

Volume 16, Supplement 3, April 2025

p. 41 - 94

Issue online since Sunday October 05 2025

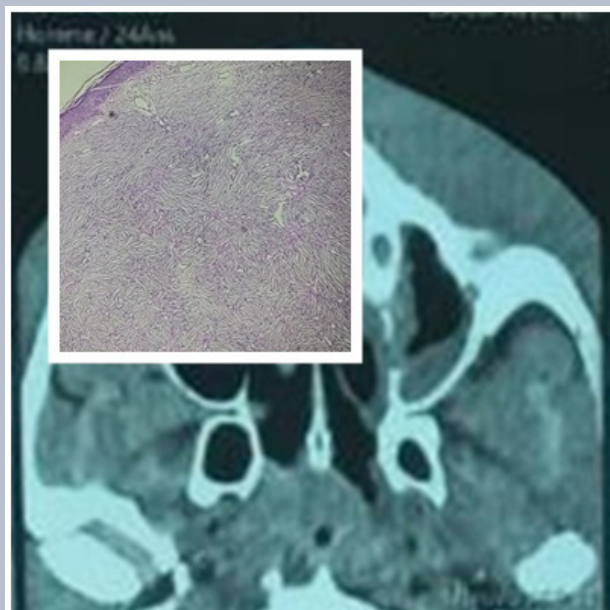
ISSN: 2081-9390

DOI: 10.7241/ourd

Notre

Dermatologie en ligne

www.odermatol.com



- Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des manifestations dermatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Cheikh Anta Diop de Dakar;

- Profil épidémiologique et clinique de la maladie de Kaposi en milieu hospitalier de 1990 à 2020 à Lomé (Togo);

- Perception et défis liés à la pratique de la photoprotection auprès des personnes atteintes d'albinisme à Mbujimayi, au centre de la République Démocratique du Congo;

- Profil épidémiologique de la lèpre à l'Hôpital de la Rive, Ville province de Kinshasa, République Démocratique du Congo;

- Dermate séborrhéique en milieu hospitalier à Lomé: aspects épidémiologiques et qualité de vie;

- Indice de masse corporelle et acné chez les élèves congolais à Kinshasa, République Démocratique du Congo;

- Localisation inhabituelle sur le cuir chevelu d'un dermatofibrosarcome de darier et ferrand : à propos d'un cas à Dakar;

- Conidiobolomycose ou entomophthoromycose rhinofaciale : à propos d'un cas au Togo;

- Les urgences dermatologiques: deux cas de la staphylococcie maligne de la face au service de dermatologie-vénérologie de l'hôpital national Donka (Guinée);

Supplement 3 / 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

Publisher:

ODO Publishing House

Address:

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

Associate Editor:

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

Indexed in:

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

since issue 2.2010 to issue 3.2011

www.odermatol.like.pl

since issue 4.2011

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 Vjerolova, 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

- Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of dermatological manifestations at the Cheikh Anta Diop University Hospital in Dakar 41
Charles Vianet Minaël Tchibinda Delicat, Mame Téné Ndiaye Diop, Stéphanie Ntsame Ngoua, Saer Diadie, Lynda Noufack, Khadim Diop, Patrice Mendy, Imane Berrada, Boubacar Ahy Diatta, Maodo Ndiaye, Moussa Diallo, Suzanne Oumou Niang
- Epidemiological and clinical profile of Kaposi's disease in the hospital setting from 1990 to 2020 in Lomé (Togo) 46
Abla Sefako Akakpo, Kelly Tcheumagam Kamno, Julienne Noude Técléssou, Panawé Kassang, Piham Gnossike, Abas Mouhari-Touré, Koussaké Kombaté, Kisse Tchanganai-Walla, Bayaki Saka, Palokinam Pitché
- Perception and challenges related to the practice of photoprotection among people with albinism in Mbujimayi, in the center of the Democratic Republic of Congo 53
Yannick Mukendi Nkesu, Frederic Bilumbu Kayembe, Josue Kalombo Mutombo, Arsene Badibanga Malu, Savane Moussa, Lydie Joelle Nono Seudjip
- Epidemiological profile of leprosy at the Hôpital de la Rive, City province of Kinshasa, Democratic Republic of Congo 59
René Odimba Tundanonga, Anastasie Katabayi Mbiya, Andy Matshoko Limonge, Aaron Nshindi Tshilengi, Grace Atibu Bin Faray, Annick Balenga Luboya, Elisabeth Mujinga Lukusa, Grace Ngalula Muteba, Abraham Musuibwe Wa Nzambi, Lydie Joelle Seudjip Nono
- Dermatite séborrhéique en milieu hospitalier à Lomé: aspects épidémiologiques et qualité de vie 66
Julienne Noude Técléssou, Abla Sefako Akakpo, Panawé Kassang, Damipi Djamoine, Abas Mouhari-Toure, Bayaki Saka, Koussake Kombate, Palokinam Pitche
- Body mass index and acne among Congolese students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo 73
Francine Mambulu Makembi, Lydie Joelle Seudjip Nono, Raphael Makanzu, Emmanuel Armand Kouotou, Adama Traoré, Paulo Bunga Muntu

CASE REPORTS

- Unusual scalp location of a Darier and Ferrand dermatofibrosarcoma: A case report in Dakar 82
Mahamat Issa Adoum, Maodo Ndiaye, Khadim Diop, Mamadou Sarr, Coumba Ndiaye, Emilienne Perone Paglan, Saer Diadie, Boubacar Ahy Diatta, Aminata Deh, Niare Ndour, Assane Diop, Moussa Diallo, Fatimata Ly, Suzanne Oumou Niang
- Conidiobolomycosis or rhinofacial entomophthoromycosis: a case report from Togo 86
Panawé Kassang, Waguena Gnassingbé, Kokou Mawusé Essiomié, Yvette Moise-Elegbede, Dieudonné Koumi, Koulte Hategou, Stephen Lionel Antoine Lawson, Bathokedeou Amana, Essohaman Boko, Abass Mouhari-Touré, Bayaki Saka, Palokinam Pitché
- Dermatological emergencies: Two cases of facial malignant staphylococcal disease in the dermatology-venereology department of the Donka national hospital (Guinea) 91
Almyassata Touré, Mariama Saliou Touré, Emmanuel Yombouno, Fatoumata Biro Diallo, Mariame Touré, Moussa Savané, Issiaga Camara, Mohamed Djiba Sidibé, Boh Fanta Diané, Mohamed Maciré Soumah, Thierno Mamadou Tounkara, Moussa Kéita, Mohamed Cissé

Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of dermatological manifestations at the Cheikh Anta Diop University Hospital in Dakar

Charles Vianet Minaël Tchibinda Delicat^{1,2,3}, Mame Téné Ndiaye Diop^{3,4},
Stéphanie Ntsame Ngoua¹, Saer Diadie^{2,3}, Lynda Noufack³, Khadim Diop^{2,3,4},
Patrice Mendy^{2,3}, Imane Berrada^{3,4}, Boubacar Ahy Diatta^{2,3}, Maodo Ndiaye^{2,3},
Moussa Diallo^{2,3}, Suzanne Oumou Niang^{2,3}

¹Department of Medicine and Medical Specialties Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon, ²Department of Dermatology, Cheikh Anta DIOP University Hospital, Senegal, ³Department of Medicine, DES Dermatology, Cheikh Anta DIOP University, Dakar, Senegal, ⁴Department of Dermatology, Albert Royer Children's Hospital, Senegal

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

ABSTRACT

Background: Dermatoses are skin disorders characterized by elementary dermatological lesions that enable a diagnosis to be made [1]. Depending on their cause, they are grouped into infectious, inflammatory, tumoral, allergic and other dermatoses. It is in this context that we set out to determine the prevalence of dermatological conditions in consultations at the dermatology department of the Cheikh Anta Diop University Hospital in Dakar (CHUCAD). **Materials and Methods:** This was a prospective descriptive study conducted from January 1, 2023 to October 31, 2023 in the dermatology department of the Cheikh Anta Diop University Hospital in Dakar. All patients with a clinical and/or histological diagnosis who consulted our department were included in our study. **Results:** A total of 421 patients were included in our study period. The mean age was 27.54 ± 12.4 years, with extremes of 2 and 74 years. The majority of patients were female (249 or 59.14%) or male (172 or 40.86%). The distribution of dermatological conditions was as follows: Inflammatory dermatoses in 210 cases (49.88%), infectious dermatoses in 118 cases (28.03%), tumoral dermatoses in 33 cases (7.84%), allergic dermatoses in 31 cases (7.36%) and other dermatoses in 47 cases (11.16%). Reasons for consultation were dominated by acne in 101 cases (23.99%), eczema in 48 cases (11.40%), scabies and pityriasis versicolor in 27 cases (6.41%). Voluntary cosmetic artificial depigmentation was found in 34 cases (8.08%), of which 23 patients (67.65%) had acne. In terms of treatment, dermocorticoids were prescribed in 28.74% of cases, followed by local retinoids in 28.03%. As for general treatment, antibiotics were most commonly used in 95 cases (22.57%), followed by analgesics in 11 cases (2.61%) and corticoids in 10 cases (2.38%). **Conclusion:** Dermatological conditions are common in both the general population and students. The prevalence of each dermatosis depends on the study setting and environment.

Key words: Dermatological manifestations, university hospital, UCAD

How to cite this article: Tchibinda Delicat CVM, Diop MTN, Ngoua SN, Diadie S, Noufack L, Diop K, Mendy P, Berrada I, Diatta BA, Ndiaye M, Diallo M, Niang SA. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of dermatological manifestations at the Cheikh Anta Diop University Hospital in Dakar. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):41-45.

Submission: 09.03.2025; **Acceptance:** 26.04.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.1

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des manifestations dermatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Cheikh Anta Diop de Dakar

Charles Vianet Minaël Tchibinda Delicat^{1,2,3}, Mame Téné Ndiaye Diop^{3,4},
Stéphanie Ntsame Ngoua¹, Saer Diadie^{2,3}, Lynda Noufack³, Khadim Diop^{2,3,4},
Patrice Mendy^{2,3}, Imane Berrada^{3,4}, Boubacar Ahy Diatta^{2,3}, Maodo Ndiaye^{2,3},
Moussa Diallo^{2,3}, Suzanne Oumou Niang^{2,3}

¹Department of Medicine and Medical Specialties Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon, ²Department of Dermatology, Cheikh Anta DIOP University Hospital, Senegal, ³Department of Medicine, DES Dermatology, Cheikh Anta DIOP University, Dakar, Senegal, ⁴Department of Dermatology, Albert Royer Children's Hospital, Senegal

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

RÉSUMÉ

Introduction: Les dermatoses sont des affections de la peau traduite par des lésions élémentaires dermatologiques permettant de poser un diagnostic. Selon leurs causes elles sont regroupées en dermatoses infectieuses, inflammatoires, tumorales, allergiques et autres. C'est dans ce contexte que nous avons voulu déterminer la prévalence des affections dermatologiques en consultations au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cheikh Anta Diop de Dakar (CHUCAD). **Matériels et Methodes:** Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive allant du 1^{er} Janvier 2023 au 31 Octobre 2023 réalisée au sein du service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cheikh Anta Diop de Dakar. Ont été inclus dans notre études tous les patients ayant consulté au sein de notre service et ayant un diagnostic clinique et ou histologique posé. **Resultats:** Au total 421 patients ont été inclus dans notre période d'étude. L'âge moyen était de 27,54 ans \pm 12,4 ans avec les extrême de 2 ans et 74 ans. Le sexe féminin était le plus représenté avec 249 femmes soit 59,14% et masculin avec 172 hommes soit 40,86%. La répartition des affections dermatologiques était la suivante: Les dermatoses inflammatoires dans 210 cas soit 49,88%, infectieuses dans 118 cas soit 28,03%, tumorales dans 33 cas soit 7,84%, allergiques dans 31 cas soit 7,36% et autres dans 47 cas soit 11,16%. Les motifs de consultations étaient dominés par l'acné dans 101 cas soit 23,99%, l'eczéma dans 48 cas 11,40 %, la scabiose et le pityriasis versicolor dans 27 cas soit 6,41%. La dépigmentation artificielle cosmétique volontaire était retrouvée dans 34 cas soit 8,08% dont 23 patients avaient de l'acné soit 67,65%. Sur le plan thérapeutique les dermocorticoïdes ont été les plus prescrit 28,74%, suivi des rétinoïdes locaux 28,03%. Comme traitement général les antibiotiques étaient les plus utilisés dans 95 cas soit 22,57% suivi des antalgiques dans 11 cas soit 2,61% et des corticoïdes dans 10 cas soit 2,38%. **Conclusion:** Les affections dermatologiques sont fréquentes dans la population générale comme chez les étudiants. La prévalence de chaque dermatose dépend du cadre et du milieu des études.

