

Volume 16, Supplement 1, April 2025

p. 1 - 33

Issue online since Sunday April 20 2025

ISSN: 2081-9390

DOI: 10.7241/ourd

Notre  
**Dermatologie** en ligne  
[www.odermatol.com](http://www.odermatol.com)



- L'ochronose exogène liée à la dépigmentation cosmétique à Dakar : aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et dermoscopiques

- Maladie de kaposi au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

- Stigmatisation et discrimination vécues par les personnes atteintes d'albinisme au Togo en 2020

Supplement 1 / 2025

# 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: [brzezo077@yahoo.com](mailto:brzezo077@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](mailto: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 Access 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, COncnecting 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

[www.ndermatol.like.pl](http://www.ndermatol.like.pl)

since issue 2.2010 to issue 3.2011

[www.odermatol.like.pl](http://www.odermatol.like.pl)

since issue 4.2011

[www.odermatol.com](http://www.odermatol.com)

**Previous shortcut:**

since issue 1.2010 to issue 3.2011

N Dermatol Online

since issue 4.2011

Our Dermatol Online

**Previous ISSN:**

2081-7904

---

**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 full 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 Aboutd 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)  
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)  
Hegyí Vladimir, Prof. (Slovakia)  
Hidalgo-Matlock Benjamin, MD (Costa Rica)  
Janjua Shahbaz, MD (Pakistan)  
Jeseňák Miloš, Ass. Prof. (Slovakia)  
Jeewon Rajesh, Ph.D. (Mauritius)  
Jordán Rodríguez Ramiro, Prof. (Bolivia)  
Julian Rolando, Prof. (El Salvador)  
Kaszuba Andrzej, Prof. (Poland)  
Kaštelan Marija, Prof. (Croatia)  
Katsambas Andreas, Prof. (Greece)  
Kazlouskaya Viktoriya, 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)  
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-Teixeira 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)  
Singh Harjeet, MD (Qatar)  
Slavic Vjerolsva, MD PhD (Montenegro)

## Editorial Board

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 Anaparthi, 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

- Exogenous ochronosis associated with cosmetic skin bleaching in Dakar: epidemiological, anatomoclinical and dermoscopic aspects..... 1  
*Birame Seck, Mame Téné Ndiaye, Boubacar Ahy Diatta, Assane Diop, Saer Diadie, Maodo Ndiaye, Fatimata Ly, Suzanne Oumy Niang, Moussa Diallo*
- L'ochronose exogène liée à la dépigmentation cosmétique à Dakar: aspects épidémiologiques, anatomocliniques et dermoscopiques..... 2  
*Birame Seck, Mame Téné Ndiaye, Boubacar Ahy Diatta, Assane Diop, Saer Diadie, Maodo Ndiaye, Fatimata Ly, Suzanne Oumy Niang2, Moussa Diallo*
- Kaposi's disease in the dermatology department of the university hospital of Libreville: Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects ..... 6  
*Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat, Stéphanie Ntsame Ngoua, Sophie Radembino Coniquet, Ghislaine Kouyou Moussirou, Hadry Roger Sibi Matotou, Marielle Igala, Marielle Karine Bouyou Akotet*
- Maladie de kaposi au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville: Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques ..... 7  
*Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat, Stéphanie Ntsame Ngoua, Sophie Radembino Coniquet, Ghislaine Kouyou Moussirou, Hadry Roger Sibi Matotou, Marielle Igala, Marielle Karine Bouyou Akotet*
- Stigma and discrimination experienced by people with albinism in Togo in 2020 ..... 12  
*Abla Sefako Akakpo, Julienne Noudé Téleclessou, Frédéric Yakoubou Youa, Panawé Kassang, Kossivi Agbélenko Afanvi, Reine-Pélagie Gligbe, Piham Gnossike, Abas Mouhari-Touré, Tossou Atchrimi, Koussaké Kombaté, Didier Koumavi Ekouevi, Palokinam Pitché, Bayaki Saka*
- Stigmatisation et discrimination vécues par les personnes atteintes d'albinisme au Togo en 2020..... 13  
*Abla Sefako Akakpo, Julienne Noudé Téleclessou, Frédéric Yakoubou Youa, Panawé Kassang, Kossivi Agbélenko Afanvi, Reine-Pélagie Gligbe, Piham Gnossike, Abas Mouhari-Touré, Tossou Atchrimi, Koussaké Kombaté, Didier Koumavi Ekouevi, Palokinam Pitché, Bayaki Saka*

## CASE REPORTS

- Cutaneous polyarteritis nodosa: A paediatric case..... 21  
*Diop Khadim, Ndiaye MT, Paglan PE, Ba ID, Diassé F, Yassine L, Tall F, Diallo M, Ndiaye O, Niang SO*
- Péri-artérite noueuse cutanée: un cas pédiatrique..... 22  
*Diop Khadim, Ndiaye MT, Paglan PE, Ba ID, Diassé F, Yassine L, Tall F, Diallo M, Ndiaye O, Niang SO*
- A case of periarteritis nodosa in an adolescent in the Dermatology-Venereology department of the Donka national hospital (Guinea) ..... 26  
*Emmanuel Yombouno, Moussa Savané, Mamadou Lamine Diallo, Boh Fanta Diané, Mamadou Diouldé I Kanté, Issiaga Camara Marguerite Bomboh Bangoura, Mariama Saliou Touré, Mamadou Aliou Bademba Barry, Aly Badra Kamissoko, Mohamed Maciré Soumah, Thierno Mamadou Tounkara, Moussa Kéita, Mohamed Cissé*
- Un cas de périartérite noueuse chez un adolescent au service de Dermatologie-Vénérologie de l'hôpital national Donka (Guinée) ..... 27  
*Emmanuel Yombouno, Moussa Savané, Mamadou Lamine Diallo, Boh Fanta Diané, Mamadou Diouldé I Kanté, Issiaga Camara Marguerite Bomboh Bangoura, Mariama Saliou Touré, Mamadou Aliou Bademba Barry, Aly Badra Kamissoko, Mohamed Maciré Soumah, Thierno Mamadou Tounkara, Moussa Kéita, Mohamed Cissé*
- Trachyonychia or unguis dystrophy of the twenty nails: An idiopathic clinical case in an infant..... 30  
*Abla Sefako Akakpo, Atsu Claude Adjivon, Panawe Kassang, Palokinam Pitche*
- Trachyonychie ou dystrophie unguéale des vingt ongles: un cas clinique idiopathique chez un nourrisson..... 31  
*Abla Sefako Akakpo, Atsu Claude Adjivon, Panawe Kassang, Palokinam Pitche*

# Exogenous ochronosis associated with cosmetic skin bleaching in Dakar: epidemiological, anatomoclinical and dermoscopic aspects

**Birame Seck<sup>1</sup>, Mame Téné Ndiaye<sup>1</sup>, Boubacar Ahy Diatta<sup>2</sup>, Assane Diop<sup>1</sup>, Saer Diadie<sup>2</sup>, Maodo Ndiaye<sup>2</sup>, Fatimata Ly<sup>1</sup>, Suzanne Oumy Niang<sup>2</sup>, Moussa Diallo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dermatology Department, Social Hygiene Institute Hospital, Dakar, Senegal, <sup>2</sup>Department of Dermatology, Aristide Le Dantec Hospital, Dakar, Senegal

**Corresponding author:** Birame Seck, MD, E-mail: birame.seck@ugb.edu.sn

## ABSTRACT

**Background:** Exogenous ochronosis is one of the classic complications of cosmetic skin bleaching, most commonly associated with the use of hydroquinone-containing lightening products. There are very few studies specifically describing these different characteristics. We aimed to determine the epidemiological, anatomical-clinical, and dermoscopic aspects of exogenous ochronosis at the University Hospital of Dakar. **Material and Methods:** A descriptive, prospective study was conducted over six months at the Dermatology Department of the University Hospital of Dakar. All patients consulted for exogenous ochronosis were included. **Results:** A total of 47 female cases were included with a mean age of 43.5 years. The majority (93.6%) used hydroquinone-based lightening products. The average delay between the onset of exogenous ochronosis and the start of cosmetic skin bleaching was 8.8 years. Ochronosis lesions were pruritic in 23.4% of cases and classified as Dogliotti stage 2 in 87.2%. The most common site was the malar region (89.4%), followed by the neck (42.6%) and forearms (40.4%). On dermoscopy, all cases showed irregular globular, grey-blue, annular or arciform structures around the hair follicles. Telangiectatic capillary networks were present in 36.2% of cases. Anatomopathological studies performed in 8 patients showed abnormalities in the superficial and middle dermis, with intense fibrosis (n=8), elongated yellowish banana-shaped deposits (n=6), telangiectasias (n=3) and perivascular inflammatory infiltrate (n=2). **Conclusion:** Our study shows a relatively low incidence of exogenous ochronosis in hospital practice. It is mainly associated with the prolonged use of bleaching products containing hydroquinone. Dermoscopy is an interesting diagnostic tool for exogenous ochronosis and also provides a better understanding of the mechanism by which it occurs.

**Key words:** Exogenous ochronosis, Cosmetic skin bleaching, Hydroquinone, Dermoscopy

**How to cite this article:** Seck B, Ndiaye MT, Diatta BA, Diop A, Diadie S, Ndiaye M, Ly F, Niang SO, Diallo M. Exogenous ochronosis associated with cosmetic skin bleaching in Dakar: epidemiological, anatomoclinical and dermoscopic aspects. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):1-5.

**Submission:** 25.10.2024; **Acceptance:** 01.12.2024

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.1

# L'ochronose exogène liée à la dépigmentation cosmétique à Dakar: aspects épidémiologiques, anatomocliniques et dermoscopiques

**Birame Seck<sup>1</sup>, Mame Téné Ndiaye<sup>1</sup>, Boubacar Ahy Diatta<sup>2</sup>, Assane Diop<sup>1</sup>, Saer Diadie<sup>2</sup>, Maodo Ndiaye<sup>2</sup>, Fatimata Ly<sup>1</sup>, Suzanne Oumy Niang<sup>2</sup>, Moussa Diallo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dermatology Department, Social Hygiene Institute Hospital, Dakar, Senegal, <sup>2</sup>Department of Dermatology, Aristide Le Dantec Hospital, Dakar, Senegal

**Corresponding author:** Birame Seck, MD, E-mail: birame.seck@ugb.edu.sn

## RESUME

**Introduction:** L'ochronose exogène est l'une des complications les plus classiques de la dépigmentation cosmétique liée le plus souvent à l'utilisation de produits éclaircissants contenant de l'hydroquinone. Il existe très peu d'études qui décrivent spécifiquement ces différentes caractéristiques. Notre objectif était de déterminer les aspects épidémiologiques, anatomocliniques et dermoscopiques de l'ochronose exogène au CHU de Dakar. **Matériel et méthodes:** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée sur une période de 6 mois (du 01 Avril au 30 septembre 2019) dans les services de Dermatologie du CHU de Dakar. L'étude avait inclus tous les patients consultant pour une ochronose exogène. **Résultats:** Nous avons colligé 47 cas, tous de sexe féminin, d'âge moyen de 43,5 ans. La majorité (93,6%) utilisaient des produits éclaircissants à base d'hydroquinone. Le délai moyen d'apparition de l'ochronose exogène par rapport au début de la dépigmentation cosmétique était de 8,8 ans. Les lésions d'ochronose étaient prurigineuses dans 23,4% des cas, et étaient classées au stade 2 de Dogliotti dans 87,2%. La région malaire était le site le plus affecté (89,4%), suivie de la nuque (42,6%) et des avant-bras (40,4%). En dermoscopie, tous les cas présentaient des structures globulaires irrégulières, gris-bleuâtres, de forme annulaire ou arciforme, localisées autour des follicules pileux. La présence d'un réseau capillaire télangiectasique était retrouvée dans 36,2% des cas. L'étude anatomopathologique, réalisée chez 8 patientes, montrait des anomalies au niveau du derme superficiel et moyen à type de fibrose intense (n=8), de dépôts jaunâtres allongés en forme de banane (n=6), de télangiectasies (n=3) et d'infiltrat inflammatoire périvasculaire (n=2). **Conclusion:** Notre étude montre une incidence relativement faible de l'ochronose exogène en pratique hospitalière. Elle est principalement liée à l'utilisation prolongée de produits éclaircissants contenant de l'hydroquinone. La dermoscopie constitue un outil diagnostique intéressant de l'ochronose exogène, et permet en outre de mieux comprendre son mécanisme de survenue.

**Mots-clés:** Ochronose exogène; Dépigmentation cosmétique; Hydroquinone; Dermatoscopie.

## INTRODUCTION

La dépigmentation cosmétique demeure un véritable phénomène de société dans de nombreux pays d'Afrique sub-Saharienne. Sa prévalence varie de 32 à 74% selon les pays [1]. Au Sénégal, la dépigmentation cosmétique concerne 67% de la population féminine [2]. Elle est responsable de nombreuses complications dermatologiques et aussi systémiques [2,3].

L'ochronose exogène est l'une de ses complications dermatologiques les plus classiques, secondaire à l'application prolongée de produits éclaircissants contenant de l'hydroquinone [4]. Elle se traduit habituellement par une hyperpigmentation acquise siégeant au niveau des zones photo-exposées [5]. Ainsi, l'ochronose exogène apparait comme une affection très inesthétique et stigmatisante, dont la prise en charge est réputée très difficile et décevante. Toutefois, il

**How to cite this article:** Seck B, Ndiaye MT, Diatta BA, Diop A, Diadie S, Ndiaye M, Ly F, Niang SO, Diallo M. L'ochronose exogène liée à la dépigmentation cosmétique à Dakar: aspects épidémiologiques, anatomocliniques et dermoscopiques. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):1-5.

**Submission:** 25.10.2024; **Acceptance:** 01.12.2024

**DOI:** 10.7241/our.d.2025S1.1

existe très peu d'études qui décrivent spécifiquement les différentes caractéristiques de cette affection dermatologique. Notre objectif était de déterminer les aspects épidémiologiques, anatomocliniques et dermoscopiques de l'ochronose exogène au CHU de Dakar.

## MATERIEL ET METHODES

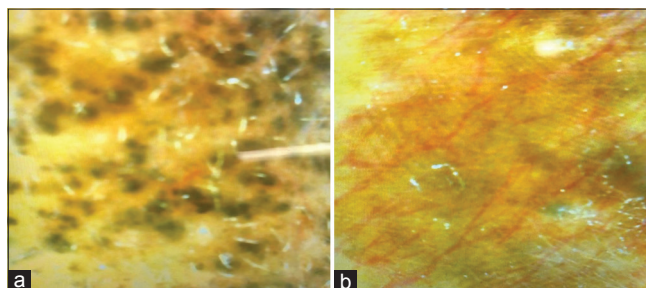
Il s'agissait d'une étude prospective descriptive multicentrique, réalisée dans les services de dermatologie de l'hôpital Aristide le Dantec et de l'hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar, sur une période de 6 mois (du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2019). Étaient inclus tous les patients consultant pour une ochronose exogène. La dermoscopie était réalisée chez tous les malades.

## RESULTATS

Nous avons colligé 47 patients, tous de sexe féminin, d'une moyenne d'âge de 43,5 ans avec des extrêmes de 25 et 63 ans. L'âge moyen de début de la dépigmentation cosmétique était de 24,8 ans et la durée moyenne de pratique de la dépigmentation était de 17,3 ans. Les produits éclaircissants utilisés par nos patientes étaient à base d'hydroquinone seule dans 72,3% des cas, d'association hydroquinone-dermocorticoïde dans 21,3% et de sels de mercure dans 6,4%. Le délai moyen d'apparition de l'ochronose exogène par rapport au début de la dépigmentation cosmétique était de 8,8 ans avec des extrêmes de 1 et 17 ans. Un délai d'apparition supérieur à 5 ans était retrouvé dans 85,1% des cas. La durée moyenne d'évolution de l'ochronose exogène était de 9,7 ans. Chez la majorité des cas (91,5%), les lésions d'ochronose étaient à type de placards pigmentés surmontés de micropapules réalisant un aspect granuleux. Elles étaient prurigineuses dans 23,4% des cas. Selon leur sévérité, les lésions d'ochronose étaient classées stade 2 de Dogliotti dans 87,2% des cas, stade 1 dans 8,5% et stade 3 dans 4,3%. La région malaire était le site le plus affecté (89,4%), suivie de la nuque (42,6%) et des avant-bras (40,4%) (Figs. 1a et 1b) (Tableau 1). A la dermoscopie, toutes les patientes présentaient des structures globulaires irrégulières, gris-bleuâtres, de forme annulaire ou arciforme, localisées autour des follicules pileux (Fig. 2a). La présence d'un réseau vasculaire télangiectasique était retrouvé dans 36,2% des cas (Fig. 2b). La biopsie cutanée, réalisée chez 8 patientes, montrait un épiderme atrophie (n=7), avec des anomalies au niveau du derme



**Figure 1:** (a) Ochronose exogène stade 2 localisées sur les régions malaïres et temporales. (b) Ochronose exogène stade 2 localisée à la nuque.



