bleux ni de halos périfolliculaires blanchâtres. La biopsie faite au niveau du cuir chevelu a conclu à un lupus érythémateux discoïde.

La trichoscopie est un outil non invasif, qui facilite le diagnostic positif et le diagnostic étiologique des



Figure 1: (a) Plaque alopécique érythématosquameuse circulaire du vertex, de 4 cm de diamètre et très bien limitée. (b) Fond érythémateux + télagiectasies + ostia folliculaires persistants contenant des bouchons kératosiques jaune brunâtres en mégapoints.

alopécies cicatricielles. De plus la dermoscopie, en matière de lupus chronique, est prédictive du stade évolutif de la maladie. Au stade initial, la présence de bouchons kératosiques, de mégapoints jaunes correspondent à des globes cornés en zone active anciennement atteinte [1]. Les mégacapillaires et les vaisseaux télangiectasiques sont secondaires à l'inflammation périfolliculaire [2]. Les études de Bruna et de Belond et al ont trouvé que les vaisseaux arborescents et les bouchons cornés étaient les signes les plus prédictifs du lupus discoïde [3]. Les points rouges folliculaires sont également décrits comme spécifiques de lupus érythémateux discoïde car non retrouvés dans les autres alopécies cicatricielles [1]. Ces points rouges folliculaires traduisent un lupus érythémateux discoïde inflammatoire et évolutif. Ils disparaissent après traitement [4]. Plus tardivement, on retrouve des halos blanchâtres périfolliculaires [2]. Le stade final est caractérisé par la disparition des bouchons kératosiques, une coloration brun foncé dispersée formant un motif moucheté non retrouvé dans notre cas. En effet cet aspect est de description récente correspondant à une dégénérescence de la couche basale et à la présence de mélanophages et de mélanine dans le derme papillaire,

How to cite this article: Marmech C, Rivet J, Reygagne P. Quand la dermoscopie éclaire le diagnostic du lupus du cuir chevelu. Our Dermatol Online. 2023; 14(Supp. 2):54-56.

**Submission:** 21.02.2023; **Acceptance:** 01.07.2023

#### www.odermatol.com

une découverte compatible avec une dermatite d'interface active [5]. Ces images sont secondaires à l'incontinence pigmentaire et à l'alopécie cicatricielle [2]. Les plaques blanches cicatricielles sont secondaires à la fibrose folliculaire et traduisent l'évolution cicatricielle du lupus [5].

Grâce à la reconnaissance de plusieurs patrons et de signes spécifiques comme les points rouges, les vaisseaux arborescents et les bouchons cornés, la trichoscopie permet au clinicien de différencier le lupus érythémateux discoïde des autres alopécies cicatricielles, et donc de faciliter son diagnostic [1].

### **REFERENCES**

1. Boumaiza S, Litaiem N, Gara S, Chaabani M, Rammeh S, Jones M, et al. Quand la trichoscopie éclaire la clinique: diagnostic des

- alopécies cicatricielles et du lupus érythémateux discoïde.Rev Méd Interne. 2019;40:A173.
- El Gaitibi FA, Belcadi J, Oulad Ali S, Znati K, Senouci K, Ismaili N. Comedonal plaque on the scalp. Dermoscopy case of the month. JAAD Case Rep. 2021;11:90-2.2352-5126.
- Bouakkaz A, Chibane A, Tibouk A, Kihal O, Djeridane A. Trichoscopie du lupus discoïde: étude de 10 cas. Ann Dermatol Venereol. 2021;1:A304-5.
- Tosti A, Torres F, Misciali C, Vincenzi C, Starace M, Miteva M, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. Arch Dermatol. 2009;145:1406-9.
- Duque-Estrada B, Tamler C, Tavares Sodré C, Baptista Barcaui C, Burnier Carlos Pereira F. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. Un Bras Dermatol. 2010;85:17983.

Copyright by Cyrine Marmech, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared.



Our Dermatology Online

www.odermatol.com Suppl. 2 2023, 05.November.2023)