Mots clés: Manifestations dermatologiques, centre hospitalier universitaire, UCAD

INTRODUCTION

Le milieu étudiant caractérisé par la jeunesse de sa population, la promiscuité et le facteurs psycho-affectifs, constitue un environnement favorable à la

promotion des dermatoses. Ces dernières pouvant être aiguës ou chroniques parfois contagieuses impactent inéluctablement sur les résultats académiques par le biais du préjudice fonctionnel ou esthétique [1]. Dès lors, la prise en charge adéquate des dermatoses chez

How to cite this article: Tchibinda Delicat CVM, Diop MTN, Ngoua SN, Diadie S, Noufack L, Diop K, Mendy P, Berrada I, Diatta BA, Ndiaye M, Diallo M, Niang SA. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des manifestations dermatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Cheikh Anta Diop de Dakar. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):41-45.

Submission: 09.03.2025; **Acceptance:** 26.04.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.1

les étudiants demeure une préoccupation de santé publique et académique. Le service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de l'Université Cheikh Anta Diop, ouvert en 2023, joue un rôle incontournable dans la promotion du bien être des étudiants. L'objectif de cette étude était de dresser le profil des dermatoses chez les étudiants de l'UCAD.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive allant du 1^{er} Janvier 2023 au 31 Octobre 2023 réalisée au sein du service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cheikh Anta Diop de Dakar. Ont été inclus dans notre études tous les étudiants et le personnel administratif ayant consulté au sein de notre service et ayant un diagnostic clinique et ou histologique posé. 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. Les tests de Khi-Carré et de de Student ont été utilisés pour les variables quantitatives et qualitatives. Le seuil de signification a été arrêté à la valeur $p < 0,05$.

RESULTATS

Nous avons colligé 421 patients. L'âge moyen était de 27,54 ans \pm 12,4 ans [2ans-74 ans]. Le sex-ratio était de 0,69 dont 249 femmes (59,14%) contre 172 hommes (40,86%). La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 19 ans et 35 ans (76,49%), suivi de celle de 36 ans à 59 ans (12,35%), puis celle de 2 ans à 18 ans (6,65%) et supérieur ou égal à 60 ans soit 4,51%. Les dermatoses étaient inflammatoires dans 210 cas (49,88%), infectieuses dans 118 cas (28,03%), tumorales dans 33 cas (7,84%), allergiques dans 31 cas (7,36%) et autres dans 47 cas (11,16%). Les motifs de consultations étaient dominés par l'acné dans 101 cas (23,99%), l'eczéma dans 48 cas (11,40 %) (Tableau 1), la scabiose et le pityriasis versicolor dans 27 cas (6,41%) (Tableau 2), les chéloïdes dans 22 cas (5,23%) (Tableau 3), l'urticaire dans 20 cas (4,75%) et l'hyperpigmentation dans 15 cas (3,56%) (Tableau 4). La dépigmentation artificielle cosmétique volontaire était retrouvée dans 34 cas (8,08%) dont 23 patients avaient de l'acné (67,65%), Intertrigo mycosiques dans 2 cas (5,88), la dermatophytie dans 1 cas (2,94%), prurigo dans 2 cas (5,88%), le lichen dans 2 cas (5,88%). Sur le plan thérapeutique les dermocorticoïdes ont été les plus prescrit 28,74%, suivis des rétinoïdes locaux 28,03%, d'un traitement cosmétique dans 27,32%,

Tableau 1 : Caractéristiques des dermatoses inflammatoires

Dermatoses inflammatoires	Effectif (N=421)	Pourcentage
Acné	101	23,99
Eczéma de contact	48	11,40
Dermatite atopique	10	2,38
Prurigo	9	2,14
Kératodermie palmoplantaire	6	1,43
Prurit	5	1,19
Lichen plan	5	1,19
Psoriasis	4	0,95
Dermite irritative	4	0,95
Pityriasis Roger de Gilbert	4	0,95
Dyshidrose	3	0,71
Xérose	2	0,48
Dermite séborrhéique	2	0,48
Rosacé	1	0,24
Cheilite	1	0,24
Kératose pilaire	2	0,48
Maladie de Verneuil	1	0,24
Pelliculose	1	0,24
Chondrodermatite	1	0,24

Tableau 2 : Caractéristiques des dermatoses infectieuses

Dermatoses infectieuses	Effectif (N=421)	Pourcentage
Bactériennes		
Pyodermite	7	1,66
Dermohypodermite	2	0,48
Vulvo vaginite	1	0,24
Lèpre BL	1	0,24
Parasitaire		
Scabiose	27	6,41
Leishmaniose	2	0,48
Onychomycose	1	0,24
Larva migrans	2	0,48
Filarirose lymphatique	1	0,24
Mycoses		
Pityriasis versicolor	27	6,41
Intertrigo mycosique	11	2,61
Teigne	7	1,66
Dermatophytie	7	1,66
Onychomycose	1	0,24
Virales		
Verrue	13	3,09
Varicelle	4	0,95
Herpes	2	0,48
Zona	2	0,48

de kératolytique dans 5,70%. Les antibiotiques étaient administrés dans 95 cas (22,57%) suivis des antalgiques dans 11 cas (2,61%) et des corticoïdes dans 10 cas (2,38%) (Tableau 5).

DISCUSSION

Notre étude a été réalisé au service au sein du service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cheikh Anta Diop de Dakar du 1^{er} janvier 2023

Tableau 3 : Caractéristiques des dermatoses tumorales

Dermatoses tumorales	Effectif (N=421)	Pourcentage
Chéloïde	22	5,23
Lipome	4	0,95
Neurofibromatose type 1	1	0,24
Condylome	1	0,24
Cystadénome papillifère	1	0,24
Dermatofibrome	1	0,24
Mélanome	1	0,24
Molluscum pendilum	1	0,24
Syringome	1	0,24

Tableau 4 : Caractéristiques des autres dermatoses

Autres dermatoses	Effectif (N=421)	Pourcentage
Allergiques		
Urticaire	20	4,75
Angiodème	5	1,19
Exanthème maculo papuleux	4	0,95
Photosensibilité	1	0,24
Dermite lichénoïde	1	0,24
Connectivites		
Lupus	2	0,48
Vitiligo	2	0,48
Autres		
Alopécie	5	1,19
Hyperpigmentation	15	3,56
Hypomélanose idiopatique	2	0,47
Cicatrice atrophique	5	1,19
Ichtyose	1	0,24
Hyperhydrose	1	0,24
Kyste épidermoïde	1	0,24
Kératose actinic	1	0,24
Mélasma	1	0,24
Ongle incarné	1	0,24
Sodochronose exogène	1	0,24
Vergeture	6	1,43
Xanthélasma	1	0,24

au 31 octobre 2023 dont l'objectif principal était de déterminer la prévalence des affections dermatologiques en consultations au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cheikh Anta Diop de Dakar. Au total 421 patients ont été recrutés. Comme particularité notre étude a retrouvé un âge moyen était de 27,54 ans \pm 12,4 ans avec les extrêmes de 2 ans et 74 ans. La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 19 ans et 35 ans soit 76,49%. Ce résultat pourra s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée dans un centre hospitalier universitaire dont la population étudiante est la plus représentative. Le sexe féminin était le plus représenté avec 249 femmes soit 59,14% et masculin avec 172 hommes soit 40,86%. Cette prédominance féminine a été aussi rapportée par Birame S au Sénégal et Gassama M au Mali [2,3].

Comme affections dermatologiques nous avons retrouvé des causes inflammatoires dans 210 cas

Tableau 5 : Caractéristiques liés aux traitements

Types de traitement	Effectif (N=421)	Pourcentage
Traitement local		
Dermocorticoïde	121	28,74
Cosmétologie	115	27,32
Rétinol	118	28,03
Antibiotique	33	7,84
Kératolytique	24	5,70
Anesthésie locale	2	0,48
Antival	1	0,24
Antiparasitaire	31	7,36
Traitement général		
Antibiotique	95	22,57
Antalgique	11	2,61
Corticoïde	10	2,38
Antiviral	6	1,43
Antiparasitaire	3	0,71
Curacné	1	0,24
Autres traitement		
Antiverrucide	2	0,48
Prégabaline	4	0,95
Minoxidil	1	0,24
Cicatrisant	1	0,24
Aphthiria	1	0,24
5-Fluorouracile	1	0,24
Méthotrexate	1	0,24
Hydroxychloroquine	1	0,24
Tacrolimus	1	0,24
Veinotonique	1	0,24
Bas de contention	1	0,24

soient 49,88%, infectieuses dans 118 cas soit 28,03%, tumorales dans 33 cas soit 7,84%, allergiques dans 31 cas soit 7,36% et autres dans 47 cas soit 11,16%. Nos résultats sont différents de ce de Sandrine S, Youssouf F et Farid N qui avaient retrouvé une prédominance des dermatoses infectieuses [4–6]. Gassama M avait trouvé dans son étude que les dermatoses immunoallergiques venaient au premier plan.[3]. Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'acné était le premier motif de consultation en milieu universitaire 101 cas soit 23,99% touchant aussi bien les femmes que les hommes jeunes. Suivi de l'eczéma l'eczéma dans 48 cas 11,40%. Ces deux pathologies inflammatoires sont beaucoup rencontrées chez les étudiants surtout du sexe féminin et sont liées à plusieurs facteurs tel que le stress, des situations d'inconfort et de pression que vivent les étudiants de façon répétée [7–10]. La scabiose et le pityriasis versicolor sont aussi fréquents chez les étudiants dans les pays tropicaux du fait de la chaleur et de la promiscuité qui existe dans les chambres communes des campus universitaires africains ce qui devait permettre à nos autorités de prendre des décisions pour contribuer à une meilleure santé chez les étudiants vivant dans les campus universitaires [11–15].

La dépigmentation artificielle est une pratique qui touche aussi bien des personnes ayant un bon niveau d'instruction que celles n'ayant pas été scolarisées. Dans autres étude cette pratique a été retrouvé chez 34 patients dont 23 avaient de l'acné soit 67,65%. Cela montrerait à suffisance que certains produits dépigmentant pourraient être inducteur d'acné aussi bien dans la population générale que chez les étudiants.

Sur le plan du traitement local les dermocorticoïdes ont été les plus prescrit 28,74%, suivi des rétinoïdes locaux 28,03%, d'un traitement cosmétique dans 27,32%, de kératolytique dans 5,70%. Cette fréquence d'utilisation de dermocorticoïde dans notre étude pourrait s'expliquer par l'importance des dermatoses inflammatoires retrouvés dans notre étude. Sur le plan général les antibiotiques étaient les plus utilisés dans 22,57 % suivi des antalgiques dans 2,61%.

CONCLUSION

Les affections dermatologiques sont fréquentes dans la population générale comme chez les étudiants. La prévalence de chaque dermatose dépend du cadre et du milieu des études.

REMERCIEMENT

Nos remerciements vont à l'endroit de l'équipe de l'unité d'enseignement de dermatologie vénéréologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar qui ne ménage aucun effort à la bonne formation des docteurs en médecine en spécialisation au Sénégal.