**Figure 2:** (a) La dermoscopie montrant des structures globulaires irrégulières autour des follicules. (b) La dermoscopie montrant un réseau capillaire télangiectasique.

**Tableau 1:** Répartition selon la topographie des lésions d'ochronose exogène

Localisation	Effectif n	Fréquence %
Région malaïre	42	89,4
Nuque	21	44,7
Avant-bras	19	40,4
Région temporale	16	34
Haut du dos	5	10,6
Arête du nez	3	6,4
Dos du pied	3	6,4
Espaces interdigitaux	2	4,3

superficiel et moyen, à type de fibrose intense faite de fibres collagènes épaissies et basophiles (n=8), de dépôts de pigments jaune dorés tantôt en forme de " banane ", tantôt trapézoïdes (n=6), de capillaires télangiectasiques (n=3) et d'infiltrats inflammatoires périvasculaires (n=2).

## DISCUSSION

Notre étude montre une incidence relativement faible de l'ochronose exogène en pratique hospitalière à Dakar avec seulement 47 cas rapportés sur une période de 6 mois. Les incidences les plus élevées sont rapportées par les séries sud-africaines [6,7]. L'affection semble

beaucoup plus rare chez les Afro-américains, comme en atteste les 25 cas rapportés par Lazar et al. sur une période de 10 ans [8]. Par ailleurs, il est important de noter que l'ochronose exogène n'est pas l'apanage des sujets ayant la peau foncée. Des cas ont été également rapportés chez les Hispaniques et même chez les Asiatiques pratiquant la dépigmentation cosmétique ou utilisant l'hydroquinone à des fins thérapeutiques [9,10].

Dans notre étude, l'ochronose exogène survenait le plus souvent chez les femmes d'âge moyen autour de la quarantaine. Un profil similaire a été rapporté par Ishack et al. dans une revue systématique sur l'ochronose exogène associée à l'hydroquinone [4]. La fréquence nettement plus élevée de l'ochronose exogène chez les femmes s'explique en grande partie par une prévalence plus élevée de la dépigmentation cosmétique dans la population féminine. En outre, les femmes ont plus tendance à aller consulter pour des raisons esthétiques. Concernant l'âge de survenue de l'ochronose exogène, il serait dépendant de l'âge de début de la dépigmentation cosmétique, du délai d'apparition de l'ochronose exogène et de sa durée d'évolution, comme constaté dans notre étude. Par ailleurs, le long délai d'apparition de l'ochronose exogène semble être corrélé à la durée de la dépigmentation cosmétique.

Dans notre étude, plus de 93% des patientes présentant une ochronose exogène utilisaient des produits éclaircissants contenant de l'hydroquinone. Ce taux était de 88% dans la série de Hardwick et al. [11]. L'association entre l'ochronose exogène et l'hydroquinone est bien établie dans la littérature, mais la pathogénie exacte demeure non élucidée. Plusieurs théories ont été avancées dont, notamment, l'activation de la tyrosinase par les produits de dégradation phénolique augmentant la synthèse de mélanine, et l'accumulation de l'hydroquinone dans le derme papillaire conduisant à la fixation des produits de dégradation phénolique, qui, sous l'effet du soleil, entraînent une réaction excessive des mélanocytes [12,13]. Cependant, la théorie la plus admise à ce jour a été avancée par Penneys, qui évoque une inhibition compétitive de l'homogentisate 1,2-dioxygénase entraînant une accumulation locale de l'acide homogentisique et de ses métabolites qui vont polymériser pour former le pigment ochronotique dans le derme papillaire [14]. L'hydroquinone est présente dans les produits éclaircissants à des concentrations très élevées supérieures à 2% augmentant le risque d'effets

indésirables. Le rôle du soleil semble évident dans la survenue de l'ochronose exogène expliquant ainsi la localisation des lésions sur les zones photo-exposées.

Dans notre étude, plus de 90% des patientes présentaient un aspect clinique typique de l'ochronose exogène, fait de placards pigmentés surmontés de micro-papules donnant un aspect granuleux en "grains de caviar" localisées sur les zones photo-exposées. La plupart de ces lésions correspondaient au stade 2 de Dogliotti. L'aspect dermoscopique était tout aussi caractéristique chez nos patientes, montrant dans tous les cas des structures globulaires irrégulières gris-bleuâtres localisées autour des follicules pileux. Des observations similaires ont été rapportées par Charlín et al. et par Romero et al. [15,16]. La coloration gris-bleuâtre des structures globulaires serait liée à leur localisation dermique. Cependant, la particularité de notre étude réside sur le fait qu'elle soit la première à rapporter des anomalies vasculaires de l'ochronose exogène à la dermoscopie avec la présence de réseaux capillaires télangiectasiques. Ces anomalies vasculaires seraient probablement liées à l'activité des dermocorticoïdes que certaines patientes associaient à l'hydroquinone dans les produits éclaircissants. Il n'est pas rapporté dans la littérature une quelconque action de l'hydroquinone sur le réseau capillaire dermique. Par ailleurs, il existait dans notre étude une certaine corrélation entre les aspects observés à la dermoscopie et les résultats histopathologiques obtenus chez certaines de nos patientes. Ainsi, la dermoscopie se positionne comme un outil alternatif non invasif qui aide à mieux asseoir le diagnostic de l'ochronose exogène.

## CONCLUSION

L'ochronose exogène est un trouble pigmentaire rare en pratique hospitalière à Dakar malgré l'ampleur de la dépigmentation cosmétique. Elle est principalement liée à l'utilisation prolongée de produits éclaircissant contenant de l'hydroquinone. Si les aspects cliniques de l'ochronose exogène sont très évocateurs, la dermoscopie se positionne comme un outil diagnostique intéressant, qui permet en outre de mieux comprendre son mécanismes de survenue.

## 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

1. Ly F. Dépigmentation Cosmétique Volontaire (DCV). *La Peau* - Revue de sciences sociales et humaines sur les peaux. 2018; N° 1.
2. Ly F. Complications dermatologiques de la dépigmentation artificielle en Afrique. *Ann Dermatol Venereol*. 2006;133:899-906.
3. Akakpo AS, Mouhari-Toure A, Saka B, Técléssou J, Kombaté K, Tchangaï-Walla K, et al. Systemic complications during voluntary cosmetic depigmentation among women in Togo: A case-control study. *Ann Dermatol Venereol*. 2016;143:197-201.
4. Ishack S, Lipner SR. Exogenous ochronosis associated with hydroquinone: a systematic review. *Int J Dermatol*. 2022;61:675-84.
5. Bhattar PA, Zawar VP, Godse KV, Patil SP, Nadkarni NJ, Gautam MM. Exogenous Ochronosis. *Indian J Dermatol*. 2015;60:537-43.
6. Weiss RM, del Fabbro E, Kolisang P. Cosmetic ochronosis caused by bleaching creams containing 2% hydroquinone. *S Afr Med J*. 1990;77:373.
7. Phillips JI, Isaacson C, Carman H. Ochronosis in black South Africans who used skin lighteners. *Am J Dermatopathol*. 1986;8:14-21.
8. Lazar M, De La Garza H, Vashi NA. Exogenous Ochronosis: Characterizing a Rare Disorder in Skin of Color. *J Clin Med*. 2023;12:4341.
9. Kramer KE, Lopez A, Stefanato CM, Phillips TJ. Exogenous ochronosis. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:869-71.
10. Tan SK. Exogenous ochronosis in ethnic Chinese Asians: a clinicopathological study, diagnosis and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:842-50.
11. Hardwick N, Van Gelder LW, Van der Merwe CA, Van der Merwe MP. Exogenous ochronosis: an epidemiological study. *Br J Dermatol*. 1989;120:229-38.
12. Levin CY, Maibach H. Exogenous ochronosis. An update on clinical features, causative agents and treatment options. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2:213-7.
13. Findlay GH, Morrison JG, Simson IW. Exogenous ochronosis and pigmented colloid milium from hydroquinone bleaching creams. *Br J Dermatol*. 1975;93:613-22.
14. Penneys NS. Ochronosis-like pigmentation from hydroquinone bleaching creams. *Arch Dermatol*. 1985;121:1239-40.
15. Charlín R, Barcaui CB, Kac BK, Soares DB, Rabello-Fonseca R, Azulay-Abulafia L. Hydroquinone-induced exogenous ochronosis: a report of four cases and usefulness of dermoscopy. *Int J Dermatol*. 2008;47:19-23.
16. Romero SA, Pereira PM, Mariano AV, Francesconi F, Francesconi VA. Use of dermoscopy for diagnosis of exogenous ochronosis. *An Bras Dermatol*. 2011;86(4 Suppl 1):S31-4.

Copyright by Birame Seck, 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.

# Kaposi's disease in the dermatology department of the university hospital of Libreville: Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects

Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat<sup>1,2</sup>, Stéphanie Ntsame Ngoua<sup>1,2</sup>,  
Sophie Radembin Coniquet<sup>2</sup>, Ghislaine Koukou Moussirou<sup>2</sup>,  
Hadry Roger Sibi Matotou<sup>3</sup>, Marielle Igala<sup>1</sup>, Marielle Karine Bouyou Akotet<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine and University of Health Sciences (USS), Libreville, Gabon, <sup>2</sup>Dermatology Department, Libreville University Hospital Libreville (CHUL), Gabon, <sup>3</sup>Department of Basic Sciences, Faculty of Medicine, University of Health Sciences (USS), Libreville, Gabon

**Corresponding author:** Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat, MD, E-mail: tchibindadelicatcharles@gmail.com

## ABSTRACT

**Introduction:** Kaposi's sarcoma (KS) is a double proliferation of endothelial and spindle cells of the skin induced by the human herpes virus type 8. It is currently frequently associated with the human immunodeficiency virus (HIV) in tropical Africa. Its diagnosis, although histological, is easily made clinically. The objective of our study was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of KS. **Materials and methods:** This was a descriptive retrospective study lasting 7 years from January 1, 2017 to December 31, 2023, carried out in the dermatology department of the University Hospital of Libreville (CHUL) in all patients diagnosed clinically and/or histologically with KS. **Results:** A total of 79 patients were recruited during our study period. The mean age was 46.19 years  $\pm$  13.92 years, with extremes of 22 years and 81 years. Male sex predominated at 57%. The clinical forms of SK were epidemic at 77.22% (n = 61), endemic at 17.72% (n = 14) and iatrogenic at 5.0% (n = 4). The dermatological involvement found an angiomatous nodule in 86.08%, lymphedema in 77.22%, an angiomatous macule in 65.82%, an induration in 26.58%; a location in the lower limb in 81.01%, bilateral in 62.03%. Out of 79 patients, 64.56% (n = 51) had SK confirmed by histology. They received monochemotherapy in 21.52%, polychemotherapy in 31.64%. The evolution was favorable in 36.71%. One death was recorded in 5.66% and losses to follow-up were noted in 40.51%. **Discussion:** KS has been constantly increasing since the advent of HIV. Performing histology remains difficult in countries with limited income and resources. Chemotherapy is expensive and requires a significant subsidy. **Conclusion:** KS in tropical Africa is frequently associated with HIV, its diagnosis remains clinical and histological. Chemotherapy remains the treatment of choice despite unsatisfactory results.

**Key words:** Kaposi's disease, HIV, Clinic, Chemotherapy, CHU Libreville

**How to cite this article:** Tchibinda Delicat CVM, Ntsame Ngoua S, Radembin Coniquet S, Koukou Moussirou G, Sibi Matotou HR, Igala M, Bouyou Akotet MK. Kaposi's disease in the dermatology department of the university hospital of Libreville: Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):6-11.

**Submission:** 10.01.2025; **Acceptance:** 26.02.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.2

# Maladie de kaposi au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville: Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat<sup>1,2</sup>, Stéphanie Ntsame Ngoua<sup>1,2</sup>,  
Sophie Rademino Coniquet<sup>2</sup>, Ghislaine Koukou Moussirou<sup>2</sup>,  
Hadry Roger Sibi Matotou<sup>3</sup>, Marielle Igala<sup>1</sup>, Marielle Karine Bouyou Akotet<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine and University of Health Sciences (USS), Libreville, Gabon, <sup>2</sup>Dermatology Department, Libreville University Hospital Libreville (CHUL), Gabon, <sup>3</sup>Department of Basic Sciences, Faculty of Medicine, University of Health Sciences (USS), Libreville, Gabon

**Corresponding author:** Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat, MD, E-mail: tchibindadelicatcharles@gmail.com

## RÉSUMÉ

**Introduction:** La maladie de kaposi (SK) est une double prolifération des cellules endothéliales et fusiformes de la peau induit par le virus herpes humain de type 8. Elle est à ce jour en Afrique tropical fréquemment associé au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Son diagnostic bien qu'histologique est aisément posé cliniquement. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques et thérapeutiques du SK. **Matériel et méthodes:** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive d'une durée de 7 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2023 réalisé au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville (CHUL) chez tous les patients diagnostiqués cliniquement et ou histologiquement d'un SK. **Resultats:** Au total 79 patients ont été recrutés durant notre période d'étude. L'âge moyen était de 46,19 ans  $\pm$  13,92 ans, avec les extrêmes de 22 ans et 81 ans. Le sexe masculin prédominait à 57%. Les formes cliniques du SK étaient épidémique à 77,22% (n=61), endémique à 17,72% (n=14) et iatrogène à 5,0% (n=4). L'atteinte dermatologique retrouvait un nodule angiomateux dans 86,08%, un lymphœdème dans 77,22%, une macule angiomateuse dans 65,82%, une induration dans 26,58%; une localisation au membre inférieur dans 81,01%, bilatéral dans 62,03%. Sur 79 patients 64,56% (n=51) avaient un SK confirmé à l'histologie. Ils ont bénéficié d'une mono chimiothérapie dans 21,52%, une polychimiothérapie dans 31,64%. L'évolution était favorable dans 36,71%. Un décès a été enregistré dans 5,66% et des perdus de vue ont été constaté dans 40,51%. **Discussion:** Le SK est en constante augmentation depuis l'avènement du VIH. La réalisation de l'histologie reste difficile dans les pays à revenus et ressources limités. La chimiothérapie est couteuse et nécessite une subvention importante. **Conclusion:** Le SK en Afrique tropical est associé fréquemment au VIH, son diagnostic reste clinique et histologique. La chimiothérapie reste le traitement de choix malgré des résultats peu satisfaisant.

**Mots clés:** Maladie de kaposi, VIH, clinique, Chimiothérapie, CHU Libreville

## INTRODUCTION

La maladie de kaposi (SK) est une double prolifération endothéliale et cellulaire de la peau induit par les facteurs de croissance viraux l'interleukine 6 du virus herpes humain de type 8 [1]. Depuis l'avènement du VIH en 1980 elle est à ce jour en Afrique tropical fréquemment

associé au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [2]. Plusieurs formes cliniques de maladie de Kaposi ont été décrit à travers le monde. La forme classique la plus répandue autour du bassin méditerranéen et en Europe Central [3]. La forme iatrogène qui survient en cas d'immunodépression, de greffe d'organe, de corticothérapie au long court ou au cour d'une

**How to cite this article:** Tchibinda Delicat CVM, Ntsame Ngoua S, Rademino Coniquet S, Koukou Moussirou G, Sibi Matotou HR, Igala M, Bouyou Akotet MK. Maladie de kaposi au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville: Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):6-11.

**Submission:** 10.01.2025; **Acceptance:** 26.02.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.2

biothérapie au Rituximab [4,5]. La forme endémique est rencontrée en Afrique Central, de l'Ouest et de l'Est mais aussi en Amérique du Sud [1,6]. La forme épidémique associée au VIH est la plus décrite dans la majeure partie des études subsahariennes [7–9]. Le diagnostic du SK bien qu'histologique se pose aisément cliniquement c'est pourquoi certaines études africaines décrivent plus les aspects épidémiologiques et cliniques, l'histologie est réalisée dans moitié des cas. Cette difficulté de réalisation des examens anatomopathologiques vient du fait du coût élevé de cet examen et la non assurance de la majeure partie des patients qui sont économiquement faible. La clinique du SK est typique ce sont des macules et nodules angiomateux, violine, un lymphœdème chronique des membres inférieurs, une infiltration et induration des différentes couches de la peau et souvent compliqué d'atteinte viscérale pouvant engager le pronostic vital des patients [8,10,11]. L'histologie du SK montre une prolifération dermique constituée d'une prolifération fusiforme et de cellules endothéliales formant des espaces vasculaires sinueux. Ces cellules peuvent être rares dans les lésions en phase de patch, et évoluer vers des faisceaux de cellules fusiformes dans les lésions nodulaires [12]. Au Gabon une étude sur le SK avait abordé uniquement l'épidémiologie des cancers chez les patients vivant avec le VIH (PvVIH) dont le SK était le plus important [13]. C'est dans ce contexte que nous avons mené notre étude dont l'objectif général était de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques du SK au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive d'une durée de 7 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2023 réalisé au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville. Ont été inclus tout patient présentant une clinique et ou une histologie en faveur d'un SK. Les patients qui ont bénéficié d'une chimiothérapie avaient obligatoirement un examen histologique pour des raisons médico-légales. L'analyse et le traitement des données a été effectuée à l'aide du logiciel EPI INFO dans sa version 7.2 et les logiciels du Pack Office 2013 (Word, Excel) pour la saisie des données. En ce qui concerne la corrélation entre variable, nous avons utilisé le test de Khi-Carré et le test de Student respectivement pour les variables quantitatives et qualitatives. Le test de Fischer exact a été utilisé. Le seuil de signification a été arrêté à la valeur  $p < 0,05$ .

## RESULTATS

Au total 79 patients ont été recrutés durant notre période d'étude. L'âge moyen était de 46,19 ans  $\pm$  13,92 ans, avec les extrêmes de 22 ans et 81 ans. Le sexe masculin prédominait à 57% (Fig. 1).

Les formes cliniques du SK étaient épidémique à 77,22 % (n=61), endémique à 17,72% (n=14) et iatrogène à 5,06% (n=4) (Tableau 1).

Ces formes iatrogènes et quelques terrains particuliers sont décrits dans le tableau ci-dessous (Tableau 2).

L'atteinte dermatologique retrouvait un nodule angiomateux dans 86,08%, un lymphœdème dans 77,22%, une macule angiomateuse dans 65,82%, une induration dans 26,58%; une localisation au membre inférieur dans 81,01%, bilatéral dans 62,03% (Tableau 3).

Quelques images illustrant les manifestations dermatologiques de la maladie de Kaposi des patients sont ci-dessous. (Fig. 2a, 3b, 3c et 3d).

Les atteintes extra dermatologiques étaient retrouvées dans 24 cas soit 30,38% (Tableau 4).

Sur 79 patients 64,56% (n=51) avaient un SK confirmé à l'histologie (Fig. 3).

La chimiothérapie a été faite chez 42 patients soit 53,17%. Ils ont bénéficié d'une mono chimiothérapie à la Bléomycine

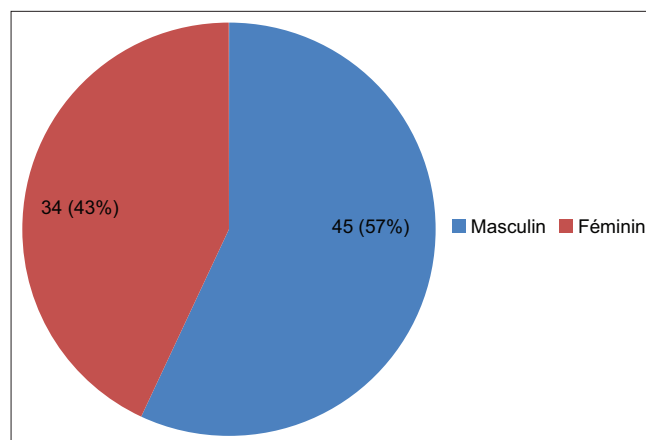


Figure 1: Maladie de Kaposi selon le sexe.

Tableau 1: Formes cliniques du SK.

Formes cliniques du SK	Effectif (N=79)	Pourcentage(%)
MK Epidémique	61	77,22
MK Endémique	14	17,72
MK Iatrogène	4	5,06

**Tableau 2:** Terrain de survenu du SK.

Terrain des patients atteints du SK	Effectif (N=79)	Pourcentage(%)
Biothérapie au Rutiximab au cours d'une maladie de Castelmann	1	1,27
Hépatite B	1	1,27
Hépatite C	1	1,27
Syphilis	1	1,27
VIH	61	77,22
Tuberculose pulmonaire	5	6,33
Myosite	1	1,27
Diabète	3	3,80
Cancer Prostate	3	3,80
Cancer abdominale	1	1,27
Insuffisance rénale chronique terminale	2	2,53
Myome	1	1,27
Corticothérapie au long court	1	1,27

**Tableau 3:** Manifestations dermatologiques au cours du SK.

Manifestations dermatologiques du SK	Effectif (N=79)	Pourcentage (%)
Signes dermatologiques		
Nodules angiomateux	68	86,08
Macules angiomateuses	52	65,82
Lymphœdème	61	77,22
Induration ou Infiltration	21	26,58
Plaques kératosiques	26	32,91
Atteinte buccale	9	11,39
Atteinte nasale	5	6,33
Topographie		
Diffus	43	54,43
Localisé	36	45,57
Membre inférieur	64	81,01
Membre supérieur	11	13,92
Visage	15	18,98
Tronc	23	16,46
Jambe gauche	48	60,76
Jambe droite	44	55,70
Bilatérale	49	62,03

**Tableau 4:** Atteintes extra dermatologiques au cours du SK.

Atteintes extra dermatologiques du SK	Effectif (N=79)	Pourcentage(%)
Hématologique	35	44,30
Pulmonaire	13	16,46
Adénopathie	13	16,46
Tube digestif	12	15,19
Hépatomégalie	2	2,53
Splénomégalie	2	2,53
Rénale	1	1,27
Ankylose	1	1,27

dans 17 cas soit 21,52%, une polychimiothérapie dans 25 cas 31,64%. La Bléomycine était la plus utilisée en monothérapie et en polychimiothérapie soit 50,63%. L'association Doxorubicine-Bléomycine-Vincristine (ABV) dans 7 cas soit 8,86%, Bléomycine-Etoposide-Doxorubicine dans 18 soit 22,78% (Tableau 5).

**Tableau 5:** Aspects thérapeutiques du SK.

Variables liées au traitement du SK	Effectif	Pourcentage (%)
Mono chimiothérapie	17	21,52
Poly chimiothérapie	25	31,64
Bléomycine	40	50,63
Vincristine	22	27,85
Etoposide	10	12,66
Adriamycine	10	12,66
Transfusion	9	11,39
Ambulatoire	30	37,97
Hospitalisation	16	20,25

L'évolution après chimiothérapie était favorable dans 36,71% (Fig. 4a et Fig. 4b). Un décès a été enregistré dans 4 cas soit 5,66%. Les perdus de vue étaient de 32 cas soit 40,51%.

## DISCUSSION

Notre étude a été réalisée au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Libreville sur une durée de 7 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2023 qui avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutique de la maladie de Kaposi. Nous avons recruté 79 cas de cas de SK, l'âge moyen était de 46,19 ans  $\pm$  13,92 ans avec les extrêmes de 22 ans à 81 ans. Comme particularité nous avons la prédominance du sexe masculin dont 45 hommes soit 57% contre 34 femmes soit 43%. Diane BF et Maodo N avaient trouvé une prédominance du sexe féminin avec un âge moyen respectif de 36,6 ans et 63,2 ans. [6,7]. Cette prédominance du sexe masculin dans notre étude pourrait s'expliquer par le diagnostic tardif de SK chez cette catégorie des patients.

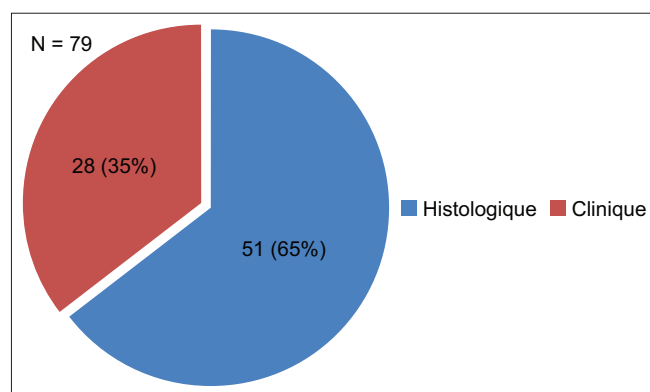
Dans notre étude la forme de SK épidémique c'est-à-dire lié au VIH était la plus représentée dans 61 cas soit 77,22%, suivi de forme endémique dans 14 cas soit 17,72% et la forme iatrogène dans 4 cas soit 5,06%.

Ce constat a été rapporté dans plusieurs études en Afrique subsaharienne. Le SK reste aujourd'hui fréquemment associé au VIH [7,8,14].

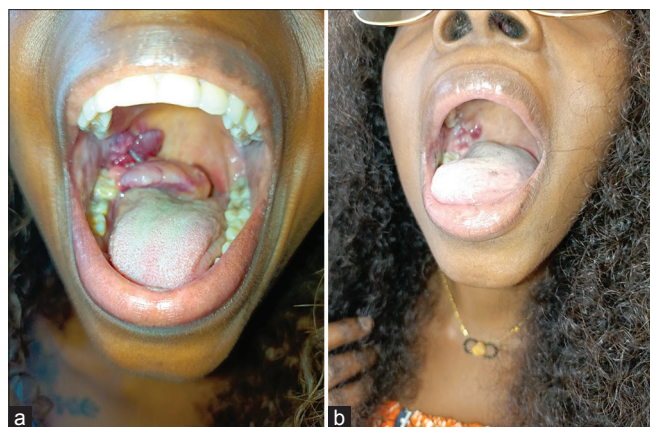
Le diagnostic du SK reste histologique bien que la clinique pose bien le diagnostic avec des manifestations cutanées quasi spécifiques du SK, il est fait de nodules et de macules angiomateux, violines et hyperpigmentés chez le noir, associé à 60% à un lymphœdème bilatéral des membres inférieurs, un placard keratosique, indurés, infiltré des tissus sous cutanés et des organes génitaux. L'atteinte muqueuse et viscérale est un marqueur de



**Figure 2:** a) Macules angiomeuses au cours de la maladie de Kaposi. b)  $\mu$  Lymphoedème et infiltration des membres inférieurs surmontés de nodules et macules angiomeuses au cours de la maladie de Kaposi. c) Nodules ulcéro bourgeonnants de la jambe au cours de la maladie de Kaposi. d) Nodules angiomeux et infiltration buccale et nasale au cours de la maladie de Kaposi.



**Figure 3:** Moyens diagnostiques de la maladie de Kaposi.



**Figure 4:** a) Nodules angiomeux au cours de la maladie de Kaposi chez une patiente HIV positif sous ARV avant le protocole Bléomycine-Doxorubicine-Etoposide-Vincristine. b) Régression considérable des nodules angiomeux au cours de la maladie de Kaposi chez une patiente HIV positif sous ARV après 3eme séance du protocole Bléomycine-Doxorubicine-Etoposide-Vincristine.

l'agressivité du SK pouvant engager le pronostic vital des patients [10,15]. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce du SK afin de prévenir les complications viscérales. En Afrique subsaharienne la pratique de l'immunohistochimie et l'identification du SK à travers la PCR et sur biopsie reste difficile à cause des conditions socioéconomiques faible des patients [12,16–18].

Le traitement de la maladie de Kaposi n'est pas codifié. Aujourd'hui plusieurs études à travers le monde montrent une efficacité relative de chimiothérapie dans le traitement du SK. Plusieurs protocoles sont utilisés. En mono chimiothérapie avec soit la Bléomycine, la vincristine, la Paclitaxel, et la Doxorubicine selon leur posologie usuelle par  $m^2$ . La poly chimiothérapie avec l'association Doxorubicine-Bléomycine-Vincristine (ABV) ou Doxorubicine-Bléomycine-Etoposide [17,19–22]. Cette chimiothérapie reste onéreuse au Gabon malgré une prise en charge allant de 50% à 80% des anticancéreux. Cette usage de la chimiothérapie dans le traitement de certains cancers de la peau notamment le SK doit rentrer dans la pratique des dermatologues, elle ne doit plus être l'apanage exclusive des oncologues. Des réunions de concertations pluridisciplinaires doivent être toujours envisager afin d'acquérir une expérience scientifique tout dans l'intérêt du patient. Les formes de SK épidémiques doivent nécessairement bénéficiées d'un traitement antirétroviral (TARV) associés à une chimiothérapie pour une meilleure efficacité thérapeutique.

## CONCLUSION

Le SK est une double prolifération des cellules endothéliales et fusiformes de la peau. Son diagnostic bien qu'histologique est posé clinique. L'histologie est indispensable afin de faire le diagnostic différentiel. Son traitement n'est pas codifié mais répond bien à la chimiothérapie. L'association du SK et le VIH doit aussi bien être traitée par les antirétroviraux.

## REMERCIEMENT

Nos remerciements vont à l'endroit de l'équipe de dermatologie du centre hospitalier universitaire de

Libreville et du département de médecine et spécialités médicales de l'université des sciences de la santé.