REFERENCES

- Définition de dermatose - étymologie, synonymes, exemples - Dictionnaire français - Encyclopædia Universalis.
- Seck B, Ly F, Ndiaye MTD, Diouf A, Diop A, Fall F, et al. Profil épidémio-clinique des affections cutanées à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar: étude portant sur 12 390 patients sur une période de 1 an. *Ann Dermatol Venereol.* 2016;143:S145.
- Gassama M. Profil des affections dermatologiques à l'hôpital régional Nianakoro Fomba de Segou de 2018 à 2021. *bibliosante.*
- Salle S. Les affections dermatologiques en unité. Intérêt d'une formation adaptée aux médecins militaires d'unité : Etude prospective dans les cabinets médicaux d'unité de la zone de défense Nord-Est et de Guyane. 23 juin 2009
- Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L, et al. Profil épidémio-clinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako (Mali). *PAMJ* 2016;25:238.
- Farid N, Aboudar S, Fikri H, Hocar O, Akhdari SA. Pathologies dermatologiques en milieu carcéral : aperçu sur l'expérience marocaine - EM consulte.
- Dabash D, Salahat H, Awawdeh S, Hamadani F, Khraim H, Koni AA, et al. Prevalence of acne and its impact on quality of life and practices regarding self-treatment among medical students. *Sci Reports* 2024;14:1-12.
- Ouedraogo NAA, Ouedraogo/ouedraogo MS, Tiouyé LY, Korsaga/somé N, Tapsoba GP, Bamoko A, et al. Retentissement de l'acné sur la qualité de vie des adolescents et des jeunes en milieux scolaire et universitaire dans la ville de Ouagadougou. *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142:S575-6.
- Khan AA, Syed R, Idrees M, Rahman A, Khan A, Ali M. The burden of acne on medical students: prevalence, quality of life, and self-treatment practices. *Northwest j Med Sci.* 2024;3:3-12.
- Szepietowska M, Dabrowska A, Dziasek S, Lisicki B, Skinderowicz K, Wilczynski B, et al. Hand eczema in high school students in Poland: A cross-sectional study. *Acta Derm Venereol.* 2024;104:18367.
- Kououtou EAEA, Kouawa Komguem ACZKB. Prévalence et déterminants de la gale humaine en milieu scolaire : cas des internats camerounais - EM consulte.
- Kobangué L, Guéréndo P, Abéyé J, Namdito P, Mballa MD, Gresenguet G. Gale sarcoptique : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à Bangui. *Bull la Soc Pathol Exot.* 2014;107:10-4.
- Ngolo M, Degboe B, Akpadjan F, Ndayazi B, Muhubao B, Promesse, et al. Gale humaine : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au Bénin.
- Ghosh S, Dey S, Saha I, Barbhuiya J, Ghosh A, Roy A. Pityriasis versicolor: a clinicomycological and epidemiological study from a tertiary care hospital. *Indian J Dermatol.* 2008;53:182.
- Dermato-info, les mycoses cutanées.

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.

Epidemiological and clinical profile of Kaposi's disease in the hospital setting from 1990 to 2020 in Lomé (Togo)

Abla Sefako Akakpo¹, Kelly Tcheumagam Kamno¹, Julienne Noude Téleclessou², Panawé Kassang¹, Piham Gnossike³, Abas Mouhari-Touré⁴, Koussaké Kombaté², Kisse Tchangai-Walla¹, Bayaki Saka¹, Palokinam Pitché¹

¹Dermatology and Venereology Department, CHU Sylvanus Olympio, University of Lomé, Togo, ²Dermatology and Venereology Department, CHU Campus, University of Lomé, Togo, ³Gbossimé Dermatology Centre, Lomé, Togo, ⁴Dermatology and Venereology Department, CHU Kara, University of Kara, Togo

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

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to describe the epidemiological and clinical profile of Kaposi's disease (KD) from 1990 to 2020 in dermatology in Lomé (Togo). **Patients and Method:** This is a case series of KD including all records of patients seen as outpatients and/or hospitalised for KD of clinical and/or histological diagnosis between 1990 and 2020 in the public dermatology services of Lomé. **Results:** During the study period, 307 cases of KD were recorded, with a hospital frequency of 0.24%. The mean age of the patients was 40.03 ± 13.71 years, with extremes ranging from 6 to 90 years, and they were predominantly male (M/F = 1.5). The mean duration of KD before consultation was 639.96 ± 1029.3 days (extremes: 14 to 7300 days). Skin lesions were found in 97.7% of patients (n=300). 134 (66%) and 52 (70.3%) patients with HIV-associated KD and endemic KD respectively had angiomatous nodules; 134 (66%) and 45 (60.8%) patients had infiltration. These lesions were mainly located on the right legs and feet, respectively 62.6% and 55.7% in HIV-associated KD and 51.3% and 70.3% in endemic KD. Mucosal lesions were present in 32.6% (n=100) of patients and the most common was the buccal mucosa whatever the type of KD; but more frequent in HIV-associated KD in 82 patients (40.4%). Of the 307 patients surveyed, 42 deaths were recorded (13.7%), patients surveyed, 42 deaths were recorded (13.7%), including 35 among the 203 patients with HIV-associated KD (17.2%). **Conclusion:** Our study shows a predominance of HIV-associated MK over the 30 years of the study. Widespread use of antiretroviral treatment with the "test and treat" strategy will help to reduce mortality.

Key words: Kaposi's disease, HIV, Togo.

How to cite this article: Akakpo AS, Tcheumagam Kamno K, Téleclessou JN, Kassang P, Gnossike P, Mouhari-Touré A, Kombaté K, Tchangai-Walla K, Saka B, Pitché P. Epidemiological and clinical profile of Kaposi's disease in the hospital setting from 1990 to 2020 in Lomé (Togo). Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 2):46-52.

Submission: 12.02.2025; **Acceptance:** 12.05.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.2

Profil épidémiologique et clinique de la maladie de Kaposi en milieu hospitalier de 1990 à 2020 à Lomé (Togo)

Abla Sefako Akakpo¹, Kelly Tcheumagam Kamno¹, Julienne Noude Téclessou², Panawé Kassang¹, Piham Gnossike³, Abas Mouhari-Touré⁴, Koussaké Kombaté², Kisse Tchangai-Walla¹, Bayaki Saka¹, Palokinam Pitché¹

¹Dermatology and Venereology Department, CHU Sylvanus Olympio, University of Lomé, Togo, ²Dermatology and Venereology Department, CHU Campus, University of Lomé, Togo, ³Gbossimé Dermatology Centre, Lomé, Togo, ⁴Dermatology and Venereology Department, CHU Kara, University of Kara, Togo

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

RÉSUMÉ

Objectif: Le but de cette étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique de la maladie de Kaposi (MK) de 1990 à 2020 en dermatologie à Lomé (Togo). **Patients et méthode:** Il s'agit d'une série de cas de MK incluant tous les dossiers des patients reçus en consultation externe et/ou hospitalisés pour MK de diagnostic clinique et/ou histologique entre 1990 à 2020 dans les services publics de dermatologie de Lomé. **Résultats:** Durant la période d'étude, 307 cas de MK ont été recensés avec une fréquence hospitalière de 0,24%. L'âge moyen des patients était de $40,03 \pm 13,71$ ans avec des extrêmes allant de 6 à 90 ans et une prédominance masculine (H/F = 1,5). La durée de dévolution moyenne de la MK avant la consultation était de $639,96 \pm 1029,3$ jours (extrêmes: 14 à 7300 jours). Les atteintes cutanées étaient retrouvées chez 97,7% des patients (n = 300). Au cours de la MK associée au VIH et la MK endémique respectivement 134 (66%) et 52 (70,3%) patients présentaient des nodules angiomeux; 134 (66%) et 45 (60,8%) patients une infiltration. Ces lésions siègeaient principalement aux jambes et pieds droits respectivement 62,6% et 55,7% au cours de la MK associée au VIH; 51,3% et 70,3% pour la MK endémique. Les atteintes muqueuses étaient présentes chez 32,6% (n=100) des patients et la plus observée était la muqueuse buccale quel que soit le type de MK; mais plus fréquente dans la MK associée au VIH chez 82 patients (40,4%). Sur les 307 patients recensés, on a enregistré 42 décès (13,7%) dont 35 parmi les 203 patients ayant souffert de MK associée au VIH (17,2%). **Conclusion:** Notre étude montre une prédominance de la MK associée au VIH sur les 30 ans de l'étude. La généralisation du traitement antirétroviral avec la stratégie "test and treat" contribueront à la réduction de sa mortalité.

Mots clefs: Maladie de Kaposi, VIH, Togo.

INTRODUCTION

La maladie de Kaposi (MK) est une prolifération maligne, multifocale, se manifestant cliniquement par des plaques et des nodules cutanéomuqueux d'aspect angiomeux, histologiquement par une double prolifération vasculaire et de cellules fusiformes [1]. Elle est classée en cinq formes cliniques à savoir MK classique, MK associée à l'immunosuppression iatrogène, MK endémique ou africaine, MK associée au VIH ou MK épidémique et récemment MK non

épidémique chez les hommes ayant les rapports sexuels avec des hommes séronégatifs [2,3]. La forme associée au VIH représente actuellement le premier cancer chez les patients infectés par le VIH [4,5].

L'avènement de l'infection à VIH/SIDA en 1981 a transformé la MK en une épidémie. L'ampleur de cette épidémie a fait en sorte qu'elle est devenue la tumeur maligne la plus courante représentant environ 15 à 20% au niveau mondial. Cependant, l'incidence de la MK associée au VIH a diminué dans plusieurs régions du

How to cite this article: Akakpo AS, Tcheumagam Kamno K, Téclessou JN, Kassang P, Gnossike P, Mouhari-Touré A, Kombaté K, Tchangai-Walla K, Saka B, Pitché P. Profil épidémiologique et clinique de la maladie de Kaposi en milieu hospitalier de 1990 à 2020 à Lomé (Togo). Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 2):46-52.

Submission: 12.02.2025; **Acceptance:** 12.05.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.2

monde (Etats-Unis, Europe) depuis l'initiation de la trithérapie antirétrovirale et a amélioré les pronostics des patients, comme l'ont montré plusieurs études multirégionales [6,7].

L'analyse récente de la situation épidémiologique du VIH au Togo a montré une baisse de la prévalence moyenne de 2,5% dans la population générale en 2014 et de 2% en 2020 [8]. L'amélioration dans la prise en charge de l'infection à VIH devrait sans doute impacter sur l'épidémiologie de la MK associée au VIH et sur celle de la MK en général. Avec la généralisation du traitement antirétroviral (TARV) au Togo au cours de la période de 2010 à 2020 [9], nous menons cette étude pour décrire le profil épidémiologique, clinique depuis les études antérieures [10-14].

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une série de cas de MK couvrant une période de 30 ans allant du 1^{er} janvier 1990 au 31 Décembre 2020 dans les services publics de dermatologie de Lomé (centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio, campus et centre de dermatologie de Gbossimé). Cette période a été choisie par rapport au début de l'épidémie du VIH au Togo, jusqu'à la généralisation du TARV.

Nous avons inclus tous les dossiers des patients reçus en consultation externe ou hospitalisés pour MK de diagnostic clinique et/ou histologique entre 1990 à 2000 (période de non généralisation du TARV), 2000 à 2010 (généralisation débutante et en progression) et entre 2010 à 2020 (période de généralisation du TARV).

Analyse statistique: elle a été faite grâce aux logiciels CSprou version 7.7.3. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student et les variables qualitatives par le test exact de Fisher de Pearson. Au niveau de l'analyse descriptive, les résultats ont été exprimés sous forme d'effectif et de pourcentage pour les variables qualitatives, de moyenne et d'écart-type pour les variables quantitatives. Les tests statistiques ont été considérés comme statistiquement significatifs pour une valeur de p inférieur à 0,05. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés avec le logiciel Microsoft Word et Excel 2013.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 307 (0,23%) des 134999 nouveaux patients avaient souffert de MK.

La MK associée au VIH était le type de MK le plus représenté à 66,1% (n=203), suivie de la MK endémique (24%; n=74).

L'âge moyen global des patients était de $40,03 \pm 13,71$ ans avec des extrêmes allant de 6 à 90 ans. On note une prédominance masculine (n=184; 59,9%) avec un sex-ratio de 1,5. Pour les patients dont l'âge était compris entre 30 à 40 ans, la répartition hommes/femmes était presque équitable (sex-ratio = 1,38). Dans la tranche de 19 et 29 ans, on notait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,33.

La durée d'évolution moyenne de la MK avant la consultation était de $639,96 \pm 1029,3$ jours avec des extrêmes allant de 14 à 7300 jours.

Sur les 203 patients atteints de MK associée au VIH 61,1% (n=124) n'avaient pas de signes fonctionnels; 21,2% (n=43) présentaient des douleurs aux sièges des lésions et 4,9% (n=10) un prurit (Tableau I); un patient pouvant avoir plusieurs signes à la fois. Concernant les 74 patients atteints de MK endémique, 64,9% (n=48) ne présentaient pas de signes fonctionnels; 24,3% (n=18) présentaient des douleurs et 8,1% (n=6) un prurit (Tableau 1).

Les atteintes cutanées étaient retrouvées chez 97,7% des patients (n= 300). Les nodules angiomeux et l'infiltration étaient les types de lésions les plus fréquemment retrouvées au niveau de chaque classe de MK. Ainsi, au niveau de la MK associée au VIH et la MK endémique respectivement 134 (66%) et 52 (70,3%) patients présentaient des nodules angiomeux; 134 (66%) et 45 (60,8%) patients une infiltration (Tableau 1). Ces lésions siégeaient principalement aux jambes et pieds droits respectivement 62,6% et 55,7% au cours de la MK associée au VIH; 51,3% et 70,3% pour la MK endémique. On notait en plus au cours de la MK associée au VIH, non seulement une atteinte du thorax et de l'abdomen respectivement chez 44 (21,7%) et 37 (18,2%) patients, mais aussi du visage (n=16; 7,9%); un patient pouvant avoir plusieurs localisations à la fois (Tableau 2).