## 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.

## Liste d'abréviations

ABV: Adriamycine-Bléomycin-Vincristine

ARV: Anti-retroviral

CHUL: Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

PvVIH: Patient vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

SK: Maladie de Kaposi

TARV: Traitement anti-rétroviral

USS: Université des Sciences de la Santé

VIH: virus de l'immunodéficience humaine

## REFERENCES

- Morand JJ, Lightburn E, Simon F. Actualités de la maladie de Kaposi. *Médecine Trop.* 2007;67:123–30.
- Coldiron ME, Gutierrez Zamudio AG, Manuel R, Luciano G, Rusch B, Ciglenecki I, et al. Outcomes of AIDS-associated Kaposi sarcoma in Mozambique after treatment with pegylated liposomal doxorubicin. *Infect Agent Cancer.* 2021;16:2.
- Maladie/sarcome de Kaposi - InfoCancer. 2024.
- Saihi M, Jebali H, Breik N, Benfatma L, Mami I, Beji S, et al. Le sarcome de Kaposi iatrogène: à propos de trois observations. *Rev Médecine Interne.* 2018;39:A199.
- Loukil H, Snoussi M, Frikha F, Garbaa S, Ben Salah R, Jallouli M, et al. Maladie de Castelman multicentrique et sarcome de Kaposi: à propos d'un cas. *Rev Médecine Interne.* 2015;36:A121.
- Ndiaye M, Diop A, Berthé S, Diallo M, Mjahed Sa, Diatta BA et al. Maladie de kaposi endémique. *Mali Médical.* 2014. p. TOME XXIX.
- Diané BF, Soumah MM, Tounkara TM, Keita M, Baldé H, Camara AD, et al. Profil épidémioclinique de la maladie de Kaposi épidémique en Guinée à travers une série hospitalière de 112 cas au service de dermatologie-MST du CHU Donka de Conakry. *Ann Dermatol Venereol.* 2013;140:S36–7.
- Soumah MM, Keita M, Tounkara TM, Diané BF, Bangoura MB, Kaba F, et al. Persistence des nouveaux cas de maladie de Kaposi épidémique à l'ère de la trithérapie gratuite à Conakry (Guinée). *Ann Dermatol Venereol.* 2020;147:A189.
- Mothale M, Sitas F, Bradshaw D, Chen WC, Singini MG, de Villiers CB, et al. Epidemiology of Kaposi's sarcoma in sub-Saharan Africa. *Cancer Epidemiol.* 2021;78:102167.
- Kouki C, Mariem A, Bahloul E, Khadija S, Masmoudi A, Mseddi M, et al. Aspects épidémioclinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Kaposi: étude sur un quart de siècle. *La Rev Médecine Interne.* 2023;44:A201.
- Chouk C, Litaïem N, Jones M, Harbaoui S, Rammeh S, Ezzine N, et al. Formes sévères de la maladie de Kaposi classique. *Ann Dermatol Venereol.* 2018;145:A33.
- Gervas R, Mgaya E. Histopathological patterns and topographical distribution of Kaposi Sarcoma at Muhimbili National Hospital, Tanzania. *Afr Health Sci.* 2021;21:1733.
- Koumakpayi IH, Engohan-Aloghe C, Mistoul IA, Coulibaly A IM, Igabouyi Moussadjji C, et al. Prévalence des cancers chez les personnes vivant avec le VIH à Libreville de 2010 à 2016 (Gabon) – Bulletin Médical d'Owendo.
- Saka B, Mouhari-Toure A, Wateba IM, Akakpo S, Kombaté K, Balaka A, et al. Maladie de Kaposi associée au VIH: 103 observations en dermatologie à Lomé (Togo). *Med Sante Trop.* 2013;23:109–11.
- Tounouga DN, Kouotou EA, Nansseu JR, Bissek AC, et al. Caractéristiques cliniques et déterminants de survenue de la maladie de kaposi au cours de l'infection par le VIH: étude cas-témoin rétrospective de 16 ans à Yaoundé, Cameroun. *Ann Dermatol Venereol.* 2018;145:A44–5.
- Lebbé C. Maladie de Kaposi chez les Africains. *Ann Dermatol Venereol.* 2006;133:936–9.
- Abi Rached H, Javed S, Lepesant P. Maladie de Kaposi. *EMC-Dermatologie.* 2018;20:6.
- Sellami K, Bahloul E, Chaari I, Charfi S, Chaabane H, Mseddi M et al. Sarcome de Kaposi anaplasique: à propos de 2 cas. *Ann Dermatol Venereol.* 2016;143:S414–5.
- Aubry P. Maladie de Kaposi. *Médecine tropicale.* 2007.
- Diané B, Condé M, Soumah MM, Keita M, Tounkara TM, Camara de maladie de Kaposi épidémique suivis au centre de traitement ambulatoire de l'hôpital national Donka. *Ann Dermatol Venereol.* 2014;141:S447.
- Abdous N, Belkadi D, Hammadi H, Salhi A, Djeridane A. Efficacité du paclitaxel dans le traitement de la maladie de kaposi classique localisée: à propos d'un cas. *Ann Dermatol Venereol.* 2018;145:A26.
- Almamy D, Pacôme GK, Gué Irénée KA, Vagamon Bamba AB. Évolution Paradoxe de la Maladie de la Kaposi après Instauration du Traitement (ARV-Doxorubicine). *Heal Sci Dis.* 2019;20:70-1.

Copyright by Charles Vianet Minael Tchibinda Delicat, 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.

# Stigma and discrimination experienced by people with albinism in Togo in 2020

Abla Sefako Akakpo<sup>1</sup>, Julienne Noude Téleclessou<sup>2</sup>, Frédéric Yakoubou Youa<sup>3</sup>, Panawé Kassang<sup>4</sup>, Kossivi Agbélenko Afanvi<sup>5</sup>, Reine-Pélagie Gligbe<sup>1</sup>, Piham Gnessike<sup>6</sup>, Abas Mouhari-Touré<sup>4</sup>, Tossou Atchrimi<sup>7</sup>, Koussaké Kombaté<sup>2</sup>, Didier Koumavi Ekouevi<sup>3</sup>, Palokinam Pitché<sup>1</sup>, Bayaki Saka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Sylvanus Olympio, Laboratory "Skin and Environment", University of Lomé, Togo, <sup>2</sup>Dermatology and venereology department, CHU Campus, Laboratory "Skin and Environment", University of Lomé, Togo, <sup>3</sup>Public Health Department, University of Lomé, Togo, African Centre for Research in Epidemiology and Public Health Centre (CARESP), <sup>4</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Kara, University of Kara, Togo, <sup>5</sup>Zio Prefectoral Health Department, Togo, <sup>6</sup>Gbossimé Dermatology Centre, Lomé, Togo, <sup>7</sup>Department of Sociology, University of Lomé, Togo

**Corresponding author:** Abla Sefako Akakpo, MD, E-mail: sefasyl@yahoo.fr

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to describe aspects of stigma and discrimination experienced by people with albinism (PWA) in Togo in 2020. **Patients and Methods:** This is cross-sectional study, conducted over a period of three-months period from march to May 2020 among PWAs living in Lomé (Togo) to gather their experiences of stigma and discrimination. **Results:** A total of 60 PWAs were interviewed. Their median age was 28.0 years and the sex ratio (M/F) was 1.5. Oculocutaneous albinism was of natural cause according to the majority of respondents (n=58; 96.7%). Stigmatization by a third party (n=40; 66.7%) was the major form of stigmatization experienced by PWAs, followed by self-stigmatisation (n=13; 21.7%). People who were victims of external stigmatization were more likely to be victims of self-stigmatization than those who were not (37.5%). The main aspects of stigmatization by a third party were aggressions/threats (verbal/physical) (92.5%), exclusion from social events (25.0%) and difficulties in accessing housing or refusal of employment (25.0%). Self-stigmatization was manifested mainly by a permanent feeling of shame in 61.5% of PWAs, self-devaluation in 30.8% of them, leading to suicidal ideation in 23.1%. **Conclusion:** Stigma affects more than two-thirds of PWA in Togo. The demystification of false beliefs concerning albinism is essential and it is necessary to integrate a psychological component in their care.

**Key words:** Albinism, Stigma, Discrimination, Lomé (Togo)

**How to cite this article:** Akakpo AS, Téleclessou JN, Youa FY, Kassang P, Afanvi KA, Gligbe RP, Gnessike P, Mouhari-Touré A, Atchrimi T, Kombaté K, Ekouevi DK, Pitché P, Saka B. Stigma and discrimination experienced by people with albinism in Togo in 2020. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):12-20.

**Submission:** 20.01.2025; **Acceptance:** 22.02.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.3

# Stigmatisation et discrimination vécues par les personnes atteintes d'albinisme au Togo en 2020

Abla Sefako Akakpo<sup>1</sup>, Julienne Noude Téleclessou<sup>2</sup>, Frédéric Yakoubou Youa<sup>3</sup>, Panawé Kassang<sup>4</sup>, Kossivi Agbélenko Afanvi<sup>5</sup>, Reine-Pélagie Gligbe<sup>1</sup>, Piham Gnessike<sup>6</sup>, Abas Mouhari-Touré<sup>4</sup>, Tossou Atchrimi<sup>7</sup>, Koussaké Kombaté<sup>2</sup>, Didier Koumavi Ekouevi<sup>3</sup>, Palokinam Pitché<sup>1</sup>, Bayaki Saka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Sylvanus Olympio, Laboratory "Skin and Environment", University of Lomé, Togo, <sup>2</sup>Dermatology and venereology department, CHU Campus, Laboratory "Skin and Environment", University of Lomé, Togo, <sup>3</sup>Public Health Department, University of Lomé, Togo, African Centre for Research in Epidemiology and Public Health Centre (CARESP), <sup>4</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Kara, University of Kara, Togo, <sup>5</sup>Zio Prefectoral Health Department, Togo, <sup>6</sup>Gbossimé Dermatology Centre, Lomé, Togo, <sup>7</sup>Department of Sociology, University of Lomé, Togo

**Corresponding author:** Abla Sefako Akakpo, MD, E-mail: sefasy1@yahoo.fr

## RÉSUMÉ

**Objectif:** Le but de cette étude était de décrire les aspects de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les personnes atteintes d'albinisme (PAA) au Togo en 2020. **Patients et méthode:** Il s'est agi d'une étude transversale, menée sur une période de trois mois, de mars à mai 2020 chez les PAA résidant à Lomé (Togo) afin de recueillir leurs expériences de stigmatisation et de discrimination. **Résultats:** Au total, 60 PAA ont été enquêtées. Leur âge médian était de 28,0 ans et le sex-ratio (H/F) de 1,5. L'albinisme oculo-cutané était de cause naturelle selon la majorité des enquêtés (n=58; 96,7%). La stigmatisation par une tierce personne (n=40; 66,7%) était la forme majeure de stigmatisation vécues par les PAA, suivie de l'auto-stigmatisation (n=13; 21,7%). Les personnes victimes d'acte de stigmatisation externe étaient plus victimes d'actes d'auto-stigmatisation que celles qui ne l'étaient pas (37,5%). Les principaux aspects de la stigmatisation par une tierce étaient les agressions/menaces (verbales ou physiques) (92,5%), les exclusions des manifestations sociales (25,0%) et les difficultés d'accès au logement ou un refus d'emploi (25,0%). L'auto-stigmatisation se manifestait principalement par un sentiment permanent de honte chez 61,5% des PAA, une auto-dévalorisation de soi chez 30,8% d'entre elles, et des idées suicidaires chez 23,1% des PAA. **Conclusion:** La stigmatisation touche plus des deux-tiers des PAA au Togo. La démythification des fausses croyances concernant l'albinisme s'avère indispensable et il est nécessaire d'intégrer un volet psychologique dans leur prise en charge.

**Mots-clés:** Albinisme, Stigmatisation, Discrimination, Lomé (Togo)

## INTRODUCTION

### Définition Et Prévalence

L'albinisme oculo-cutané (AOC) regroupe un ensemble d'affections héréditaires liées à des anomalies génétiques de biosynthèse de la mélanine [1]. Ce dysfonctionnement des mélanocytes entraîne une production réduite ou absente de mélanine dans la peau, les cheveux et les yeux. Cela se traduit par des caractéristiques physiques telles que la peau très

claire, les cheveux blonds ou blancs et les yeux clairs, ainsi que des problèmes de vision (vision basse non corrigible) [1,2]. Les personnes atteintes d'albinisme (PAA) présentent donc une différence et sont sujettes à des conditions pathologiques cutanées et oculaires [2]. En Afrique, la prévalence de l'albinisme est estimée à 1 sur 1000 [3]. La naissance d'un enfant atteint d'albinisme de deux parents de peau noire reste une énigme pour de nombreuses populations africaines, souvent source de valeurs morales et physiques particulières à cette condition [4].

**How to cite this article:** Akakpo AS, Téleclessou JN, Youa FY, Kassang P, Afanvi KA, Gligbe RP, Gnessike P, Mouhari-Touré A, Atchrimi T, Kombaté K, Ekouevi DK, Pitché P, Saka B. Stigmatisation et discrimination vécues par les personnes atteintes d'albinisme au Togo en 2020. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):12-20.

**Submission:** 20.01.2025; **Acceptance:** 22.02.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.3

## Stigmatisation Et Discrimination Des PAA

Les PAA sont souvent victimes de stigmatisation et discrimination, les plaçant dans une position subordonnée par rapport aux individus considérés comme "normaux". Les stéréotypes sociaux et les comportements discriminatoires sont enracinés dans des croyances culturelles et des mythes. Les valeurs morales et physiques attribuées aux PAA ne proviennent pas de leurs caractéristiques corporelles intrinsèques, mais de la signification sociale qui leur est donnée. L'albinisme, en raison de ces représentations sociales, induit alors une rupture identitaire chez les individus concernés. Cette rupture se traduit par une perte de repères sociaux qui permettaient aux PAA de se sentir exister en tant que personnes, révélant ainsi les limites de leur condition humaine [4].

## Mythes Et Croyances Autour De L'Albinisme

Les mythes et les croyances entourant les PAA incluent des idées fausses sur leur origine et font d'elles, des victimes de crimes rituels et leurs organes utilisés comme des gris-gris ou talismans censés porter chance et ou être des produits thérapeutiques. Ces croyances alimentent des usages sociaux et symboliques donnant lieu à des formes de stigmatisation et de discrimination dans de nombreuses sociétés [4,5].

## Contexte Socioculturel Et Épidémiologique Au Togo

En Afrique noire, la société reste largement influencée par des représentations ancestrales. La santé est perçue comme une émanation de la force vitale divine, et la maladie est souvent attribuée à une intervention surnaturelle. La configuration traditionnelle crée des pesanteurs sociales et impose des étiquettes et des codes qui forment l'économie mythique de ces communautés. L'albinisme est ainsi vu comme le résultat de malédictions ou de tabous brisés, conférant au corps des attributs mythiques et métaphysiques [4,5].

Au Togo, les PAA sont regroupées au sein de l'Association Nationale des personnes atteintes d'albinisme (ANAT) qui rassemble à ce jour, plus de 500 membres dont une centaine à Lomé [6]. Dans un contexte social et culturel en pleine transformation, il est crucial de comprendre et de décrire les faits de stigmatisation et de discrimination dont les PAA sont victimes.

## Objectif De L'étude

Cette étude vise à décrire les aspects de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les PAA au Togo en 2020. A travers une analyse critique des discours et des représentations sociales entourant l'albinisme, nous explorerons comment ces croyances et mythes alimentent les usages sociaux et symboliques de l'albinisme.

## PATIENTS ET MÉTHODES

### Schéma D'étude Et Cadre D'étude

Il s'est agi d'une étude transversale menée sur une période de trois mois de mars à mai 2020.

Les structures de l'ANAT de Lomé (Togo) ont servi de cadre d'étude. Le Togo est un pays d'Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 56600 km<sup>2</sup>. La population en 2022 était estimée à 8 095 498 millions d'habitants, avec une prédominance urbaine [7].

### Population D'étude

La population d'étude était constituée de tous les PAA qui sont membres de l'ANAT et résidant à Lomé au Togo. Ont été inclus dans cette étude, tous les PAA de 11 ans et plus, présents sur le site d'étude au moment de l'enquête. Le consentement et l'assentiment des participants ont été recueillis. Les PAA de moins de 18 ans ont répondu en présence et avec l'aide de leurs parents ou tuteurs.

### Recrutement Des Participants

Nous avons fait un recrutement exhaustif de tous les PAA répondant aux critères d'inclusion. Les participants ont été recrutés via l'ANAT, avec des annonces faites lors de réunions de l'association et via des contacts directs.

### Collecte De Données

La collecte a consisté à des recueils de données qualitatives et quantitatives. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires structurés et d'entretiens semi-directifs. La collecte qualitative s'est articulée autour d'une méthodologie composée de divers types de prospections permettant d'obtenir une triangulation des informations. Celles-ci portaient sur la vie des PAA dans ses biographiques, relationnelles

afin d'analyser les représentations et les pratiques face à l'affection.

Les données quantitatives ont été recueillies lors d'un entretien face à face avec les participants, à l'aide d'une fiche préétablie.

Les variables d'études étaient sociodémographiques (âge, sexe, notion d'albinisme familial), les connaissances sur l'albinisme (cause, notion sur l'hérédité), la perception et stigmatisation (ressentis de l'entourage et de la communauté, l'auto considération, les actes de stigmatisation).

### Traitement Des Données

L'analyse a été réalisée avec le logiciel R version 3.3.2. Les variables quantitatives ont été décrites en médiane et Intervalle Interquartile. La comparaison des variables qualitatives a été effectuée avec les tests de chi-2 ou le test exact de Fisher avec un seuil de significativité de 5%.

### Considérations Éthiques Et Réglementaires

Cette étude a été approuvée par le comité bioéthique pour la recherche en santé au Togo (Référence N°015/2019/CBRS). Le consentement éclairé des participants a été obtenu avant le remplissage des questionnaires. Il leur a été expliqué l'objectif de l'étude.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques De La Population Étudiée

Nous avons enquêté au total 60 PAA, d'âge médian de 28,0 ans et de sex-ratio (H/F) de 1,5 (Tableau 1). La majorité des PAA (n=57) résidait en milieu urbain et 51,7% (n=31) étaient célibataire. Seulement 25,0% (n=15) avaient déclaré avoir un lien familial d'albinisme et la moitié (n=30), avaient des collatéraux atteints d'albinisme. Parmi nos PAA, 24 (40,0%) avaient des conjoints, tous de peau génétiquement pigmentée et 15 d'entre eux avaient des enfants dont aucun n'était atteint d'albinisme (Tableau 2).

### Connaissances De La Cause De L'albinisme

L'albinisme était de cause naturelle selon la majorité des enquêtés (n=58; 96,7%) (Tableau 3).

**Tableau 1:** Caractéristiques sociodémographiques des participants par sexe (N=60).

	Total, N=60	Sexe	
		Homme N=36	Femme N=24
Age (années)			
Médiane [IIQ]	28,0 [19,8-34,3]	30,5 [23,3-39,3]	22,5 [15,5-32,3]
Minimum-Maximum	11,0-63,0	11,0-46,0	11,0-63,0
Niveau d'éducation			
Analphabète	6 (10,0)	0 (0,0)	6 (16,7)
Primaire	11 (18,3)	5 (20,8)	6 (16,7)
Secondaire	31 (51,7)	14 (58,4)	17 (47,2)
Universitaire	12 (20,0)	5 (20,8)	7 (19,4)
Non renseigné	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Milieu de résidence			
Urbain	57 (95,0)	23 (95,8)	34 (94,4)
Rural	2 (3,3)	1 (4,2)	1 (2,8)
Non renseigné	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (2,8)
Statut matrimonial			
Célibataire	31 (51,7)	12 (50,0)	19 (52,8)
Marié, e	20 (33,3)	6 (25,0)	14 (38,9)
Veuf, ve	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (5,6)
Non renseigné	7 (11,7)	6 (25,0)	1 (2,7)
Profession			
Revendeur/se/ commerçante	15 (25,0)	13 (36,2)	2 (8,3)
Enseignant/e	3 (5,0)	3 (8,3)	0 (0,0)
Etudiant/e	7 (11,7)	3 (8,3)	4 (16,7)
Ménagère	3 (5,0)	3 (8,3)	0 (0,0)
Autres	32 (53,3)	13 (38,9)	18 (75,0)

**Tableau 2:** Caractéristiques liées au lien familial de l'albinisme.

	N	n (%)
Lien familial d'albinisme	60	
Oui		15 (25,0)
Non		43 (71,7)
Non renseigné		2 (3,3)
Parents/Grands parents PAA*	30	
Oui		6 (20,0)
Non		24 (80,0)
Frères/Sœurs/Cousin (e) s PAA	59	
Oui		30 (50,8)
Non		29 (49,2)
Conjoint PAA	60	
Race noire		24 (40,0)
Autre race		36 (60,0)
Enfants PAA	15	
Oui		0 (0,0)
Non		15 (100,0)

### Stigmatisation Externe

Plus de la moitié des PAA enquêtées (n=40; 66,7%) étaient victimes d'actes de stigmatisation externe (Tableau 3). Les principaux aspects de la stigmatisation par une tierce personne étaient les agressions/menaces verbales/physiques (92,5%), les exclusions des manifestations sociales (25,0%) et les difficultés d'accès

**Tableau 3:** Perception et stigmatisation des PAA par sexe (N=60).

	Total N=60	Sexe	
		Homme N=36	Femme N=24
Perception de la cause de l'albinisme			
oculo-cutané			
Naturelle	58 (96,7)	23 (95,8)	35 (97,2)
Surnaturelle	1 (1,7)	1 (4,2)	0 (0,0)
Non renseigné	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (2,8)
Connaissance d'un PAA victime de crime rituel, mutilations			
Non	48 (80,0)	21 (87,5)	27 (75,0)
Oui	7 (11,7)	1 (4,2)	6 (16,7)
Non renseigné	5 (8,3)	2 (8,3)	3 (8,3)
PAA victime d'acte de stigmatisation			
Non	20 (33,3)	10 (41,7)	10 (27,8)
Oui	40 (66,7)	14 (58,3)	26 (72,2)
PAA victime d'acte d'auto-stigmatisation			
Non	33 (55,0)	12 (50,0)	21 (58,3)
Oui	13 (21,7)	4 (16,7)	9 (25,0)
Non renseigné	14 (23,3)	8 (33,3)	6 (16,7)

au logement ou un refus d'emploi (25,0%) (Tableau 4). Aussi, la majorité des PAA déclaraient être considérées comme un africain blanc par les autres. Ainsi, le terme «*Agbélitimé Yovo*» (n=25; 32,1%) signifiant «blanc de champ de manioc» avec ses différentes variantes était le surnom attribué aux PAA (Tableau 5). La connaissance d'un PAA de leur entourage victime de crimes rituels ou de mutilations était retrouvée chez 11,7% (n=7) des PAA (Tableau 3).

### Stigmatisation Interne

L'auto-stigmatisation était rapportée par 21,7% (n=13) des PAA et se manifestait principalement par un sentiment permanent de honte chez 61,5% (n=8), une auto dévalorisation de soi chez 30,8% (n=4), et des idées suicidaires chez 23,1% (n=3). Les craintes de stigmatisation étaient principalement la peur d'être insultée, harcelée verbalement ou physiquement (n=8, 61,5%), la peur de commérages sur soi (n=7, 53,8%) (Tableau 6).

L'affection se manifeste comme une forme de possession, une puissance colossale rongant l'individu et lui dictant sa conduite, brisant certains aspects de sa respectabilité, sa réputation éventuelle d'homme, comme le témoignent ces propos: «*Tout ce qu'on nous dit, est dommage. Mais la réalité est que nous ne sommes pas comme les autres. Avec ce comportement à notre endroit qu'est-ce que vous pensez que nous pourrions faire ? Pour les gens ayant des taches comme moi, c'est encore plus grave.*

**Tableau 4:** Principales causes de stigmatisation par sexe.

	Total N=40	Sexe	
		Homme N=14	Femme N=26
Principales causes de stigmatisation*			
Agression ou menace verbale/physique	37 (92,5)	13 (92,9)	24 (92,3)
Exclusion des manifestations sociales	10 (25,0)	3 (21,4)	7 (26,9)
Difficultés d'accès au logement/refus d'emploi	10 (25,0)	7 (50,0)	3 (11,5)
Exclusion des manifestations familiales	3 (7,5)	1 (7,1)	2 (7,7)
Exclusion des manifestations religieuses	2 (5,0)	0 (0,0)	2 (7,1)
Sobriquets	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (3,8)

**Tableau 5:** Surnoms donnés aux participants, N=60.

	N	%
Surnom donné aux PAA		
Agbélitimé Yovo	25	32,1
Yovo	16	20,5
Da Yovo	12	15,4
Guélésozi	8	10,3
Wéwéliwe	6	7,7
Agouda Yovo	5	6,4
Autres	6	7,6

**Tableau 6:** Actes d'auto-stigmatisation par les PAA (N=13).

	n (%)
Sentiments de stigmatisation interne	
J'ai honte	8 (61,5)
J'ai une piètre estime de moi	4 (30,8)
J'ai envie de me suicider	3 (23,1)
Je blâme mes parents	1 (7,7)
Actes volontaires liés à une stigmatisation	
J'ai choisi de ne pas aller à une manifestation sociale	4 (30,8)
J'ai décidé de ne pas avoir de relations sexuelles	3 (23,1)
Je me suis isolé de ma famille et de mes amis	1 (7,7)
J'ai décidé de ne pas avoir d'enfants	1 (7,7)
J'ai évité d'aller dans un centre de santé	1 (7,7)
Craintes de stigmatisation	
Peur d'être insulté(e), harcelé(e) verbalement, physiquement	8 (61,5)
Peur de commérages	7 (53,8)
Peur d'être agressé(e) physiquement	6 (46,2)

*Nous remarquons qu'il y a des personnes qui nous discriminent par leurs regards. Cela rappelle que nous nous ne sommes pas comme les autres». «Malgré les efforts qui se font pour nous donner le moral, nous sommes toujours inquiets de ce qui se passe. On est parfois en colère. Ce n'est gai de se retrouver dans la situation qui est la nôtre. Des interrogations sur notre vie, notre rapport aux autres».*

Et un autre d'ajouter: «*Que c'est dur pour moi d'avoir cette peau. C'est une vraie punition, cette maladie. Qu'ai-je fait pour la mériter ? En tout cas, je ne souhaite pas ça pour un proche. Je me remets à Dieu*» Comme si

faire entrer le mal en soi était le signe d'une abdication devant l'altérité.

### Stigmatisation Externe Et Auto-Stigmatisation Chez Les PAA

En analyse bivariée, 37,5% (n = 12) des PAA victimes d'acte de stigmatisation signalaient des actes d'auto-stigmatisation (Tableau 7). L'exclusion des manifestations sociales, l'exclusion des manifestations religieuses, l'exclusion des manifestations familiales et les difficultés d'accès au logement/refus d'emploi étaient significativement associées à l'auto-stigmatisation.

## DISCUSSION

### Forces Et Originalité

Une des principales forces de cette étude réside dans son approche holistique pour comprendre la stigmatisation des PAA au Togo. Contrairement à de nombreuses études antérieures qui se concentraient principalement sur les aspects médicaux ou sociaux de l'albinisme, notre recherche intègre des dimensions à la fois socioculturelles et psychologiques, fournissant ainsi une vue d'ensemble plus complète. Cette étude se distingue également par son utilisation d'une méthode mixte, combinant des données quantitatives

**Tableau 7:** Données sur l'auto-stigmatisation.

	Total N=46	Auto-stigmatisation		P
		Non, N=33	Oui, N=13	
Sexe				0.998*
Femme	30	21 (70,0)	9 (30,0)	
Homme	16	12 (75,0)	4 (25,0)	
Age (ans)				0.456**
Médiane [IIQ]	28,0 [19,8-34,3]	30,5 [23,3-39,3]	22,5 [15,5-32,3]	
Minimum-Maximum	11,0-60,0	11,0-54,0	13,0-60,0	
Statut matrimonial				0.144*
Célibataire	25	16 (64,0)	9 (36,0)	
Marié.e	15	13 (86,7)	2 (13,3)	
Veuf.ve	1	0 (0,0)	1 (100,0)	
Non renseigné	5	4 (80,0)	1 (20,0)	
Niveau d'instruction				0.923*
Analphabète	5	3 (60,0)	2 (40,0)	
Primaire	7	5 (71,4)	2 (28,6)	
Secondaire	24	18 (75,0)	6 (25,0)	
Universitaire	10	7 (70,0)	3 (30,0)	
Milieu				0.998*
Urbain	43	30 (69,8)	13 (30,2)	
Rural	2	2 (100,0)	0 (0,0)	
Non renseigné	1	1 (100,0)	0 (0,0)	
Perception de la cause de l'albinisme oculo-cutané				0.998*
Naturelle	45	32 (71,1)	13 (28,9)	
Surnaturelle	1	1 (100,0)	0 (0,0)	
PAA victime d'acte de stigmatisation				0.072*
Non	14	13 (92,9)	1 (7,1)	
Oui	32	20 (62,5)	12 (37,5)	
Principales causes de stigmatisation				
Agression ou menace verbale/physique	30	19 (63,3)	11 (36,7)	0.080*
Exclusion des manifestations sociales	8	2 (25,0)	6 (75,0)	0.004*
Difficultés d'accès au logement/refus d'emploi	7	3 (42,9)	4 (57,1)	0.043*
Exclusion des manifestations familiales	3	1 (33,3)	2 (66,7)	0.047*
Exclusion des manifestations religieuses	2	0 (0,0)	2 (100,0)	0.011*
Sobriquets	1	0 (0,0)	1 (100,0)	0.999*
Connaissance d'un PAA victime de crime rituel, mutilations				0.133*
Non	38	28 (73,7)	10 (26,3)	
Oui	5	2 (40,0)	3 (60,0)	
Non renseigné	3	3 (100,0)	0 (0,0)	

\*Test exact de Fisher; \*\*Test de Wilcoxon-Mann-Whitney

et qualitatives, ce qui permet de trianguler les résultats et d'offrir une perspective nuancée sur les expériences des PAA. En outre, elle met en lumière des aspects souvent négligés, tels que l'auto-stigmatisation et l'impact psychologique des surnoms péjoratifs.

Un autre élément d'originalité de notre étude est l'exploration des croyances superstitieuses locales et leur influence sur les perceptions et les comportements envers les PAA. En examinant les différences de perception à travers diverses cultures africaines, notre recherche contribue à une meilleure compréhension des dynamiques sociales spécifiques à chaque contexte culturel. De plus, en incluant une analyse comparative avec d'autres études menées dans différents pays africains, nous avons pu identifier des tendances communes et des particularités locales, enrichissant ainsi la base de connaissances existantes sur l'albinisme en Afrique.

### Comparaison Avec Les Études Antérieures

L'âge médian des PAA dans notre étude était de 28,0 ans, comparable à celui de Madubuko et al. [8] au Bénin, d'Inena et al. [9] en République Démocratique du Congo (RDC) qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 24,1 ans et de 26,5 ans. En revanche, Picard et al. [10] en France avaient rapporté un âge moyen plus élevé de 43,98 ans, probablement en raison d'une espérance de vie plus longue, car les PAA en Afrique sont plus vulnérables aux effets des rayons ultraviolets, aux cancers cutanés et à l'accès limité aux soins médicaux. Parmi les enquêtés, 51,7% (n=31) étaient célibataires. Dans l'étude d'Inena et al. [9], 76,3% (n=45) étaient célibataires.

En ce qui concerne la cause perçue de l'albinisme, 96,7% des enquêtés considéraient une cause naturelle. En Tanzanie, seuls 14% considéraient l'albinisme comme une maladie héréditaire. Les croyances en de nombreuses superstitions locales étaient plus répandues notamment une malédiction infligée à la famille ou à la mère mangeant avec un albinos ou serrant leur main [11]. Au Zimbabwe, 50,7% des enquêtés n'avaient aucune connaissance sur la cause de l'albinisme; 10,9% pensaient à une cause biologique et 13,8% que Dieu en était responsable [12]. Il résulte de tout ce qui précède que des efforts de sensibilisation et d'éducation doivent être poursuivis, afin de transmettre une bonne et juste compréhension de l'origine naturelle et génétique de l'albinisme dans la population africaine.

### Stigmatisation Externe

Plus des deux-tiers (66,7%) de nos enquêtés ont été victimes de stigmatisation, principalement une agression ou une menace verbale ou physique (n=37; 92,5%). En RDC, Inena et al. [9] ont révélé que 24,4% des enquêtés étaient victimes de discrimination de la part de leurs proches et 67,4% de la société. Au Cameroun, Aquaron et al. [13] ont constaté que la naissance d'un enfant atteint d'albinisme peut conduire à la répudiation de la mère par le père et la belle-famille surtout si elle donnait naissance successivement à deux enfants atteints d'albinisme. Pour Anshelevich et al. [14] au Botswana, l'ampleur de la stigmatisation des PAA dans cette société est telle qu'ils la considèrent comme dépassant la stigmatisation par le VIH/Sida. Ces résultats prouvent la réalité non négligeable des actes de stigmatisation des PAA dans nos sociétés.

### Surnoms Péjoratifs

Notre étude a montré que le terme «*Agbélitimé Yovo*» (n=25; 32,1%) était le surnom le plus courant des PAA du Togo. Au Mali, Imperato et al. [15] ont relevé le surnom «*Yéfeguéw*». Au Cameroun, Aquaron et al. [13] ont recensé «*Nguengerou*» et «*Nassaras*» comme les deux termes courants selon le dialecte des *Yambassas*. En Tanzanie selon Brocco et al. [16], c'est plutôt «*zeruzeru*» (fantôme), «*mzungu*» (personne blanche) et «*di*» signifiant «marché» en référence au commerce des parties du corps des PAA sur le marché noir. Ces résultats illustrent l'existence dans plusieurs pays d'Afrique, de surnoms pour la plupart péjoratifs et moqueurs pour désigner les PAA.