Les atteintes muqueuses étaient présentes chez 32,6% (n=100) des patients et la plus observée était la muqueuse buccale quel que soit le type de MK; mais elle était plus fréquente dans la MK associée au VIH chez 82 patients (40,4%) (Tableau 3). Un patient pouvant avoir plusieurs atteintes à la fois.

Tableau 1: Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels et des lésions cliniques selon le type de MK

	MK associée au VIH n (%)	MK endémique n (%)	MK inconnue n (%)
Signes fonctionnels			
Absence de signes fonctionnels	124 (61,1)	48 (64,9)	16 (53,3)
Douleur lésionnelle	43 (21,2)	18 (24,3)	3 (10,0)
Prurit	10 (4,9)	6 (8,1)	-
Lourdeur du membre	4 (1,9)	2 (2,7)	-
Amaigrissement	8 (3,9)	1 (1,3)	-
Altération de l'état général	6 (2,9)	2 (2,7)	-
Diarrhée	4 (1,9)	1 (1,3)	1 (3,3)
Toux	2 (0,9)	2 (2,7)	-
Dyspnée	2 (0,9)	1 (1,3)	-
Fièvre	2 (0,9)	0	1 (3,3)
Saignement	1 (0,5)	0	-
Lésions angiomeuseuses			
Nodules angiomeuseux	134 (66,0)	52 (70,3)	15 (50,0)
Macules angiomeuseuses	78 (38,4)	20 (27,0)	9 (30,0)
Plaques angiomeuseuses	64 (31,5)	13 (17,6)	4 (4,0)
Papules angiomeuseuses	54 (26,6)	22 (29,7)	12 (40,0)
Tumeurs angiomeuseuses	35 (17,2)	12 (16,2)	6 (20,0)
Placards angiomeuseux	2 (0,5)	0	1 (3,3)
Lésions non angiomeuseuses			
Infiltrations	134 (66,0)	45 (60,8)	19 (63)
Ulcérations	27 (13,3)	7 (9,4)	6 (20)

Les atteintes extra cutanées étaient notées chez 29,3% (n=90) patients. L'atteinte ganglionnaire inguinale était la lésion extra cutanée la plus fréquente. Elle était présente chez 33,8% (n=25) des cas de MK endémique et 29,6% (n=60) des cas de MK VIH (Tableau 3). Un patient pouvant avoir plusieurs atteintes à la fois.

La chimiothérapie était reçue par 23,4% (n=72) des patients; la vinblastine étant la molécule la plus utilisée respectivement chez 33,3% (n=24) et 22,2% (n=16) de MK associée au VIH et MK endémique. Sur les 203 cas de MK associée au VIH recensés, 177 (87,2%) patients avaient reçu un TARV en majorité entre 2006-2020.

Sur les 307 patients recensés, on a enregistré 42 décès (13,7%) dont 36 (42,3%) entre 1990 et 2005, et 6 (2,7%) entre 2006 et 2020 avec une différence entre les 2 périodes (p=0,000). Sur les 42 décès, 9 (21,4%) avaient bénéficié d'un traitement par chimiothérapie. Globalement, on rapportait plus de décès dans le groupe des 203 patients de MK VIH (n=35; 17,2%) que dans le groupe des 74 patients de MK endémique (n=6; 8,1%) et MK avec sérologie VIH inconnue (n=1; 3,3%).

DISCUSSION

Les principales limites de notre étude étaient i) l'absence de réalisation des tests de confirmation histologique, toutefois, le diagnostic de la MK est aussi clinique; ii) la non-complétude des informations inhérentes aux études rétrospectives telles que l'absence de certains dossiers (1990 à 1992), la non-précision de la sérologie VIH et du taux de CD4 chez tous les patients. Néanmoins, notre étude a permis de déterminer le profil épidémiologique et clinique de la MK sur les 30 ans depuis les dernières études menées sur le sujet avec l'élargissement de la couverture ARV au Togo.

La MK associée au VIH représentait la majorité des cas de MK (66,1%) suivie de la MK endémique (24%). Notre étude confirme les constats faits par d'autres auteurs en Afrique subsaharienne où la MK associée au VIH est la plus fréquente dans des proportions variables d'une étude à une autre. Ces résultats sont comparables à ceux de Pitche et al. [12], Saka et al. [13,14] dans les mêmes services au Togo qui montraient respectivement 78,5% de MK associée au VIH de 1994 à 2004 et de 89,6% de 2005 à 2011 et à plusieurs autres études en Afrique subsaharienne comme Karabinta et al. [5], Cissé et al. [15] au Mali qui rapportaient 70,8% et 78,5% respectivement entre 2007 et 2009 et entre 2004 et 2005; Kalubula et al. [16] en Zambie 61% de 2007 à 2014.

L'évolution moyenne de la MK avant la consultation était de $639,96 \pm 1029,3$ soit 21,3 mois (extrêmes: 14 à 7300 jours). Cette durée relativement longue s'expliquerait par le fait que la majorité des patients atteints de MK VIH (61,1%) et MK endémique (64,7%) dans notre étude ne présentaient aucun signe fonctionnel. Zaara et al. [17], Ndiaye et al. [17] et Cissé et al. [15] rapportaient respectivement des délais de 34,6 mois; 6,7 mois et 12 mois respectivement. Les délais plus longs retrouvés chez Zaara et al. [18] étaient dominés par la MK classique dont l'évolution est souvent lente et indolente; par contre les délais plus courts observés chez Ndiaye et al. [17], Cisse et al. [15] s'expliqueraient par le fait qu'il y'avait une prédominance des formes endémiques florides d'une part; et d'autre part, ils s'agissaient uniquement de formes associées au VIH souvent plus agressives.

Dans notre étude, la MK associée au VIH et la MK endémique, respectivement 66% (n=134) et 70,3% (n=52) patients présentaient des nodules angiomeuseux

Tableau 2: Répartition des sièges des lésions cutanées au cours de la MK

	MK VIH	MK endémique	MK avec sérologie VIH inconnue
	n(%)	n (%)	n(%)
Membre pelvien droit			
Jambe	127 (62,6)	38 (51,3)	18 (60,0)
Pied	113 (55,7)	52 (70,3)	23 (76,7)
Cuisse	85 (41,9)	16 (21,6)	15 (50)
Hanche	19 (9,4)	9 (12,2)	3 (10)
Membre pelvien gauche			
Jambe	121 (59,6)	33 (44,6)	10 (33,3)
Pied	110 (54,2)	41 (55,4)	16 (53,3)
Cuisse	83 (40,9)	14 (18,9)	9 (30,0)
Hanche	20 (9,8)	7 (9,5)	2 (6,7)
Membre thoracique droit			
Bras	27 (13,3)	1 (1,3)	2 (6,7)
Main	25 (12,3)	10 (13)	3 (10,0)
Avant-bras	19 (9,4)	7 (9,5)	5 (16,7)
Epaule	3 (1,5)		1 (3,3)
Membre thoracique gauche			
Bras	27 (13,3)	3 (4,0)	1 (3,3)
Main	23 (11,3)	7 (9,5)	4 (13,3)
Avant-bras	18 (8,9)	5 (6,8)	4 (13,3)
Epaule		3 (4,0)	
Tronc			
Thorax	44 (21,7)	1 (1,3%)	3 (10)
Abdomen	37 (18,2)	2 (2,7%)	2 (6,7)
Dos	2 (0,9)	1 (1,3)	1 (3,3)
Visage	16 (7,9)	3 (4,0)	0
Cou	1 (0,5)	0	0
Autres*	4 (1,9)	2 (2,7%)	1 (3,3)

*Autres : scrotum (n=4), cuir chevelu, fesses, pelvis (n=1)

Tableau 3: Répartition des sièges des lésions muqueuses et des atteintes extra cutanées

	MK VIH	MK endémique	MK avec sérologie VIH inconnue
	n(%)	n (%)	n(%)
Buccale	82 (40,4)	8 (10,8)	10 (33,3)
Oculaire	16 (7,9)	2 (2,7)	1 (3,3)
Génitale	9 (4,4)	0	0
Anale	2 (1)	1 (1,3)	0
Nasale	1 (0,5)	1 (1,3)	0
Atteintes extra cutanées			
Ganglionnaire			
Inguinale	60 (29,6)	25 (33,8)	5 (16,7)
Axillaire	7 (3,5)	4 (5,4)	0
Cervicale	1 (0,5)	1 (1,3)	0
Digestive			
Gastro intestinale (diarrhée/méléna)	3 (1,5)	0	2 (6,7)
Ascite	1 (0,5)	0	0
Pulmonaire			
Dyspnée	2 (1)	1 (1,3)	0
Toux/hémoptysie	2 (1)	1 (1,3)	0
Pleurésie	1 (0,5)	1 (1,3)	0

et 66% (n=134); 60,8% (n=45) une infiltration. Ces résultats sont comparables aux 51,7% de Ndiaye et al. [18] qui étaient des lésions papulo-nodulaires et aux 58,3% de Cissé et al. [15]. Tounouga et al. [19] retrouvaient

28,6% de lymphœdème et 21,1% de lésions papulo-nodulaires. Cependant, Pitche et al. [10] entre 1980 et 1994 rapportaient une prédominance à 92,3% de lésions papulo-nodulaires dans la MK endémique et

de 92,3% de lésions œdémateuses dans la MK associée au VIH. Rohner et al. [6] relevaient 67% de lésions tumorales angiomeuses et 44% associées à un œdème dans la MK associée au VIH. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans la MK associée au VIH, on retrouve une relative fréquence plus élevée de tumeurs angiomeuses et d'œdème [20,21], alors que les formes nodulaires dominent dans la MK endémique [2,3].

Les atteintes cutanées étaient retrouvées chez la majorité des patients (n= 300; 97,7%). Elles siègent principalement aux jambes et pieds respectivement 62,6% et 55,7% au cours de la MK VIH; 51,3% et 70,3% pour la MK endémique. On notait en plus, au cours de la MK associée au VIH une atteinte du tronc (thorax et abdomen) chez 21,7% (n=44) et 18,2% (n=37) respectivement. Tounouga et al. [19] retrouvaient 81,6% d'atteinte cutanée et 47,7% aux membres inférieurs; Zarea et al. [18] rapportaient 87,1% aux membres inférieurs. En effet, au cours de la MK endémique et classique, les lésions sont acrales, prédominantes aux extrémités [2,3] contrairement à la MK associée au VIH où l'on peut certes avoir une atteinte des extrémités mais aussi du tronc, du visage ou multifocale [3,12,14].

Les atteintes muqueuses étaient présentes chez 32,6% des patients (n=100) avec une prédominance de la muqueuse buccale peu importe le type de MK mais plus fréquente dans la MK VIH chez 40,4% (n=82) patients *versus* 10,8% (n=8) dans la MK endémique. Contrairement à la MK endémique, les atteintes muqueuses sont plus fréquentes dans la MK VIH. Elles sont retrouvées quasiment dans la moitié des cas et principalement par ordre de fréquence une atteinte bucco-pharyngée, génitale et oculaire [3,14].

Nous avons enregistré plus de décès dans le groupe des 203 patients de MK associée au VIH (n=35; 17,2%) que dans le groupe des 74 patients de MK endémique (n=6; 8,1%). Ces résultats confirment la persistance de la morbidité et la mortalité de la MK associée au VIH qui s'expliqueraient par son agressivité, ses atteintes multifocales, viscérales, une faible immunité et enfin l'absence ou l'initiation tardive au TARV [22,23].

Conclusion: Notre étude met en évidence une prédominance de la MK associée au VIH sur les 30 ans de l'étude. L'élargissement du TARV, l'amélioration de la couverture ARV et l'approche " *test and treat* " contribueront à réduire cette mortalité.

ACKNOWLEDGEMENTS

L'expansion de l'accès aux traitements antirétroviraux entraîne une diminution de la mortalité liée à la MK chez les PVVIH.

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

- Engels EA, Pfeiffer RM, Goedert JJ, Virgo P, McNeel TS, Scoppa SM, et al. Trends in cancer risk among people with AIDS in the United States 1980-2002. *AIDS*. 2006;20:1645-54.
- Sissolak G, Mayaud P. AIDS-related Kaposi's sarcoma: epidemiological, diagnostic, treatment and control aspects in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2005;10:981-92.
- Requena C, Alsina M, Morgado-Carrasco D, Cruz J, Sanmartin O, Serra-Guillén C, et al. Kaposi sarcoma and cutaneous angiosarcoma: guidelines for diagnosis and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:878-87.
- Grabar S, Costagliola D. Epidemiology of Kaposi's sarcoma. *Cancers*. 2021;3:5692.
- Karabinta Y, Faye O, Traoré Z, Touré S, Dicko A, Konaté I, et al. Maladie de Kaposi en consultation de dermatologie au CHU Gabriel Toure: étude de 36 cas. *Rev Mali Infect Microbiol*. 2018;1:56-9.
- Rohner E, Kasaro M, Msadabwe-Chikuni SC, Stinson K, Mohamed Z, Tweya H, et al. Treatment and outcome of AIDS-related Kaposi sarcoma in South Africa, Malawi and Zambia: an international comparison. *Pan Afr Med J*. 2017;28:261.
- Fardhdiani V, Molfino L, Zamudio AG, Manuel R, Luciano G, Ciglenecki I, et al. Kaposi's sarcoma in Maputo, Mozambique: outcomes in a specialized treatment center, 2010-2015. *Infect Agent Cancer*. 2018;13:5.
- PNLS-IST Togo. Rapport annuel 2020 des activités. 2020, 49p.
- Jaquet A, Odutola M, Ekouevi DK, Tanon A, Oga E, Akakpo J, et al. Cancer and HIV infection in referral hospitals from four West African countries. *Cancer Epidemiol*. 2015;39:1060-5.
- Pitche P, Kombate K, Napo-Koura G, Mijiyawa M, Tchanganai-Walla K. Kaposi's sarcoma in dermatology consultations at Lome, Togo. *Med Trop*. 1995;55:246-8.
- Pitche P, Tchanganai-Walla K. Incidence et aspects évolutifs de la maladie de Kaposi dans le service de Dermato-venereologie du CHU-Tokoin, Lome (Togo). *Med Afr Noire*. 1996;43:664-6.
- Pitche PT, Kombate K, Owono F, Tchanganai-Walla K. Kaposi's sarcoma in a hospital setting in Lomé (Togo): a study of 93 cases. *Int J Dermatol*. 2007;46:42-4.
- Saka B, Kombaté K, Mouhari-Toure A, Akakpo S, Balaka A, Pitche P, et al. Evaluation du traitement de la maladie de Kaposi par la vinblastine au Togo: étude de 23 cas. *Bull Soc Pathol Exot*. 2011;104:339-41.
- Saka B, Mouhari-Toure A, Wateba IM, Akakpo S, Kombate 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.

15. Mosam A, Aboobaker J, Shaik FA. AIDS related Kaposi's disease in Hospital area in Bamako. *Mali Med.* 2007;22:29-32.
16. Kalubula M, Shen H, Makasa M. Epidemiology of Kaposi's sarcoma in Zambia, 2007 - 2014. *Malawi Med J.* 2020;32:74-9.
17. Ndiaye M, Diop A, Berthé S, Diallo M, Mjaded S, Diatta BA, Diadia S, et al. Endemic Kaposi's sarcoma in Dakar: 29 cases. *Mali Med.* 2014;29:10-4.
18. Zaraa I, Labbène I, El Guellali N, Alaya NB, Mokni M, Osman AB. La maladie de Kaposi: Caractéristiques épidémiocliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques à propos de 75 cas. *Tunis Med.* 2012;90:116-21.
19. Tounouga DN, Kouotou EA, Nansseu JR, Zoung-Kanyi Bissek AC. Epidemiological and clinical patterns of Kaposi sarcoma: a 16-year retrospective cross-sectional study from Yaoundé, Cameroon. *Dermatology.* 2018;234:198-204.
20. Hbid O, Belloul L, Fajali N, Ismaïli N, Duprez R, Tanguy M, et al. Kaposi's sarcoma in Morocco: a pathological study with immunostaining for human herpesvirus-8 LNA-1. *Pathology.* 2005;37:288-95.
21. Etemad SA, Dewan AK. Kaposi sarcoma updates. *Dermatol Clin.* 2019;37:505-17.
22. Semeere AS, Busakhala N, Martin JN. Impact of antiretroviral therapy on the incidence of Kaposi's sarcoma in resource-rich and resource-limited settings. *Curr Opin Oncol.* 2012;24:522-30.
23. Akanbi MO, Bilaver LA, Achenbach C, Lisa R, Rivera AS, Olugbenga A, et al. Analyses of Kaposi Sarcoma trends among adults establishing initial outpatient HIV care in Nigeria: 2006–2017. *Infect Agents Cancer.* 2022;17:2-10.

Copyright by Abia 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.

Perception and challenges related to the practice of photoprotection among people with albinism in Mbuji-Mayi, in the center of the Democratic Republic of Congo

Yannick Mukendi Nkesu^{1,2}, Frederic Bilumbu Kayembe¹, Josue Kalombo Mutombo¹, Arsene Badibanga Malu¹, Savane Moussa³, Lydie Joelle Nono Seudjip⁴

¹Faculty of Medicine, University of Mbuji-Mayi, Democratic Republic of Congo (DRC), ²Mbuji-Mayi Paediatric Clinic, ³Faculty of Health Sciences and Technologies, Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Conakry, Guinea, ⁴Department of Dermatology, Department of Specialties, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa (DRC)

Corresponding author: Seudjip Nono Lydie Joelle, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: People with albinism (PAA) are more vulnerable to ultraviolet radiation, with skin risks. These risks require them to practice adequate photoprotection. The aim of our study was to investigate the perceptions and challenges associated with photoprotection among people with albinism in Mbuji-Mayi. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted over a period of one month among people with albinism of all sexes and ages, with strict respect for their anonymity. **Results:** Of 89 PAA, 93% were aware of the existence of photoprotective cream and said that exposure to the sun was harmful. Sunbathing hours were not respected in 13% of cases, wearing clothing covering the body, a wide-brimmed hat, using a sunshade and wore sunglasses. Most had applied sun cream for the first time between the ages of 19 and 25. Only applied it every time they were exposed to the sun and did so without a specific schedule. Access to cream was difficult for 78% of PAA, and the most common reasons for this were stock shortages (80 %) and high cost (20 %). **Conclusion:** Despite the current state of knowledge of PAA in Mbuji-Mayi, it is important to raise awareness of sunscreens so that their use can be initiated at an early age, thereby effectively preventing avoidable skin complications caused by ultraviolet rays.

Key words: Albinism, Photoprotection, Mbuji-Mayi-RDC.

How to cite this article: Mukendi Nkesu Y, Bilumbu Kayembe F, Kalombo Mutombo J, Badibanga Malu A, Moussa S, Nono Seudjip LJ. Perception and challenges related to the practice of photoprotection among people with albinism in Mbuji-Mayi, in the center of the Democratic Republic of Congo. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):53-58.

Submission: 13.03.2025; **Acceptance:** 1.05.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.3

Perception et défis liés à la pratique de la photoprotection auprès des personnes atteintes d'albinisme à Mbuji-Mayi, au centre de la République Démocratique du Congo

Yannick Mukendi Nkesu^{1,2}, Frederic Bilumbu Kayembe¹, Josue Kalombo Mutombo¹, Arsene Badibanga Malu¹, Savane Moussa³, Lydie Joelle Nono Seudjip⁴

¹Faculty of Medicine, University of Mbuji-Mayi, Democratic Republic of Congo (DRC), ²Mbuji-Mayi Paediatric Clinic, ³Faculty of Health Sciences and Technologies, Gamal Abdel Nasser University of Conakry, Conakry, Guinea, ⁴Department of Dermatology, Department of Specialties, University Clinics of Kinshasa, University of Kinshasa (DRC)

Corresponding author: Seudjip Nono Lydie Joelle, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: les personnes atteintes d'albinisme (PAA) présentent une vulnérabilité accrue face aux rayonnements ultraviolets, avec des risques cutanés. Ceux-ci les obligent à avoir une pratique adéquate de la photoprotection. L'objectif de notre travail était d'étudier la perception et défis liés à la photoprotection chez les PAA à Mbuji-Mayi. **Méthodes:** C'est une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une période d'un mois, chez les personnes atteintes d'albinisme, de tous sexes et âges confondus, dans le strict respect de leur anonymat. **Résultats:** Sur 89 PAA, 93% connaissaient l'existence d'une crème photoprotectrice et 100 % affirmaient que l'exposition au soleil était nuisible. Les heures de sortie au soleil n'étaient pas respectées dans 13% des cas, 85 % portaient des habits couvrant le corps, 69 % un chapeau à large bord, 53 % utilisaient un parasoleil et 30 % portaient des lunettes fumées. La plupart avaient appliqué la crème solaire pour la première fois entre 19 et 25 ans. Seulement 10 % l'appliquaient à chaque exposition solaire et 64 % le faisaient sans horaire précis. L'accès à la crème était difficile pour 78 % des PAA et le motif fréquent était la rupture de stock (80 %) et le coût élevé (20 %). **Conclusion:** Malgré l'état des connaissances actuelles des PAA à Mbuji-Mayi, une sensibilisation soutenue sur les écrans solaires est importante afin d'initier leur application dès le bas âge, ce qui permettrait de prévenir efficacement les complications cutanées évitables, causées par les rayons ultraviolets.

Mots clés: Albinisme, Photoprotection, Mbuji-Mayi-RDC.

INTRODUCTION

L'albinisme est une condition génétique caractérisée par une absence totale ou partielle de pigmentation dans la peau, les cheveux et les yeux [1]. Il pose des défis particuliers en matière de santé cutanée. L'Afrique subsaharienne avec des températures quotidiennes maximales pendant les saisons chaudes, près de 35 °C et des niveaux des rayonnements ultra-violets solaires, souvent extrêmes, regorge 1/5000 à 1/15000 personnes atteintes d'albinisme [2,3]. Ces individus présentent

une vulnérabilité accrue face aux rayonnements ultraviolets (UV) du soleil en raison de l'absence de mélanine, d'où les risques élevés de lésions cutanées [4]. L'exposition au soleil est le principal facteur de risque de cancer de la peau chez les PAA [2,4]. Ainsi, les PAA doivent avoir une pratique adéquate et régulière de la photoprotection tant physique que chimique. Cette dernière représente actuellement le moyen principal de protection contre les UV [3,5]. L'application d'une crème antisolaires réduirait le photovieillessement et le risque de cancer de la peau [4,6,7].

How to cite this article: Mukendi Nkesu Y, Bilumbu Kayembe F, Kalombo Mutombo J, Badibanga Malu A, Moussa S, Nono Seudjip LJ. Perception et défis liés à la pratique de la photoprotection auprès des personnes atteintes d'albinisme à Mbuji-Mayi, au centre de la République Démocratique du Congo. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):53-58.

Submission: 13.03.2025; **Acceptance:** 1.05.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.3

La perception de la photoprotection chez les personnes atteintes d'albinisme peut être influencée par divers facteurs, notamment le niveau socio-économique, les connaissances sur les risques liés à l'exposition au soleil, les croyances culturelles, les expériences personnelles et l'accès à l'information sur les mesures de protection. Bien qu'il y ait une évolution notable sur l'information et l'éducation, les PAA rencontrent des défis liés à la gestion quotidienne de leur photoprotection, notamment l'accès aux écrans. Dans l'étude d' Akakpo et al, au Togo, les pratiques de la photoprotection étaient globalement positives chez leurs PAA avec 85,9 % de protection chimique et plus de 70 % de protection physique (chapeaux à bord large, vêtements sombres et lunettes teintées) [8].

En République Démocratique du Congo, la question de protection solaire chez le PAA n'est presque pas encore abordée. Le Kasai Oriental y est décrit comme la région de provenance de la majorité des PAA [9]. C'est dans ce contexte que la présente étude se donne pour objectif d'évaluer la perception et les défis dans la pratique de la photoprotection chez les PAA résidant dans la province du Kasai Oriental.

MÉTHODES

C'était une étude transversale descriptive menée dans la ville de Mbuji-Mayi au Kasai-Oriental en République démocratique du Congo, chez les PAA de l'association Solidarité des Albinos du Kasai-Oriental (SAKOR). Notre population d'étude était constituée des PAA de la SAKOR reçus en consultation dermatologique durant un mois (juin 2023). Notre échantillon était exhaustif et nous avons inclus toute PAA, membre de la SAKOR, résidant dans la ville de Mbuji-Mayi, ayant au moins 18 ans et ayant accepté de participer à cette étude après obtention de leur consentement verbal; mais également, les PAA éclairés et ayant de 15 à 17 ans d'âge, pour lesquels en absence de leurs tuteurs, l'autorisation de participer à l'étude était donnée par le président de la SAKOR.