### Crimes Rituels Et Mutilations

Enfin, sept enquêtés (11,7%) avaient déclaré avoir eu une PAA de leur entourage victime de crimes rituels ou de mutilations. Au Botswana, Anshelevich et al. [14] avaient rapporté que les PAA avaient subi des agressions physiques mineures, des menaces de violence, des persécutions et/ou des tentatives d'enlèvement. Le rapport du comité consultatif du conseil des droits de l'homme sur l'étude de la situation des droits des PAA a mentionné en 2017 plus de 340 agressions dont 134 meurtres dans 25 pays [17]. Ces exemples montrent que les PAA subissent des agressions physiques partout en Afrique. Ceci dénote l'impact des mythes et des superstitions autour de l'albinisme avec le manque d'information sur son origine génétique.

La personne stigmatisable s'attache au contrôle de l'information à l'égard de son stigmaté (le cacher, le dire à certains, le révéler). La personne stigmatisée doit gérer la tension entre la norme sociale et la réalité personnelle (se voir confrontée aux réactions gênées de son entourage). Elle se trouve généralement réduite à son stigmaté: toutes ses actions sont interprétées à travers ce prisme. Ces manières de faire enlèvent à l'autre toute épaisseur de vie et, surtout, ne permettent pas de comprendre ce que l'on fait à cette vie [18].

### Auto-stigmatisation

Par rapport à l'auto-stigmatisation, 21,7% de nos enquêtés (n=13) avaient des sentiments de stigmatisation interne. Aquaron *et al.* [13] ont rapporté les actes d'auto-stigmatisation des mères d'enfants atteints d'albinisme Bamiléké qui se sentaient déprimées, malheureuses répugnantes à s'occuper de leur enfant atteint d'albinisme et à le nourrir au sein. Ces résultats soulignent l'effet négatif de la stigmatisation externe sur l'auto-considération des PAA et leur choix quotidien de vie.

### Limites de l'étude

Les principales limites de notre étude incluent: i) la restriction de l'échantillon aux PAA membres de l'ANAT résidant à Lomé, ce qui ne représente qu'environ un cinquième des PAA du Togo; ii) la véracité des affirmations concernant les crimes rituels. Malgré ces limites, les résultats confirment que les actes de stigmatisation et de discrimination des PAA en raison de leur couleur de peau sont bien réels dans notre société.

### Perspectives

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives de recherche et d'action pour améliorer la situation des PAA au Togo et d'ailleurs. D'abord, il serait pertinent de mener des études similaires dans d'autres régions du Togo et dans d'autres pays africains pour vérifier la généralisation des tendances observées à Lomé. Une extension de l'échantillon permettrait de mieux comprendre les variations régionales et culturelles des perceptions et des expériences des PAA. En outre, des recherches longitudinales seraient utiles pour suivre l'évolution des attitudes et des comportements à l'égard des PAA au fil du temps, particulièrement en réponse à des interventions éducatives et de sensibilisation.

Un autre axe de recherche pourrait explorer plus en profondeur les mécanismes d'auto-stigmatisation et leur impact sur la santé mentale et le bien-être des PAA. Des études qualitatives, telles que des entretiens approfondis et des groupes de discussion, pourraient fournir des insights précieux sur les expériences personnelles des PAA et les stratégies qu'ils développent pour faire face à la stigmatisation. Par ailleurs, il serait intéressant d'examiner l'efficacité des programmes éducatifs et des campagnes de sensibilisation en cours, en évaluant leur impact sur les connaissances et les attitudes du public envers l'albinisme.

### CONCLUSION

Cette étude au Togo met en évidence que la stigmatisation des PAA est une réalité marquante. Elle affecte négativement le bien-être et la qualité de vie des PAA. Plus des deux-tiers d'entre elles à Lomé, étaient victimes d'actes de stigmatisation. Les facteurs associés à l'auto-stigmatisation étaient la victimisation des PAA. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres pays de l'Afrique montrant l'importance de promouvoir la sensibilisation et l'éducation sur l'origine naturelle et génétique de l'albinisme pour combattre les superstitions et réduire la stigmatisation et la discrimination des PAA. Des efforts concertés sont nécessaires pour améliorer les conditions de vie des PAA en Afrique. Il s'avère indispensable d'adopter des stratégies éducatives et de politiques publiques pour protéger les droits et améliorer les conditions de vie des PAA, de même que celle de leur entourage sur l'origine naturelle de leurs différences physiques.

### ACKNOWLEDGEMENTS

La stigmatisation et la discrimination des PAA sont des obstacles à leur épanouissement dans la société.

### 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.

## RÉFÉRENCES

1. Aquaron R. Human albinism: clinical, genetic, cellular, biochemical and molecular aspects. *Med Trop Rev Corps Sante Colon.* 2000;60:331-41.
2. Rooryck C, Morice F, Mortemousque B, Lacombe D, Taïeb A, Arveiler B. Albinisme oculo-cutané. *Ann Dermatol Veneréol.* 2007;134:55-64.
3. Lekalakala PT, Khammissa R a. G, Kramer B, Ayo-Yusuf OA, Lemmer J, Feller L. Oculocutaneous albinism and squamous cell carcinoma of the skin of the head and neck in sub-saharan Africa. *J Skin Cancer.* 2015;2015:167847.
4. Bonniol JL. Black skin: an anthropologist's journey between biology and sociology. *Ann Dermatol Veneréol.* 2006;133:853-8.
5. Cruz-Inigo AE, Ladizinski B, Sethi A. Albinism in Africa: stigma, slaughter and awareness campaigns. *Dermatol Clin.* 2011;29:79-87.
6. ANAT Albitogo-Association Nationale des personnes atteintes d'Albinisme au Togo [Internet]. [Cité le 5 déc 2021]. Disponible sur <https://anattogo.org>
7. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Résultats définitifs du 5<sup>e</sup> RGPH-5 de Novembre 2022. [En ligne] <https://inseed.tg/depliant-et-communicue-rgph/Consulté le 5 Septembre 2024>.
8. Madubuko CR, Onunu AN. Sun-protection strategies amongst people living with Albinism in Benin-city, Southern Nigeria. *Res J Health Sci.* 2021;9:245-53.
9. Inena G, Chu B, Falay D, Limengo B, Matondo I, Bokanga A, et al. Patterns of skin cancer and treatment outcomes for patients with albinism at Kisangani Clinic, Democratic Republic of Congo. *Int J Dermatol.* 2020;59:1125-31.
10. Picard FM, Taïeb C, Marti A, Gliksohn A, Gene R, Bodemer C, et al. Fardeau de l'albinisme: création d'un questionnaire. *Ann Dermatol Veneréol.* 2017;144:S236-7.
11. McBride SR, Leppard BJ. Attitudes and beliefs of an albino population toward sun avoidance: advice and services provided by an outreach albino clinic in Tanzania. *Arch Dermatol.* 2002;138:629-32.
12. Lund PM. Oculocutaneous albinism in southern Africa. *Ann Hum Biol.* 2005;32:68e73.
13. Aquaron R, Djatou M, Kandem L. Sociocultural aspects of albinism in Sub-Saharan Africa: mutilations and ritual murders committed in east Africa (Burundi and Tanzania). *Med Trop Rev Corps Sante Colon.* 2009;69:449-53.
14. Anshelevich EE, Mosojane KI, Kenosi L, Nkomazana O, Williams VL. Factors affecting quality of life for people living with albinism in Botswana. *Dermatol Clin.* 2021;39:129-45.
15. Imperato GH, Imperato PJ. Beliefs and practices concerning twins, hermaphrodites, and albinos among the Bamana and Maninka of Mali. *J Community Health.* 2006;31:198-224.
16. Brocco G. Albinism, stigma, subjectivity and global-local discourses in Tanzania. *Anthropol Med.* 2016;23:229-43.
17. Boisson de Chazournes L. Le Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme et la protection des personnes atteintes d'albinisme. *In: Mélanges en l'honneur du Professeur Emmanuel Decaux - Réciprocité et universalité - Sources et régimes du droit international des droits de l'homme.* Paris: Pedone; 2017:1085-95.
18. Jodelet D. Folies et représentations sociales, *Les classiques des sciences sociales* 1989.pp. 36-43: <http://classiques.uqac.ca>

Copyright by Abla Sefako Akakpo, 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.

# Cutaneous polyarteritis nodosa: A paediatric case

Diop Khadim<sup>1</sup>, Ndiaye MT<sup>1</sup>, Paglan PE<sup>2</sup>, Ba ID<sup>3</sup>, Diassé F<sup>1</sup>, Yassine L<sup>1</sup>, Tall F<sup>3</sup>, Diallo M<sup>2</sup>, Ndiaye O<sup>3</sup>, Niang SO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatology Departement, National Children's Hospital Albert Royer, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Sénégal,

<sup>2</sup>Dermatopathology laboratory, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Paediatric Departement, National Children's Hospital Albert Royer, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Sénégal

**Corresponding author:** Khadim Diop, MD, E-mail: bambadiop100391@gmail.com

## ABSTRACT

Polyarteritis nodosa is a rare primary vasculitis. We report a pediatric case of cutaneous polyarteritis nodosa which, apart from its rarity, is characterized by clinical polymorphism leading to delayed diagnosis. A 08-year-old boy with a history of recurrent angina followed for 2 months for inflammatory polyarthralgias and myalgias, evolving in the context of long-term fever and asthenia. Dermatological examination revealed tender subcutaneous nodules, a branched livedo and ecchymotic purpura on the forearms and feet. The rest of the examination was normal, particularly cardiac, pulmonary and neurological. Deep skin biopsy of a subcutaneous nodule confirmed the diagnosis of polyarteritis nodosa. Antinuclear antibodies, anti-ECT antibodies and ANCA antibodies were negative. Oral corticosteroid therapy (prednisone 1mg/kg/day) and colchicine (1mg/day) led to remission of the clinical picture. The diagnosis of cutaneous polyarteritis nodosa should be made in a child presenting with subcutaneous nodules and a branched livedo of the limbs associated with arthralgias and myalgias. Deep skin biopsy is used to confirm the diagnosis.

**Key words:** Polyarteritis nodosa, Cutaneous polyarteritis nodosa, Children, Dakar

**How to cite this article:** Diop K, Ndiaye MT, Perronne PE, Ba ID, Diassé F, Yassine L, Tall F, Diallo M, Ndiaye O, Niang SO. Cutaneous polyarteritis nodosa: A paediatric case. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):21-25.

**Submission:** 25.10.2024; **Acceptance:** 1.12.2024

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.4

# Péri-artérite noueuse cutanée: un cas pédiatrique

Diop Khadim<sup>1</sup>, Ndiaye MT<sup>1</sup>, Paglan PE<sup>2</sup>, Ba ID<sup>3</sup>, Diassé F<sup>1</sup>, Yassine L<sup>1</sup>, Tall F<sup>3</sup>, Diallo M<sup>2</sup>, Ndiaye O<sup>3</sup>, Niang SO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatology Departement, National Children's Hospital Albert Royer, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Sénégal,

<sup>2</sup>Dermatopathology laboratory, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Paediatric Departement, National Children's Hospital Albert Royer, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Sénégal

**Corresponding author:** Khadim Diop, MD, E-mail: bambadiop100391@gmail.com

## RÉSUMÉ

La péri-artérite noueuse est une vascularite primitive rare. Nous rapportons un cas pédiatrique de péri-artérite noueuse cutanée, particulier outre sa rareté, par le polymorphisme clinique à l'origine d'un retard diagnostique. Un garçon âgé de 08 ans, aux antécédents d'angine à répétition, était suivi depuis 2 mois pour des poly-arthralgies inflammatoires et des myalgies, évoluant dans un contexte de fièvre au long cours et d'asthénie. L'examen dermatologique notait des nodules sous cutanés sensibles, une livedo ramifiée et un purpura ecchymotique, localisés aux avant-bras et les pieds. Le reste de l'examen était normal, en particulier cardiaque, pulmonaire et neurologique. La biopsie cutanée profonde d'un nodule sous cutané confirmait le diagnostic de péri-artérite noueuse. Les anticorps antinucléaires, anti-ECT et les ANCA étaient négatifs. Une corticothérapie orale (prednisone 1mg/kg/jour) et la colchicine (1mg/jour) ont permis une rémission du tableau clinique. Le diagnostic de péri-artérite noueuse cutanée doit être évoqué chez un enfant devant des nodules sous cutanés, une livedo ramifiée des membres associés à des arthralgies et des myalgies. La biopsie cutanée profonde permet la confirmation diagnostique.

**Mots-clés:** Périartérite noueuse, Périartérite noueuse cutanée, Enfant, Dakar

## INTRODUCTION

La péri-artérite noueuse (PAN) est une vascularite primitive nécrosante des artères de moyen et petit calibre, d'étiologie inconnue [1]. Il existe deux formes: la PAN systémique d'évolution aiguë, associée à des atteintes viscérales sévères (cœur, rein, tube digestif, système nerveux central) menaçant le pronostic vital et la PAN cutanée (PANc) d'évolution chronique et bénigne, sans atteinte viscérale grave [2,3]. La PAN cutanée, plus rare que la forme systémique, touche avec prédilection la peau, les muscles, les articulations et parfois les nerfs périphériques [3,4]. Elle se caractérise par un grand polymorphisme clinique à l'origine souvent d'une errance diagnostique [4]. Les atteintes cutanées au cours de la PAN sont fréquentes (50 à 88% des cas), souvent révélatrices du diagnostic par l'histologie

cutanée [5]. Elle touche majoritairement les adultes [5]. Les formes pédiatriques semblent rares (environ 200 cas rapportés dans le monde) ou parfois méconnues [4,6]. En Afrique subsaharienne en particulier au Sénégal, aucun cas de PAN pédiatrique n'a été rapporté à notre connaissance. Nous décrivons une observation de PAN cutanée chez un enfant à Dakar dans le but de partager les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives.

## OBSERVATION

Un garçon âgé de 8 ans, était reçu au service de Dermatologie Pédiatrique pour des nodules sous cutanés douloureux des avant-bras. L'interrogatoire rapportait dans ses antécédents des angines à répétition. Il était suivi depuis 2 mois pour des arthralgies inflammatoires

**How to cite this article:** Diop K, Ndiaye MT, Perronne PE, Ba ID, Diassé F, Yassine L, Tall F, Diallo M, Ndiaye O, Niang SO. Péri-artérite noueuse cutanée: un cas pédiatrique. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):21-25.

**Submission:** 25.10.2024; **Acceptance:** 1.12.2024

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.4

des grosses articulations non déformantes, intéressants les coudes, les poignets, les chevilles et les genoux avec parfois des épisodes d'impotence fonctionnelle des membres, évoluant dans un contexte de fièvre au long cours et d'asthénie. Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu était initialement suspecté mais non confirmé. A l'admission, l'état général était conservé et les constantes normales. L'examen dermatologique retrouvait des nodules sous cutanés sensibles à la palpation au niveau des avant-bras (Fig. 1a), un purpura ecchymotique (Fig. 1b) et une livedo ramifiée aux pieds, les jambes et les avant-bras. Le reste de l'examen clinique était normal en particulier l'examen neurologique, cardiaque et pulmonaire. La biopsie cutanée profonde d'un nodule sous-cutané retrouvait une extravasation des globules rouges associée à un dense infiltrat de lymphocytes et de neutrophiles en leucocytoclasie et des foyers de nécrose fibrinoïde au sein des septas hypodermiques, en faveur d'une péri-artérite noueuse (Fig. 2a et 2b). Les anticorps anti-nucléaires, anti DNA natifs et ANCA étaient négatifs. La protéinurie des 24h était normale à 0,03g. L'électrocardiogramme, l'échographie abdomino-pelvienne et la radiographie du thorax étaient normaux. Le diagnostic de péri-artérite noueuse cutanée était retenu. De la colchicine à 1mg/jour associée à une

corticothérapie orale (prednisone 1mg/kg/jour puis une dégression rapide à 1 mois) ont permis une amélioration du tableau clinique.