Les paramètres d'étude étaient sociodémographiques (âge, sexe, profession, niveau d'instruction, commune de résidence); et les variables liées à la perception et aux défis en rapport avec la pratique de la photoprotection (Information sur l'effet nocif du soleil, nécessité de se protéger contre les rayons solaires, accessibilité à une crème solaire, motifs de l'accès difficile à la crème solaire, port d'habits couvrant le corps, port du chapeau

à bords partiellement ou totalement larges, usage de parasoleil et de lunettes fumées et respect des horaires de sortie au soleil, pas entre 10 h et 16 h). Les données ont été collectées par l'interview semi-structurée, au cours d'une série de manifestations organisées par la SAKOR puis, encodées à l'aide du logiciel Excel 2016 et analysées à l'aide d'épi info version 7.2.5.0. Elles étaient exprimées en termes d'effectif et de proportion (%). Cette étude a été réalisée après l'obtention de l'autorisation du comité d'éthique de l'Université de Mbuji-Mayi (N/Réf.: 034/VD-RSCU/Fac-Méd/UM/DMT/2023) et celle des autorités de la SAKOR. L'anonymat de tous les participants était garanti.

RÉSULTATS

Au total, 89 personnes atteintes d'albinisme ont été interrogées durant la période de notre enquête.

Caractéristiques sociodémographiques des personnes atteintes d'albinisme

Sur les 89 PAA interrogés, le sexe féminin était plus représenté (61%) avec un sex-ratio H/F de 0,6. La majorité des PAA était âgée de moins de 21 ans (40%) avec un âge moyen de 23 ± 11 ans. Les PAA provenaient en majorité de la commune de Dibindi (33%) dont les niveaux d'études étaient secondaire (62%), universitaire (13%) et 47% étaient sans profession (Tableau 1).

La perception de la photoprotection

La majorité des PAA (93%) connaissait l'existence d'une crème solaire pour leur protection cutanée et tous (soit 100%) savaient que l'exposition au soleil pourrait nuire à la santé de leur peau.

La pratique de la photoprotection et les défis

Les photoprotecteurs horaires (respect des heures de sortie au soleil, avant 10 h et après 16 h), chimique et physique étaient observés respectivement dans n'était 13%, et 99% (Tableau 2).

Parmi les PAA qui ne pratiquaient pas la photoprotection horaire, 47% étaient sans profession, suivi des élèves et des étudiants (18%) et enfin des commerçants avec (17%) (Tableau 3). La majorité des PAA portaient des habits couvrant le corps (85%), un chapeau à large bord (69%), utilisait un parasoleil à chaque sortie au soleil (53%) et 30% portaient des lunettes fumées (Tableau 4).

La plupart des PAA ont appliqué la crème solaire pour la première fois durant la période d'âge 19-25 ans. L'usage d'une crème solaire était en cours chez 18% de PAA; 65% des PAA appliquaient la crème sur les parties du corps non couvertes par le vêtement contre 35 % qui appliquaient sur tout le corps; 10% l'appliquaient

à chaque exposition solaire et 64% n'avaient pas un moment précis d'application de la crème solaire (Tableau 5).

L'accès à la crème était difficile pour 78% des PAA et le motif principal était la rupture de stock de ces crèmes solaires au niveau de la SAKOR (80%), suivi de leur coût élevé sur le marché (20%) (Tableau 6).

Tableau 1: Répartition des PAA selon les paramètres socio-démographiques

Paramètres	Effectifs (n=89)	%
Age(en année)		
< 21	36	40
21—30	35	39
31—40	5	6
41—50	10	11
> 50	3	3
Sexe		
Masculin(M)	35	39
Féminin(F)	54	61
Commune de provenance		
Bipemba	23	26
Dibindi	29	33
Diulu	13	15
Kanshi	10	11
Muya	14	16
Niveau d'instruction		
Primaire	15	17
Secondaire	55	62
Universitaire	12	13
Sans instruction	7	8
Profession		
Commerçant	15	17
Elève/Étudiant	16	18
Enseignant	4	4
Infirmier	2	2
Autres	10	11
Pas de profession	42	47

Autres: la profession qui n'est pas énumérée parmi les 4 professions citées ci-haut

Tableau 2: Répartition des PAA selon les types de photoprotection utilisés

Paramètres	Effectifs n=89(%)
Usage de la photoprotection horaire*	12(13%)
Usage de la photoprotection chimique	78(88%)
Usage de la photoprotection physique	88(99%)
Usage de la biphotoprotection physico-chimique	69(78%)

*Photoprotection horaire: n'est pas sortir entre 10h et 16 h

Tableau 3: Répartition des PAA en fonction de la profession et de la photoprotection horaire

Profession	Usage de la photoprotection horaire	
	NON (n=77)	OUI (n=12)
Commerçant	13(17%)	2(17%)
Elève/Étudiant	14(18%)	2(17%)
Enseignant	4(5%)	0(0%)
Infirmier	2(3%)	0(0%)
Autres	8(3%)	2(17%)
Sans profession	36(47%)	6(50%)

DISCUSSION

L'enquête visait à étudier la perception et les défis liés à la pratique de la photoprotection chez les personnes atteintes d'albinisme (PAA), résidant dans la province du Kasai oriental.

Tableau 4: Répartition des PAA selon les moyens de photoprotection physique utilisés

Paramètres	Total n=88(%)
Port d'habit couvrant le corps	75(85%)
Port de chapeau à large bord	61(69%)
Usage de parasoleil	47(53%)
Port des lunettes fumées	26(30%)

Tableau 5: Répartition des PAA pratiquant la photoprotection chimique

Paramètres	Total n=78(%)
Age(en année) de la première application d'une crème solaire	
< 5	9(12%)
5—12	6(8%)
13—18	23(29%)
19—25	25(32%)
>25	15(19%)
Usage régulier d'une crème solaire	
Oui	14(18%)
Non	64(82%)
Parties du corps où est appliquée une crème solaire	
Tout le corps	27(35%)
Parties du corps non couvertes par le vêtement	51(65%)
Moment d'application d'une crème solaire	
Matin(sortie de la maison)	17(22%)
Midi	2(3%)
Soir	1(1%)
A chaque exposition au soleil	8(10%)
N'importe quand(sans précision)	50(64%)
Accessibilité d'une crème solaire	
Facile	17(22%)
Difficile	61(78%)

Tableau 6: Motifs d'accès difficile à une crème solaire

Paramètres	Effectifs n=61(%)
Coût élevé d'une crème solaire	12(20%)
Rupture du stock au niveau de la SAKOR	49(80%)

Les PAA en majorité âgées de moins de 21 ans, provenant de toutes les communes de la ville de Mbuji mayi, ayant un niveau d'étude secondaire et sans occupation pour la plupart, avaient répondu à notre enquête. La majorité percevaient la crème solaire comme moyen de protection solaire et reconnaissaient que l'exposition au soleil pourrait nuire sérieusement à leur santé cutanée. Malgré cela, moins de 20 %, seulement sortaient au soleil au moment de faible ensoleillement. L'usage quotidien de la crème photoprotectrice était trop faible. Cette ambivalence des PAA qui comprennent l'importance de la protection solaire, mais qui ne modifient pas leurs comportements s'expliquerait par les contraintes de la vie quotidienne, les obligeant à sortir pour l'école, le marché, le travail, pour des raisons sociales tels que l'envie de s'intégrer dans la société et certains le feraient par pure négligence. Cette participation des 89 personnes semble élevée comparativement à notre étude dans la même structure en 2022, où nous avons recruté 77 PAA en 7 jours [10].

Notre échantillon était majoritairement représenté à 61% par les femmes. Cette différence de sexe varie selon les auteurs, mais dans une autre étude à Mbuji mayi en 2022 [10] et celle de Kakiessé et al à Kinshasa en 2016, la prédominance féminine était nette, respectivement à 65% et 52% [9]. Cette prédominance féminine serait liée au fait que les femmes sont les plus présentes dans les milieux hospitaliers, répondent plus aux programmes de sensibilisation et sont très motivés à consultées pour de problèmes de santé par rapport aux hommes. Concernant l'âge des PAA, en majorité c'était des personnes de moins de 30 ans (79%). Cette situation est similaire à celle des études de Mukendi et al, et Kakiessé et al, menées au Congo Kinshasa [9,10] et à celle Hong et al au centre-Est du Nigeria (89%) [11]. Ce nombre, élevé de jeunes atteints d'albinisme dans les études, doit interpeller les décideurs pour l'introduction de la photoprotection dès le bas âge. Cette surreprésentation des jeunes pourrait s'expliquer par le fait que l'accès limité aux soins dermatologiques (surtout pour le cancer) entraînerait une mortalité précoce des PAA réduisant le taux des adultes aussi que les jeunes serait influencés par leurs parents et tuteurs pour participer aux consultations.

Dans notre étude, les PAA avaient ont en majorité un niveau d'instruction secondaire (62%) et seulement 13% un niveau universitaire. Nos résultats sont un peu contradictoires à ceux de Gilaberte et al au Malawi qui avaient trouvé dans leur étude que 65 % de leurs PAA n'avaient pas terminé l'école primaire et seulement

6,7% avaient fait des études universitaires. Ce chiffre, élevé de notre étude pourrait se justifier par le fait que notre milieu d'étude était exclusivement urbain, avec un accès facile aux écoles tandis qu'au Malawi, les recrutements concernaient les milieux urbain, rural et semi-urbain [12].

Dans notre étude, 47% des PAA étaient sans profession. Ces résultats sont similaires à ceux de Kakiessé et al à Kinshasa [9]. La forte proportion des PAA sans profession pourrait s'expliquer par la discrimination et la stigmatisation dont elles sont victimes renforcées par les croyances mystiques erronées sur l'albinisme, par le fait que la plupart n'arrivent pas à finir leurs études à cause des problèmes visuels et plusieurs emplois demandent l'exposition au soleil. Tout ceci affecte leur pouvoir économique et rend difficile leur prise en charge qui ne doit pas se limiter à l'aspect médical, mais aussi aux initiatives socio-économiques.

La presque totalité des PAA (93%) de notre étude connaissaient les effets délétères du soleil sur leur peau et l'existence d'une crème solaire protectrice. Nos résultats sont presque similaires à ceux d'Ebenezer Fabian en Tanzanie qui avait révélé que les PAA connaissaient la crème solaire et les méthodes à utilisées pour protéger leur peau des rayons solaires [13]. En général, la protection physique ne pose pas de problème, car ne nécessitant pas un renouvellement mensuel ou trimestriel comme l'exigerait la crème solaire. Cette bonne pratique de notre population d'étude (99%) est à encourager. Fort de la disparité dans l'usage des matériels de protection à l'instar de parasoleil et des lunettes, il serait nécessaire d'appliquer un programme éducatif comme celui de Gilaberte et al, au Malawi, qui a permis le passage à 100% de PAA utilisant des vêtements de protection solaire [12].

En termes d'utilisation de la crème solaire, nos résultats sont similaires à ceux de Gilaberte et al, qui avaient trouvé qu'avant l'introduction de leur programme éducatif que la crème était utilisée à 81,9% et 40% des participants l'appliquaient le soir [12]. Dans notre cas, 64% de nos PAA ne connaissaient pas le bon moment d'application de la crème. Pourtant, la crème devrait être appliquée sur les zones non couvertes par les habits et à chaque sortie au soleil. Une utilisation au-delà des heures ensoleillées n'apporte pas grand-chose. La crème antisolaire est presque introduite tardivement à Mbuji mayi, pourtant selon plusieurs auteurs la photoprotection chimique doit être pratiquée dès le bas âge et cela permet de limiter le développement

de carcinomes cutanés [4,14]. Dans notre étude, seulement, 12% des PAA avaient commencé l'usage de la crème solaire avant 5 ans, certains (32%) l'avaient utilisé pour une première fois entre 19 et 25 ans. Cette situation pourrait se justifier par l'accès difficile à la crème photoprotectrice, lié à son coût et à sa disponibilité. Dans notre cas, l'obstacle pour l'obtention de la crème était principalement de la rupture de stock au niveau de la SAKOR rendant un accès difficile aux crèmes solaires chez 78 % de nos PAA, car plus de la moitié (55%) sont dépendantes de leur association (SAKOR). L'accessibilité difficile à la crème photoprotectrice demeure une situation générale. Tel est le cas dans l'étude d'Ebenezer Fabian où la distance à parcourir, les revenus et le prix de la crème solaire étaient les principaux facteurs qui affectaient l'accès des PAA à la crème solaire [13]. Notre situation doit pousser l'État congolais à doter les structures comme la SAKOR en crème photoprotectrice d'une manière permanente ou encourager une production locale de cette crème. Selon l'OMS, la recommandation générale est l'application d'un écran solaire (d'un FPS d'au moins 15) toutes les deux heures sur la peau exposée [15,16]. Certains auteurs préconisent d'éviter de s'exposer au soleil de midi ou entre 10 heures et 15 heures ou 16 heures, en restant à l'ombre autant que possible et porter régulièrement des vêtements en coton à manches longues et pantalons longs ainsi que des chapeaux à larges bords [17,15]. Pourtant la majorité de nos PAA (87%) sortait entre 10 h et 16 h, parmi lesquelles 47% étaient sans profession, 18% élèves/étudiants et 17% étaient des commerçants. Nous estimons que les élèves et commerçants sont souvent obligés de se mouvoir pour leurs instruction et survie.

CONCLUSION

La perception et les défis liés à la pratique de la photoprotection chez les personnes atteintes d'albinisme à Mbujimayi demeurent inquiétants. Ainsi, une compréhension approfondie par des programmes éducatifs est essentielle pour concevoir des interventions efficaces, en incluant le renforcement des programmes éducatifs, l'amélioration de l'accès aux produits de protection solaire.

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. Brilliant MH. Albinism in Africa: a medical and social emergency. *Int Health*. 2015;7:223-5.
2. Green A, Whiteman D, Frost C, Battistutta D. Sun exposure, skin cancers and related skin conditions. *J Epidemiol*. 1999;9:S7-13.
3. Opara KO, Jiburum BC. Skin cancers in albinos in a teaching Hospital in eastern Nigeria - presentation and challenges of care. *World J Surg Oncol*. 2010;8:73.
4. Suozzi K, Turban J, Girardi M. Cutaneous Photoprotection: A Review of the Current Status and Evolving Strategies. *Yale J Biol Med*. 2020;93:55-67.
5. Wib O. Adenocystic Carcinoma as a Molecular Variant of Albino Skin Cancer. *J Med Diagn Meth*. 2016;05:193.
6. Sander M, Sander M, Burbidge T, Beecker J. Efficacité et innocuité des écrans solaires pour la prévention du cancer de la peau. *CMAJ*. 2021;193:E348-54.
7. van der Pols JC, Williams GM, Pandeya N, Logan V, Green AC. Prolonged prevention of squamous cell carcinoma of the skin by regular sunscreen use. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15:2546-8.
8. Akakpo AS, Tèclessou JN, Adani-Ife AAO, Adam S, Kassang P, Sanwogou GL, et al. Knowledge, attitudes, and practices of people with albinism about photoprotection and skin cancer prevention in Togo. *Our Dermatol Online*. 2024;15:1-5.
9. Kakiese VM, Iteke M, Nkwembe RM, Mayuba JP, Mazebo SP, Kayembe JMN. Lésions cutanées observées dans l'albinisme occulo-cutané: résultats d'une campagne de dépistage dans la ville - province de Kinshasa. *Ann Afr. Med.*, 2016;9:2398
10. Nkesu YM, Kalambayi DM, Kalenda JM, Mukendi PB, Moussa S, Cissé L, et al. Albinism in Kasai oriental (Democratic Republic of Congo): epidemiology and clinical presentation. *Health Sci Dis*. 2023;24:383-8.
11. Hong ES, Zeeb H, Repacholi MH. Albinism in Africa as a public health issue. *BMC Public Health*. 2006;6:212.
12. Gilaberte Y, Mzumara TE, Manjolo SP, Kaseko N, Bagazgoitia L, Fuller LC, et al. Evaluation of the acceptance and efficacy of a bespoke sun protection package for persons with oculocutaneous albinism living in Malawi. *Int J Dermatol*. 2022;61:352-60.
13. Fabian E. Factors that affect access to sunscreens: a study of persons with albinism in Moshi Municipal, Tanzania. *Open J Social Sci*. 2022;10:230-51.
14. Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *J Clin Oncol*. 2011;29:257-63.
15. Wright CY, du Preez DJ, Millar DA, Norval M. The Epidemiology of skin cancer and public health strategies for its prevention in southern Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1017.
16. Thomas MG, Zippin J, Brooks BP. Oculocutaneous albinism and ocular albinism overview. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJ, et al., éditeurs. *Gene Reviews*®. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993.
17. Kromberg JGR, Kerr R. Oculocutaneous albinism in southern Africa: Historical background, genetic, clinical and psychosocial issues. *Afr J Disabil*. 2022;11:877.

Copyright by Yannick Mukendi Nkesu, 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.

Epidemiological profile of leprosy at the Hôpital de la Rive, City province of Kinshasa, Democratic Republic of Congo

René Odimba Tundanonga^{1,2}, Anastasie Katabayi Mbiya¹, Andy Matshoko Limonge², Aaron Nshindi Tshilengi², Grace Atibu Bin Faray³, Annick Balenga Luboya¹, Elisabeth Mujinga Lukusa¹, Grace Ngalula Muteba¹, Abraham Musuibwe Wa Nzambi¹, Lydie Joelle Seudjip Nono¹

¹Dermatology unit, Department of Specialties, University Clinics of Kinshasa, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo., ²Hôpital de la Rive, Binza Ozone Health Zone, Kinshasa Provincial Division, Democratic Republic of Congo., ³General Secretariat for Public Health of the Democratic Republic of Congo.

Corresponding author: Lydie Joelle Seudjip Nono, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

ABSTRACT

Background: Leprosy, a neglected tropical disease caused by *Mycobacterium leprae*, remains a public health issue in sub-Saharan Africa, particularly in the Democratic Republic of the Congo. The need for updated information on this dermatological condition motivated the present study, which aims to reassess its epidemioclinical profile and complications in the city-province of Kinshasa.

Methods: This was a retrospective study of leprosy cases at Hôpital de la Rive in Kinshasa, a center formerly recognized for leprosy management, over a 9-year period. The data of interest included sociodemographic, clinical, and paraclinical variables. Statistical analysis was performed using SPSS software, applying measures of central tendency, dispersion, and frequency analyses.

Results: The results showed a variable distribution of leprosy cases, with higher frequencies observed in 2018 and 2017. The majority of patients were male, with a mean age of 43.03 ± 16 years. Multibacillary cases were more frequent than paucibacillary cases (98.3% vs. 1.7%). Clinical diagnosis was the primary method used, with a low proportion of cases confirmed by biological tests. Complications were present in a minority of patients.

Conclusion: Leprosy primarily affects married men, with multibacillary forms predominantly diagnosed clinically. Despite the extent of skin lesions, complications were generally uncommon.

Key words: Leprosy, Epidemiology, Hôpital de la Rive, Kinshasa-Democratic Republic of the Congo.

How to cite this article: Odimba Tundanonga R, Katabayi Mbiya A, Matshoko Limonge A, Nshindi Tshilengi A, Atibu Bin Faray G, Balenga Luboya A, Mujinga Lukusa E, Ngalula Muteba G, Musuibwe Wa Nzambi A, Seudjip Nono JL. Epidemiological profile of leprosy at the Hôpital de la Rive, City province of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Our Dermatol Online*. 2025;16(Supp. 3):59-65.

Submission: 13.03.2025; **Acceptance:** 1.05.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.4

Profil épidémiologique de la lèpre à l'Hôpital de la Rive, Ville province de Kinshasa, République Démocratique du Congo

René Odimba Tundanonga^{1,2}, Anastasie Katabayi Mbiya¹, Andy Matshoko Limonge², Aaron Nshindi Tshilengi², Grace Atibu Bin Faray³, Annick Balenga Luboya¹, Elisabeth Mujinga Lukusa¹, Grace Ngalula Muteba¹, Abraham Musuibwe Wa Nzambi¹, Lydie Joelle Seudjip Nono¹

¹Dermatology unit, Department of Specialties, University Clinics of Kinshasa, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo., ²Hôpital de la Rive, Binza Ozone Health Zone, Kinshasa Provincial Division, Democratic Republic of Congo., ³General Secretariat for Public Health of the Democratic Republic of Congo.

Corresponding author: Lydie Joelle Seudjip Nono, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: La lèpre, maladie tropicale négligée causée par *Mycobacterium leprae*, demeure un problème de santé publique en Afrique sub-saharienne et en République Démocratique du Congo en particulier. La nécessité d'informations actualisées sur cette dermatose motive la réalisation du présent travail dont l'objectif est de ré-évaluer son profil épidémioclinique et ses complications dans la ville province de Kinshasa.

Méthodes: C'était une étude retrospective des cas de lèpre à l'hôpital de la rive à Kinshasa, centre anciennement reconnu pour la prise en charge de la lèpre à Kinshasa, sur une période de 9 ans. Les données d'intérêt étaient sociodémographiques, cliniques et paracliniques. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS, en utilisant des mesures de tendance centrale, de dispersion et des analyses de fréquence.

Résultats: Les résultats démontrent une répartition variable des cas de lèpre, avec des fréquences plus élevées observées en 2018 et 2017. La majorité des patients étaient de sexe masculin, avec un âge moyen de 43,03 ans \pm 16 ans. Les cas multibacillaires étaient plus fréquents que les cas paucibacillaires 98,3% contre 1,7%. Le diagnostic clinique était la méthode principale utilisée, avec une faible proportion basée sur des tests biologiques. Les complications étaient présentes chez une minorité de patients.

Conclusion: La lèpre atteint majoritairement les personnes de sexe masculin, mariées, chez qui le diagnostic (lèpre multibacillaire) se pose cliniquement et ne présentent souvent pas des complications malgré l'importance des lésions cutanées.

Mots clés: Lèpre, Epidémiologie, Hôpital de la rive, Kinshasa-République Démocratique du Congo.

INTRODUCTION

Contexte et Justification

La lèpre est une maladie infectieuse tropicale négligée, causée par *Mycobacterium leprae*, un bacille intracellulaire obligatoire gram-positif acido-alcolo-résistant avec tropisme pour les phagocytes

cutanés et les cellules de Schwann dans les nerfs périphériques et réalisant en fonction de l'immunité cellulaire du sujet infecté différentes formes cliniques [1-3]. Elle se transmet par des gouttelettes provenant du nez et de la bouche et nécessite un contact étroit et prolongé avec une personne infectée pour contracter la maladie [4]. Bien que

How to cite this article: Odimba Tundanonga R, Katabayi Mbiya A, Matshoko Limonge A, Nshindi Tshilengi A, Atibu Bin Faray G, Balenga Luboya A, Mujinga Lukusa E, Ngalula Muteba G, Musuibwe Wa Nzambi A, Seudjip Nono JL. Profil épidémiologique de la lèpre à l'Hôpital de la Rive, Ville province de Kinshasa, République Démocratique du Congo. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):59-65.

Submission: 13.03.2025; **Acceptance:** 1.05.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S2.4

des progrès aient été réalisés dans la lutte contre la lèpre, elle reste un problème de santé publique dans de nombreux pays, notamment en Afrique [5]. Les contacts familiaux représentent jusqu'à 28 % des nouveaux cas, la longue période de latence justifie le cas de lèpre bacilloscopiquement négatif sur des prélèvements nasaux et cutanés et sans signes cliniques [6,7]. De plus, le malade cesse d'être contagieux lorsqu'il commence le traitement [8].

La République démocratique du Congo (RDC) fait partie des pays les plus endémiques en matière de lèpre [9]. En 2020, elle a enregistré 3385 nouveaux cas, d'où son 4^e rang mondial et premier en Afrique. Malgré les efforts déployés pour éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique, de nouveaux cas continuent d'être détectés, ce qui souligne la nécessité de mieux comprendre le profil épidémiologique de la maladie et ses implications pour la santé publique. L'objectif de la présente étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique et les complications de la lèpre à l'hôpital de la Rive à Kinshasa.

METHODES

Cadre De L'étude

Notre étude était conduite à l'Hôpital de la Rive dans la Ville province de Kinshasa, commune de Ngaliema, Quartier Kinsuka pêcheur, au N°1 de l'avenue Tourisme. D'une capacité de 55 lits, l'ancienne léproserie (hôpital de la rive) a actuellement le statut de l'hôpital général de référence de la zone de santé de Binza Ozone de la division provinciale de Kinshasa.

Type, Période Et Durée De L'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui portait sur les cas de lèpre durant la période allant de 2015 à 2023, soit 9 ans.

Population D'étude Et Échantillon

Sur un effectif global de 26534 patients reçus pendant la période retenue, étaient inclus les patients dont le dossier contenait les variables d'intérêt. Les patients dont le dossier médical était incomplet étaient exclus de l'étude.

Paramètres De L'étude

Les paramètres d'intérêt étaient épidémiologiques (âge, sexe, état civil), Cliniques (symptômes, type

de lèpre, complications observées), paracliniques (bacilloscopie).

Définitions Opérationnelles

Cas de lèpre: selon l'OMS, est cas de lèpre, tout malade qui présente des signes évocateurs de lèpre, avec ou sans confirmation bactériologique et qui a besoin de suivre un traitement spécifique.