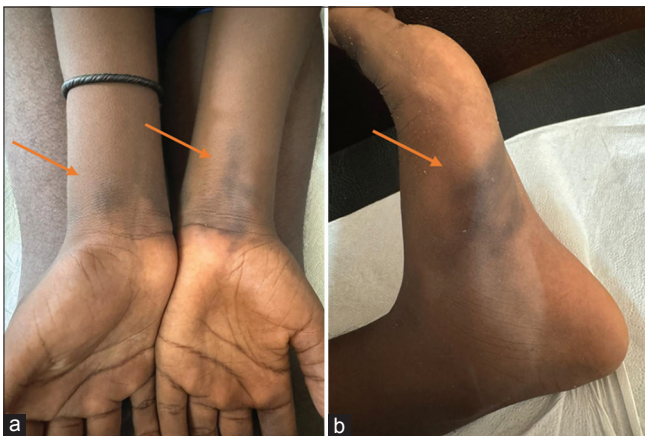
## DISCUSSION

Nous avons rapporté une observation de péri-artérite noueuse cutanée pédiatrique dont les particularités sont: la rareté, le retard diagnostique et l'atteinte cutanée révélatrice grâce à l'apport de l'histologie cutanée.

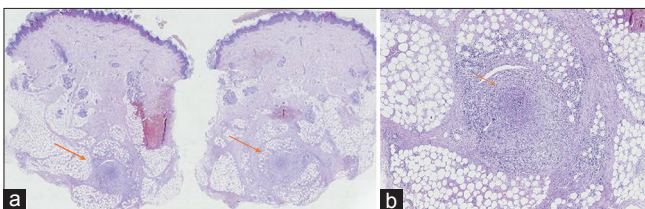
La péri-artérite noueuse est une vascularite primitive nécrosante des artères de petit et moyen calibre [1]. C'est une vascularite rare, pouvant toucher toutes les tranches d'âge (3 à 81 ans) et majoritairement les adultes (40-60ans) [1,5,6]. Son incidence annuelle serait estimée entre 0 à 1,6 cas/millions d'habitants en Europe [5]. Les formes pédiatriques semblent plus rares (environ 200 cas rapportés dans le monde) [4-6]. En Afrique subsaharienne en particulier au Sénégal, il n'existe quasiment pas de données sur cette pathologie. Cette rareté dans notre contexte pourrait s'expliquer par le polymorphisme clinique de cette affection à l'origine souvent d'une errance diagnostique.

Il existe une forme cutanée pure (PAN cutanée), décrite pour la première fois par Lindberg en 1931 [5,6]. La PAN cutanée affecte la peau, les muscles, les articulations et parfois les terminaisons nerveuses sensibles. Les atteintes viscérales sont exceptionnelles et l'évolution chronique, bénigne, comme constatée dans notre observation [3,4]. Contrairement à la forme systémique (PAN systémique) qui est d'évolution aiguë, de mauvais pronostic avec des atteintes viscérales sévères (cœur, rein, système nerveux central, tube digestif) pouvant menacer le pronostic vital [2,3]. Les formes de passage entre ces deux entités semblent exceptionnelles.

Les atteintes cutanées au cours de la PAN sont fréquentes, retrouvées dans 50 à 88% des cas, avec une plus grande fréquence chez l'adulte que chez l'enfant [5,7]. Elles peuvent être inauguraux ou survenir au décours de l'évolution à l'origine parfois du retard diagnostique. C'était le cas chez notre malade où l'atteinte initiale était articulaire, musculaire puis cutanée. Les signes cutanés les plus fréquents sont des nodules sous cutanés sensibles aux extrémités des membres (80%), une livedo ramifiée infiltrée (56%)



**Figure 1:** (a) Nodules sous cutanés et livedo des avant-bras. (b) Purpura ecchymotique des pieds.



**Figure 2:** (a) Vascularite leucocytoclasique hypodermique (HEx100). (b) Extravasation des globules rouges associée à un dense infiltrat de lymphocytes et de neutrophiles en leucocytoclasie et des foyers de nécrose fibrinoïde au sein des septas hypodermiques (HEx200).

et des ulcérations (49%). D'autres manifestations cutanées, plus rares, ont été décrites: purpuras vasculaires, des plaques indurées, des nécroses cutanées ou une gangrène distale [5-7]. Les lésions siègent avec prédilection au niveau des extrémités en regard des trajets vasculaires (jambes 97%, avant-bras 33%, tronc 8%) [5,7]. Les manifestations extra-cutanées sont représentées par la fièvre au long cours, une asthénie, une anorexie, des arthralgies inflammatoires non déformantes ou arthrites et des myalgies et dans environ un tiers des observations une neuropathie périphérique de type sensitif, très douloureuse, siégeant dans le même territoire que les manifestations cutanées [5,7,8].

Le retard diagnostique (2 mois) remarqué dans notre cas est probablement lié au polymorphisme clinique de la maladie avec des manifestations inaugurales articulaires et musculaires inflammatoires qui ont fait dérouter le diagnostic avec le rhumatisme articulaire aiguë, l'arthrite chronique juvénile.

L'histologie cutanée d'une biopsie profonde d'un nodule permet la confirmation diagnostique, en montrant une vascularite d'une artère de petit et/ou moyen calibre du derme profond ou de l'hypoderme associée à une nécrose fibrinoïde et un infiltrat de polynucléaires neutrophiles, d'éosinophiles et de lymphocytes [3,4,6,7].

À l'heure actuelle, les causes de la PAN cutanée sont inconnues. Cependant, quelques facteurs étiologiques sont incriminés dans la littérature chez l'enfant souvent les infections streptococciques, plus rarement les virus de l'hépatite B et C, l'infection à VIH et récemment certains terrains génétiquement déterminés: les déficits en adénosine désaminase 2 (ADA 2), le syndrome VEXAS [4,7]. Dans notre cas, le seul facteur incriminé était l'antécédent d'angine à répétition, qui pourrait suggérer le rôle d'une éventuelle infection streptococcique, sans preuve formelle.

Le traitement de la PAN cutanée de l'enfant est non codifié. Plusieurs traitements sont proposés dans la littérature [9]. Dans les formes purement cutanées en première intention, l'utilisation de la colchicine (1 à 2 mg/jour) ou la disulone est recommandée. Dans les formes avec des atteintes cutanées, articulaires, musculaires et/ou neurologiques, une association: colchicine et prednisone (0,5 à 1mg/kg/jour) et/ou immunosuppresseurs

(méthotrexate, cyclophosphamide, azathioprine) est préconisée. D'autres traitements ont été proposés dans les formes sévères: les anti-TNF, les anti JAK, les Immunoglobulines intraveineuses. Chez notre malade, la colchicine associée à la prednisone a permis une amélioration favorable du tableau clinique. Toutefois, le traitement reste suspensif, l'évolution peut être émaillée de nouvelles poussées entrecoupées de phases de rémissions, justifiant l'éducation thérapeutique pour un suivi au long cours.

## CONCLUSION

La PAN est une vascularite primitive rare, surtout chez l'enfant et parfois méconnue. Le diagnostic de PAN cutanée devrait être évoqué devant des nodules sous cutanés sensibles associés à des signes généraux (fièvre, asthénie, altération état général), des arthralgies ou myalgies. La biopsie cutanée profonde peut aider au diagnostic. Un terrain génétique sous-jacent (déficit en Adénosine désaminase 2) doit être recherché devant un contexte clinique évocateur.

## 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.

## RÉFÉRENCES

1. Assicot C, Bourrat E, Pringent F, Moraillon I, Vignon MD, Triller R, et al. Périartérite noueuse cutanée de l'enfant: trois cas. *Ann Dermatol Venerol*. 2002;129:207–11.
2. Gupta S, Duggal L, Jain N. Cutaneous polyarteritis nodosa – A rare benign Vasculitis. *J Indian Acad Clin Med*. 2006;7:159-60.
3. Subbanna PKA, Singh NV, Swaminathan RP. Cutaneous polyarteritis nodosa: A rare isolated cutaneous vasculitis. *Indian Dermatol Online J*. 2012;3:21-4.
4. Tabibi P, Shiari R, Shafiee A, Rahmani K, Saravi N. Case report of streptococcal infection as a potential precipitating factor in cutaneous polyarteritis nodosa in pediatric patients. *Clin Case Rep*. 2024;12:e9038.
5. Morgan AJ, Schwartz RA. Cutaneous polyarteritis nodosa: a comprehensive review. *Int J Dermatol*. 2010;49:750–6.
6. Bansal N-K, Houghton KM. Cutaneous polyarteritis nodosa in childhood: a case report and review of the literature. *Art Ther*. 2010;2010:1-7.
7. Lee JC, Kim JG, Lee S. Clinical presentations and long term prognosis of childhood onset polyarteritis nodosa in single centre of Korea. *Sci.Rep*. 2021;11:83-93.

8. Fleuret C, Kupfer-Bessagnet I, Prigent S, Hutin P, Staroz F, Plantin P. Périartérite noueuse cutanée récidivant depuis 30 ans lors d'infections streptococciques et évoluant vers une vascularite systémique. *Ann Dermatol Vénereol.* 2010;137:220-4.
9. Wolff L, Horisberger A, Moi L, Karampetsou MP, Comte D. Polyarteritis Nodosa: Old Disease, New Etiologies. *Int J Mol Sci.* 2023;24:16668.

Copyright by Khadim Diop, 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.

# A case of periarteritis nodosa in an adolescent in the Dermatology-Venereology department of the Donka national hospital (Guinea)

**Emmanuel Yombouno<sup>1</sup>, Moussa Savané<sup>1,2</sup>, Mamadou Lamine Diallo<sup>2,3</sup>, Boh Fanta Diané<sup>1,2</sup>, Mamadou Diouldé 1 Kanté<sup>1,2</sup>, Issiaga Camara<sup>1</sup>, Marguerite Bomboh Bangoura<sup>1</sup>, Mariama Saliou Touré<sup>1</sup>, Mamadou Aliou Bademba Barry<sup>1</sup>, Aly Badra Kamissoko<sup>2,3</sup>, Mohamed Maciré Soumah<sup>1,2</sup>, Thierno Mamadou Tounkara<sup>1,2</sup>, Moussa Kéita<sup>1,2</sup>, Mohamed Cissé<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>Department of Dermatology-Venereology Donka National Hospital, Conakry University Hospital, Guinea, <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences and Techniques (FSTS), Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Guinea, <sup>3</sup>Rheumatology Department Ignace Deen National Hospital, Conakry University Hospital, Guinea*

**Corresponding author:** Emmanuel Yombouno, MD, E-mail: yombounodremma@gmail.com

## ABSTRACT

Polyarteritis nodosa is an uncommon autoimmune pathology in adolescents. This is a necrotizing vasculitis that predominantly affects medium-sized arteries. Two nosological entities are mainly known: classic systemic and cutaneous. In both entities we find cutaneous and extra cutaneous signs which are associated with the biological inflammatory syndrome. The diagnosis is based on clinical and paraclinical arguments. The course is sometimes punctuated by serious complications in the absence of treatment. The treatment is adapted according to the clinical condition of the patient. We report one of the rare observations in our service.

**Key words:** Periarteritis, adolescent, dermatology.

**How to cite this article:** Yombouno E, Savané M, Diallo ML, Diané BF, Kanté MD1, Camara I, Bangoura MB, Touré MS, Barry MAB, Kamissoko AB, Soumah MM, Tounkara TM, Kéita M, Cissé M. A case of periarteritis nodosa in an adolescent in the Dermatology-Venereology department of the Donka national hospital (Guinea). Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):26-29.

**Submission:** 04.01.2025; **Acceptance:** 14.03.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.5

# Un cas de périartérite noueuse chez un adolescent au service de Dermatologie-Vénérologie de l'hôpital national Donka (Guinée)

Emmanuel Yombouno<sup>1</sup>, Moussa Savané<sup>1,2</sup>, Mamadou Lamine Diallo<sup>2,3</sup>,  
Boh Fanta Diané<sup>1,2</sup>, Mamadou Diouldé 1 Kanté<sup>1,2</sup>, Issiaga Camara<sup>1</sup>,  
Marguerite Bomboh Bangoura<sup>1</sup>, Mariama Saliou Touré<sup>1</sup>,  
Mamadou Aliou Bademba Barry<sup>1</sup>, Aly Badra Kamissoko<sup>2,3</sup>, Mohamed Maciré Soumah<sup>1,2</sup>,  
Thierno Mamadou Tounkara<sup>1,2</sup>, Moussa Kéita<sup>1,2</sup>, Mohamed Cissé<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology-Venereology Donka National Hospital, Conakry University Hospital, Guinea, <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences and Techniques (FSTS), Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Guinea, <sup>3</sup>Rheumatology Department Ignace Deen National Hospital, Conakry University Hospital, Guinea

**Corresponding author:** Emmanuel Yombouno, MD, E-mail: yombounodremma@gmail.com

## RESUME

La périartérite noueuse est une pathologie auto-immune peu fréquente chez l'adolescent. Il s'agit d'une vascularite nécrosante qui touche avec prédilection les artères de moyen calibre. Deux entités nosologiques sont principalement connues: systémique classique et cutanée. Dans les deux entités on retrouve les signes cutanés et extra cutanés qui sont associées au syndrome inflammatoire biologique. Le diagnostic repose sur les arguments cliniques et paracliniques. L'évolution est parfois émaillée de complications graves en l'absence de traitement. La prise en charge est adaptée en fonction de l'état clinique du patient. Nous rapportons une des rares observations dans notre service.

**Mots-clés:** Périartérite, adolescent, dermatologie

## INTRODUCTION

La périartérite noueuse (PAN) est une vascularite systémique et nécrosante touchant avec prédilection les vaisseaux de moyen calibre [1]. Les enfants sont aussi touchés par cette maladie [2]. Les atteintes cutanée, rénale digestive et locomotrice sont plus fréquentes chez la couche pédiatrique [3]. Peu de données ont été rapportées dans la littérature subsaharienne. En Tunisie, Salah RB et al avaient rapporté 3 cas de PAN chez l'adolescent avec des présentations cliniques différentes [4]. L'évolution peut être marquée par la survenue des formes graves et les rechutes plus fréquentes [5]. En absence de diagnostic précoce, le pronostic vital et fonctionnel peut être engagé.

## Observation

Il s'agit un élève âgé de 17 ans, sans antécédents particuliers, sans couverture sanitaire reçu pour des macules hyper-pigmentées disséminées sur le tégument, des masses sous cutanées, des douleurs articulaires et testiculaires évoluant depuis trois semaines dans un contexte d'altération de l'état général. Devant ces signes il a usé d'une phytothérapie en bain et en per os pendant deux semaines sans amélioration.

L'examen physique a noté une attitude passive, une fièvre ( $\Theta=39^{\circ}\text{C}$ ); avec un indice de masse corporelle= $17\text{kg}/\text{m}^2$ . Au niveau cutané on notait des macules purpuriques coexistant avec de multiples

**How to cite this article:** Yombouno E, Savané M, Diallo ML, Diané BF, Kanté MD1, Camara I, Bangoura MB, Touré MS, Barry MAB, Kamissoko AB, Soumah MM, Tounkara TM, Kéita M, Cissé M. Un cas de périartérite noueuse chez un adolescent au service de Dermatologie-Vénérologie de l'hôpital national Donka (Guinée). Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):26-29.

**Submission:** 04.01.2025; **Acceptance:** 14.03.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.5

plaques et placards ulcéro-nécrotiques de forme ovale, à contours érythémateux discrètement infiltrés aux membres thoraciques et pelviens (Figs. 1a and 1b). Sur le plan muqueux il y avait une nécrose du bord latéral droit de la langue (Fig. 2). On notait également une polyarthralgie inflammatoire intéressant des grosses articulations avec EVA=7/10 et une douleur abdominale.

Le bilan biologique avait mis en évidence anémie de 6,2 g/dl, hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile de 24000/mm<sup>3</sup>. Le dosage des ANCA, l'histopathologie et l'angioscanner n'ont pas pu être réalisés pour défaut de moyens financiers. La PAN a été retenue sur la base des critères diagnostiques de l'ACR (1990) de la PAN associant un amaigrissement, la douleur

testiculaire, des nodules sous-cutanés sensibles [6]. Il a été mis sous corticothérapie générale en raison de 1mg par kilogramme poids. Une évolution favorable était notée au bout de 2 semaines marquée par une apyrexie, une cicatrisation progressive des ulcérations, une diminution du nombre d'articulations douloureuses associée à une normalisation du syndrome inflammatoire biologique non spécifique, mais parents ont décidé de signer une décharge.

## DISCUSSION

Les données sur la PAN de l'adolescent sont rarement rapportées en Afrique subsaharienne [7]. Les principales manifestations cliniques de la PAN retrouvées dans notre étude sont rapportées par plusieurs séries dans la littérature [8]. L'atteinte cutanée chez l'adolescent est fréquente. Au cours d'une étude multicentrique menée par Ozen et al. portant sur les enfants atteints de PAN, 92 % avaient des lésions cutanées. [9]. Nous avons proposé la corticothérapie (1 mg/kg par jour) et ses adjuvants en première intention comme le stipule les données de la littérature [10]. Ce traitement a été maintenu pendant 2 semaines chez le patient, la diminution des doses devrait être progressive et prudente jusqu'au contrôle de la maladie sur une longue période selon son tableau clinique et biologique, mais la famille a signé une décharge au cours de la prise en charge et le décès du patient a été appris 23 jours après par appel téléphonique.

## CONCLUSION

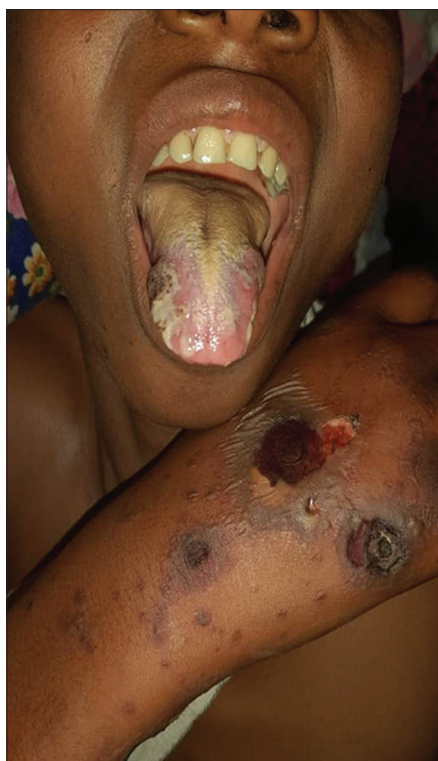
La PAN une vascularite nécrosante rare chez l'adolescent. Elle se caractérisait par des macules purpuriques, des plaques nécrotiques et des signes extra-cutanés. Une prise en charge précoce et pluridisciplinaire en milieu spécialisé permet d'améliorer le pronostic vital. La décharge signée par les parents a compliqué l'évolution chez le patient. Des études ultérieures sont nécessaires afin de décrire le profil épidémiologique, clinique et para clinique de cette affection.

## 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.



**Figure 1:** a) Multiple purpuric macules and ulcero-necrotic plaques disseminated on the forearm and right hand. b) Ulcero-necrotic patches extending from the upper 1/3 of the legs to the backs of the feet.



**Figure 2:** Necrosis of the right lateral edge of the tongue.

## RÉFÉRENCES

1. Lightfoot RW, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Zvaifler NJ, McShane DJ, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1088-93.
2. Ozen S, Pistorio A, Iusan SM, Bakkaloglu A, Herlin T, Brik R, et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch Schonlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener 44 Forbess & Bannykh granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: final classification criteria. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:798-806.
3. Eleftheriou D, Dillon MJ, Tullus K, Marks SD, Pilkington CA, Roebuck DJ, et al. Systemic polyarteritis nodosa in the young: a single-center experience over thirty-two years. *Arthritis Rheum.* 2013;65:2476-85.
4. Ben Salah R, Chebbi D, Turki C, Frikha F, Snoussi M, Marzouk S, et al. La périartérite noueuse: un diagnostic à ne pas méconnaître. *Ann. Afr. Med.* 2018;11:2864-8.
5. Puéchal X. Périartérite noueuse: état de l'art. *Rev Rhum.* 2022;89:244-51.
6. Hunder GG, Arend WP, Bloch DA, Calabrese LH, Fauci AS, Fries JF, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1065-7.
7. Diallo S, Diallo S, Diop IB, Tall A, Ndongo S, Diop TM, et al. Vasculites systémiques étude de 27 cas Sénégalais. *Rev Rhum.* 2007;74:1039-208.
8. Guillevin L, Terrier B. Classification des vascularites systémiques. *Presse Médicale.* 2012;41:986-95.
9. Ozen S, Anton J, Arisoy N, Bakkaloglu A, Besbas N, Brogan P, et al. Juvenile polyarteritis: results of a multicenter survey of 110 children. *J Pediatr.* 2004;145:517-22.
10. Mouy R. La périartérite noueuse de l'enfant. *Pédiatrie.* 2011;14:362-70.

Copyright by Emmanuel Yombouno, 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.

# Trachyonychia or unguial dystrophy of the twenty nails: An idiopathic clinical case in an infant

**Abla Sefako Akakpo<sup>1,2</sup>, Atsu Claude Adjivon<sup>3</sup>, Panawe Kassang<sup>4</sup>, Palokinam Pitche<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Sylvanus Olympio, Togo, <sup>2</sup>Laboratory «skin and environment», University of Lomé, Togo, <sup>3</sup>Espar Medical Pasteur, San-Pedro, Togo, <sup>4</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Kara, Togo*

**Corresponding author:** Abla Sefako Akakpo, MD, E-mail: sefasy1@yahoo.fr

## ABSTRACT

Trachyonychia is a term used to describe a dystrophy of rough, sandy, thin and brittle nails. We report a case of idiopathic trachyonychia of twenty nails. An 11-month-old male infant was presented with dystrophic and giant nails on all ten fingers and toes, which had been present since birth. On examination, the child was in good general condition. Nail dystrophy was noted in all the fingernails and toenails, with detached, thickened nail platelets, excessive longitudinal striations and an accentuation with age. The child had no other skin involvement. Examination of the respiratory, cardiovascular, neurological, digestive, odontostomatological, locomotor, urogenital, otorhinolaryngological and splenoganglionic systems was normal. The mycological sample was negative. We report a case of idiopathic trachyonychia of the twenty nails in an infant. This case is not only rare, but its knowledge can help avoid diagnostic errors.

**Key words:** Trachyonychia, twenty-nail dystrophy, idiopathic, infant, Togo

**How to cite this article:** Akakpo AS, Adjivon AC, Kassang P, Pitche P. Trachyonychia or unguial dystrophy of the twenty nails: An idiopathic clinical case in an infant. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):30-33.

**Submission:** 04.01.2025; **Acceptance:** 21.02.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.6

# Trachyonychie ou dystrophie unguéale des vingt ongles: un cas clinique idiopathique chez un nourrisson

Abla Sefako Akakpo<sup>1,2</sup>, Atsu Claude Adjivon<sup>3</sup>, Panawe Kassang<sup>4</sup>, Palokinam Pitche<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Sylvanus Olympio, Togo, <sup>2</sup>Laboratory «skin and environment», University of Lomé, Togo, <sup>3</sup>Espas Medical Pasteur, San-Pedro, Togo, <sup>4</sup>Dermatology and Venereology Department, CHU Kara, Togo

**Corresponding author:** Abla Sefako Akakpo, MD, E-mail: sefasyl@yahoo.fr

## RÉSUMÉ

La trachyonychie est un terme utilisé pour désigner une dystrophie des ongles rugueux, sablonneux, minces et cassants. Nous rapportons un cas de trachyonychie idiopathique des vingt ongles. Il s'agissait d'un nourrisson de sexe masculin, de 11 mois, vu en consultation pour ongles dystrophiques et géantes atteignant les dix doigts et les dix orteils évoluant depuis la naissance. À l'examen, le nourrisson était en bon état général. On notait une dystrophie unguéale de tous les ongles des mains et pieds, avec des tablettes décollées, épaissies, des stries longitudinales excessives et une accentuation avec l'âge. L'enfant n'avait aucune autre atteinte cutanée. L'examen de l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, neurologique, digestif, odonto-stomatologique locomoteur, urogénital, oto-rhino-laryngologique, splénoganglionnaire est normal. Le prélèvement mycologique était négatif. Nous rapportons un cas de trachyonychie idiopathique des vingt ongles chez un nourrisson. Ce cas non seulement rare, et sa connaissance permet d'éviter des errances diagnostiques.

**Mots clés:** Trachyonychie, dystrophie des vingt ongles, idiopathique, nourrisson, Togo

## INTRODUCTION

La trachyonychie est un terme utilisé pour désigner des ongles rugueux, sablonneux, minces et cassants [1]. Une autre définition de cette affection a été introduite en 1977 par Hazelrigg. Dans sa définition la trachyonychie implique une atteinte obligatoire des vingt ongles et désigné par « dystrophie des vingt ongles » [2]. Ces dernières années des mises au point nosologiques et cliniques ont été faites notamment par Haber et al. [3]. Selon les données de ces études récentes, la trachyonychie peut toucher un nombre variable d'ongles avec des formes idiopathiques et des formes associées à des affections cutanées et extra cutanées [1,3]. Cette affection peut survenir à tout âge mais elle touche surtout les enfants avec un pic entre 3 ans et 12 ans [4]. Nous rapportons un cas de trachyonychie idiopathique des vingt ongles chez un nourrisson de 11 mois.

## Observation

Il s'agissait d'un nourrisson de sexe masculin, deuxième de la fratrie, né par voie basse d'une grossesse normale. Il était vu à l'âge de 11 mois pour des ongles dystrophiques et géantes atteignant les dix doigts et les dix orteils évoluant depuis la naissance. Il n'y avait pas d'histoire familiale connue de dystrophie unguéale.

À l'examen, le nourrisson était en bon état général. On notait la présence de dystrophie unguéale des ongles des mains et pieds, avec des tablettes décollées, épaissies, des stries longitudinales excessives et une accentuation avec l'âge (Fig. 1a et 1b). L'enfant n'avait aucune autre atteinte cutanée. Les cheveux étaient d'aspect normal. L'examen de l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, neurologique, digestif, odonto-stomatologique locomoteur, urogénital, oto-rhino-laryngologique, splénoganglionnaire est normal.

**How to cite this article:** Akakpo AS, Adjivon AC, Kassang P, Pitche P. Trachyonychie ou dystrophie unguéale des vingt ongles: un cas clinique idiopathique chez un nourrisson. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 1):30-33.

**Submission:** 04.01.2025; **Acceptance:** 21.02.2025

**DOI:** 10.7241/ourd.2025S1.6



**Figure 1** : a) Nail dystrophy of the hands. b) Nail dystrophy of the feet.

Le développement psychomoteur était normal. Le prélèvement mycologique était négatif. Un suivi annuel a été proposé aux parents sans aucun traitement particulier pour la pathologie unguéale.

## DISCUSSION

La trachyonychie est une pathologie rare qui touche les sujets de tout âge et pouvant être idiopathique ou associée à une autre pathologie [1,3]. Les pathologies pouvant lui être associées sont multiples [4]. Selon les données d'une récente revue de la littérature [5], les dermatoses les plus associées à trachyonychie chez l'enfant sont: la dermatite atopique [6,7], la pelade [8], le lichen plan [9], la psoriasis [10]; l'ichtyose vulgaire [4,9]; l'incontinentia pigmenti [11], et la trisomie 21 [12]. La majorité de ces affections sont inflammatoires et peuvent être associées chez le même patient porteur d'une trachyonychie rendant le diagnostic étiologique parfois difficile [9,11].

La fréquence de la forme idiopathique de la trachyonychie n'est pas connue [13]. Des données d'études récentes, notamment l'apparition simultanée de trachyonychie idiopathique chez des jumeaux homozygotes font suspecter une notion de mutation génétique et d'hérédité dans cette forme de trachyonychie [1,14]. Le cas que nous rapportons est aussi particulier du fait de la précocité de l'apparition de la trachyonychie et sa sévérité clinique selon les critères diagnostiques de Jacobsen et al [1,15]. En effet, la forme sévère étant caractérisée par des ongles cassants, minces et rugueux avec des stries longitudinales excessives dues à de fines stries superficielles parallèles avec parfois une hyperkératose des cuticules; une koilonychie et une onychoschizie [1]. Le caractère particulièrement hypertrophique et hyperkératosique des ongles de notre patient a fait penser à une association avec une autre

affection comme l'onychomycose. Aucun traitement n'a fait l'objet de consensus, même si des traitements locaux à base de corticoïdes, d'inhibiteurs de la calcineurine et des traitements systémiques comme la biotine ont montré leur relative efficacité dans certaines publications [3,5,16,17]. L'amélioration peut se faire de manière spontanée dans le temps dans certains cas [6].

## CONCLUSION

Nous avons rapporté un cas de trachyonychie idiopathique chez un nourrisson de 11 ans avec atteinte des vingt ongles. C'est une affection rare, souvent méconnue et posant des problèmes diagnostiques et thématiques. Notre observation s'est caractérisée par la sévérité des atteintes unguéales.

## 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.

## RÉFÉRENCES

- Jacobsen AA, Tosti A. Trachyonychia and Twenty-Nail Dystrophy: A Comprehensive Review and Discussion of Diagnostic Accuracy. *Skin Appendage Disord.* 2016;2:7-13.
- Hazelrigg DE, Duncan WC, Jarratt M. Twenty-nail dystrophy of childhood. *Arch Dermatol.* 1977;113:73-5.
- Haber JS, Chairatchaneeboon M, Rubin AI. Trachyonychia: Review and update on clinical aspects, histology, and therapy. *Skin Appendage Disord.* 2017;2:109-15.
- Scheinfeld NS. Trachyonychia: a case report and review of manifestations, associations, and treatments. *Cutis.* 2003;71:299-302.
- Rahmouni M, Badri T. La trachyonychie de l'enfant: Aspects cliniques et évolutifs. *Tunis Médicale.* 2023;101:775.
- Mahajan R, Kaushik A, De D, Handa S. Pediatric trachyonychia- a retrospective study of 17 cases. *Indian J Dermatol.* 2021;66:689-90.
- Kumar MG, Ciliberto H, Bayliss SJ. Long-term follow-up of pediatric trachyonychia. *Pediatr Dermatol.* 2015;32:198-200.
- Tosti A, Bardazzi F, Piraccini BM, Fanti PA, Cameli N, Pileri S. Is trachyonychia, a variety of alopecia areata, limited to the nails? *J Invest Dermatol.* 1995;104:27S-28S.
- Taniguchi S, Kutsuna H, Tani Y, Kawahira K, Hamada T. Twenty-nail dystrophy (trachyonychia) caused by lichen planus in a patient with alopecia universalis and ichthyosis vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:903-5.
- Grover C, Singal A, Bhattacharya SN. Pterygium complicating nail psoriasis and trachyonychia: is it rare? *Skin Appendage Disord.* 2021;7:298.
- Scardamaglia L, Howard A, Sinclair R. Twenty-nail dystrophy in a girl with incontinentia pigmenti. *Australas J Dermatol.* 2003;44:71-3.

12. Norton SA, Demidovich CW. Down syndrome, alopecia universalis, and trachyonychia. *Pediatr Dermatol.* 1993;10:187–8.
13. Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M. Trachyonychia and related disorders: evaluation and treatment plans. *Dermatol Ther.* 2002;15:121–5.
14. Bibb LA, Chang MW. Simultaneous occurrence of idiopathic trachyonychia in dizygotic twins. *Pediatr Dermatol.* 2021;38:1586–7.
15. Horn RT, Odom RB. Twenty-nail dystrophy of alopecia areata. *Arch Dermatol.* 1980;116:573–4.
16. Lipner SR, Scher RK. Biotin for the treatment of nail disease: what is the evidence? *J Dermatolog Treat.* 2018;29:411-4.
17. Park JM, Cho HH, Kim WJ, Mun JH, Song M, Kim HS, et al. Efficacy and safety of calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment for the treatment of trachyonychia: An Open-Label study. *Ann Dermatol.* 2015;27:371-5.

Copyright by Abla Sefako Akakpo, 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.



O u r   D e r m a t o l o g y   O n l i n e

w w w . o d e r m a t o l . c o m

Suppl. 1 2025 20 April.2025)