Age: durée de la vie écoulée en année depuis la naissance jusqu'à la date où le diagnostic de la lèpre a été posé à l'hôpital de la rive

Sexe: ensemble des traits biologiques observables qui permettent de différencier des organismes vivants dans le contexte de la reproduction, il est soit masculin ou soit féminin.

Etat matrimonial: situation conjugale d'une personne au regard de la loi: célibataire, mariée, veuve, divorcée.

Lèpre paucibacillaire (LPB): cas de lèpre présentant un nombre ≤ 5 lésions cutanées et/ou ≤ 1 nerf atteint

Lèpre multibacillaire (LMB): cas de lèpre où l'on retrouve plus de cinq lésions cutanées ou une atteinte nerveuse ou bien la présence avérée de bacilles dans le frottis cutané, quel que soit le nombre de lésions cutanées.

Complication: évolution défavorable d'un cas de lèpre sous traitement ou pas

Bacilloscopie: Recherche d'un bacille dans le suc dermique ou écouvillon nasal des cas présumé de la lèpre.

Méthodes Techniques Et Instruments De Collecte Des Données

Nature, cadre et période de l'étude

L'étude a utilisé une méthodologie descriptive, analysant les dossiers médicaux des patients atteints de lèpre ayant consulté à l'Hôpital de la Rive, de 2015 à 2023. Étaient éligibles, tout dossier de patient où le diagnostic de la lèpre a été posé selon la définition de cas de l'OMS. Pour des raisons de fiabilité de données, nous avons exclu les patients ayant des dossiers incomplets.

Analyses statistiques

Les données étaient recueillies sur une fiche de collecte des données préalablement conçue, puis encodées dans

les logiciels Excel et SPSS 26.0 pour analyse statistiques, en utilisant des mesures de tendance centrale, de dispersion et des analyses de fréquence. L'analyse comparative des données catégorielles était réalisée par le test du Chi-2 de Pearson. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significatif.

Considérations éthiques

La confidentialité et l'anonymat des patients étaient respectées. Les données recueillies étaient complètement secrètes et utilisées, uniquement aux fins de l'étude.

Difficultés rencontrées

Nous avons rencontrés des difficultés administratives, financières et logistiques en raison des dossiers incomplets.

RESULTATS

I- Caractéristiques Épidémiologiques

Pendant la période d'étude, nous avons recueilli un total de 116 cas de lèpre sur 26534 patients, soit une fréquence hospitalière de 0,44%. Les âges moyen et médian étaient respectivement de 43,03 ans \pm 16 ans et de 43,02 ans des extrêmes de 14 ans et de 86 ans. Le sex ratio H/F était de 1,39.

Caractéristiques Sociodémographiques

Le tableau 1 présente la distribution des patients selon le sexe, l'âge, l'état matrimonial et leurs fréquences annuelles.

Il ressort du tableau 1 que le sexe masculin était majoritaire (58,6%) et les mariés (70,7%) étaient plus nombreux. Les cas de lèpre étaient plus documentés en 2018 (20 cas) et 2017 (19 cas) avec un pic faible en 2015 (6 cas). Seulement un cas (0,9%) était âgé de moins de 15 ans et le reste (99,1%) étaient âgé de 15 ans et plus.

II- Caractéristiques Cliniques, Paracliniques Et Complications

Les caractéristiques cliniques, paracliniques et les complications sont représentées dans le tableau 2.

Le tableau 2 montre que la quasi-totalité des patients, soit 99,1% étaient des nouveaux cas, 70,4% de ces patients étaient mariés et seulement 1,7% étaient veuf.

Tableau 1: Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Variables	Effectifs	Pourcentage
Sexe		
- Féminin	48	41,4
- Masculin	68	58,6
Age		
- <15 ans	1	0,9
- \geq 15 ans	115	99,1
Etat matrimonial		
- Marié(e)	82	70,7
- Célibataire	32	27,6
- Veuf (ve)	2	1,7
Année de consultation		
- 2015	6	0,56
- 2016	17	15,65
- 2017	19	16,37
- 2018	20	17,24
- 2019	10	8,62
- 2020	11	9,48
- 2021	11	9,48
- 2022	10	8,62
- 2023	12	10,34

La majorité des enquêtés, soit 87,9% n'a pas reconnu avoir un cas de lèpre dans son entourage, par contre un nombre important de femmes (71,4%) et des sujets mariés (73,6%) le reconnaissent.

La quasi-totalité des patients soit 98,3% avait présenté plus de cinq lésions cutanées ou une atteinte nerveuse importante et 1,7% des cas, tous des femmes (100%) et mariées (100%) avaient un nombre de lésions cutanées inférieur ou égale à cinq et/ou atteinte d'au plus un nerf.

Le diagnostic était posé cliniquement dans 87,9% de cas. Le diagnostic clinicobiologique (12,1%) était plus posé chez 64,3% d'hommes et 78,6% de sujets mariés.

Le diagnostic de la lèpre paucibacillaire était posé chez seulement 1,7% de cas qui étaient tous des femmes (100%) et des patients mariés (100%).

Douze pour cent seulement ont présenté des complications, avec une majorité masculine (61,5%) et des patients mariés (70,2%).

DISCUSSION

La présente étude avait pour objet d'actualiser les informations sur le profil épidémioclinique de la lèpre dans la ville province de Kinshasa et de les comparer aux données de la littérature disponible.

La fréquence hospitalière de la lèpre dans notre étude était de 0,44 % cette valeur se rapproche de celles de

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de leurs caractéristiques cliniques, paracliniques et les complications

Variables	Effectifs n(%)	Sexe		p	Etat matrimonial			p
		Masculin n(%)	Féminin n(%)		Marié(é) n(%)	Célibataire n(%)	Veuf (ve) n(%)	
Cas								
- Nouveaux	115 (99,1%)	67 (58,2%)	48 (41,8%)	0,399	81 (70,4%)	32 (27,8%)	2 (1,7%)	0,811
- Anciens	1 (0,9%)	1 (100%)	0		1 (100%)	0	0	
- Rechute	0	0	0		0	0	0	
Antécédents (cas dans l'entourage)								
- Oui	14 (12,1%)	4 (28,6%)	10 (71,4%)	0,299	11 (78,6%)	3 (21,4%)	0	0,729
- Non	102 (87,9%)	58 (56,9%)	44 (43,1%)		71 (69,6%)	29 (28,4%)	2 (1,9%)	
Symptômes								
- >5 lésions cutanées ou une atteinte nerveuse	114 (98,3%)	68 (59,6%)	46 (40,3%)	0,090	80 (70,2%)	32 (20,2%)	2 (1,8%)	0,656
- ≤5 lésions cutanées et/ou ≤ 1 nerf atteint	2 (1,7%)	0	2 (100%)		2 (100%)	0	0	
Diagnostic								
- Clinique	102 (87,9%)	59 (57,8%)	43 (42,2%)	0,646	71 (69,6%)	29 (28,4%)	2 (1,9%)	0,729
- Clinicobiologique	14 (12,1%)	9 (64,3%)	5 (35,7%)		11 (78,6%)	3 (21,4%)	0	
Bacilloscopie (OMS)				0,09				
- LPB	2 (1,7%)	0	2 (100%)		2 (100%)	0	0	0,66
- LMB	114 (98,3%)	68 (59,6%)	46 (40,3%)		80 (70,2%)	32 (20,2%)	2 (1,8%)	
Complications (OMS)								
- NON	104 (89,7%)	64 (61,5%)	40 (38,5%)	0,060	73 (70,2%)	30 (28,8%)	1 (0,9%)	0,135
- OUI	12 (10,3%)	4 (33,3%)	8 (66,7%)		9 (75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	

Malassé en Inde contrairement aux observations de Fall au Sénégal notre constat pourrait s'expliquer par le fait que la RDC demeure parmi les pays les plus endémiques en matière de la lèpre, elle est classée 4^e au monde et 1^{er} pays le plus endémique en Afrique [10-12].

Cette étude montre que la lèpre atteint plus les jeunes adultes avec un âge moyen de 43 ± 16 ans, ces résultats sont superposables à ceux de, Bavenga et al [12] en 2024 ($50 \pm 18,82$ ans) au Kongo-Central en RDC, de Ouffoue et al. ($40,88 \pm 19,39$ ans) en Côte d'Ivoire en 2021 [13]. Contrairement au résultat de Fall et al. au Sénégal qui est une moyenne de 31,58 ans [11]. L'âge adulte des patients pourrait être une explication de la longue période d'incubation de la lèpre.

La majorité des patients était de sexe masculin à 58,6% avec un sex ratio de de 1,39. Cette prédominance masculine est retrouvée par d'autres auteurs dont Oumou et al. au Sénégal [14], Olanrewaju et al. au Nigeria [15] et Biya et al. en RDC [16] respectivement 60,3%, 57,1 % et 55,3%. Cependant la proportion des femmes affectées était de 41,8% dans notre étude est largement supérieure à celle de 28,5% rapportée au Kongo-central en RDC [12]. Nous n'avons pas trouvé une explication convaincante dans toutes les littératures révisées quant à la différence basée sur le genre pour ces diverses études menées. Nonobstant, certains auteurs pensent qu'il existerait une conjugaison des facteurs génétiques et environnementaux qui expliqueraient la prédominance masculine [16]. Dans notre série nous n'avons pas le moyen de vérifier cette théorie de la génétique.

Dans notre étude, 0,9% étaient des enfants de moins de 15 ans. Cette proportion est faible comparée à 63,2% observée au Sénégal [14]. Cela s'expliquerait par la différence dans la méthodologie de recherche cette étude qui s'est contenté des cas hospitaliers contraire à la campagne de dépistage faite au Sénégal. Toutefois, la diminution du nombre de nouveaux cas dans la tranche d'âge inférieure à 15 ans est un bon indice de baisse de l'endémicité.

Cette étude relève que les patients multi bacillaires étaient majoritaires, dans 98,3% de cas, cela a été constaté par plusieurs auteurs tel que, Nobre L.M et al. au Brésil [18], Badiane M. et al. au Sénégal [14] Keita M. et al. en Guinée [19] et Gnimavo R.S et al. au Bénin [20], respectivement 83,10%, 85%, 58% et 79%. Cela s'expliquerait par le fait que dans ces études le diagnostic était posé cliniquement selon la définition de cas de l'OMS.

Parmi les patients inclus, 10,3% avaient des complications. Ceci témoignant d'un diagnostic assez tardif et/ou d'une prise en charge retardée par la polychimiothérapie. Cette proportion est inférieure à celle rapportée par des études menées au Bénin en 2018 et au Tchad en 2019 qui indiquent des taux respectifs de 32% et 19,05% [20].

Limites Et Force De l'étude

Limites: la nature rétrospective de la présente étude et la complétude des dossiers médicaux constitue

une limite majeure. Il est possible que certaines informations pertinentes n'aient pas été consignées de manière exhaustive, ce qui pourrait affecter la précision et la représentativité des données analysées.

De plus, c'est un travail unicentrique dont les résultats, bien que d'une importance majeure, ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population de Kinshasa en particulier et de la République Démocratique du Congo en général.

Forces: C'est l'une des rares études réalisées dans la ville province de Kinshasa. Elle permet d'actualiser les données sur ladite dermatose tropicale négligée en zone urbaine et ou urbanorurale de la République Démocratique du Congo, mais aussi aidera pour un diagnostic et une prise en charge plus précoces en vue non seulement d'éviter les complications y afférentes, mais aussi d'éradiquer réellement cette pathologie.

CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire le profil épidémiologique de la lèpre à l'Hôpital de la Rive, dans la Ville province de Kinshasa, sur une période de neuf ans. Les résultats soulignent la persistance de la lèpre dans la communauté et l'importance de sa surveillance continue ainsi que la mise en œuvre de stratégies de prévention et de traitement efficaces. Des mesures supplémentaires doivent être prises pour renforcer la sensibilisation, la détection précoce et la prise en charge appropriée des cas de lèpre.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées:

- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour promouvoir la détection précoce de la lèpre.
- Améliorer l'accès aux services de dépistage et de traitement de la lèpre dans la région.
- Former les professionnels de santé sur les dernières directives de diagnostic et de traitement de la lèpre.
- Renforcer la recherche sur les mécanismes de transmission de la lèpre et les facteurs de risque associés.
- Collaborer avec d'autres institutions et pays afin partager et d'améliorer les expériences pratiques dans la lutte contre la lèpre.

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. Britton WJ, Lockwood DNJ. Leprosy. *Lancet*. 2004;9416:1209–19.
2. Chen K-H, Lin C-Y, Su S-B, Chen K-T. Leprosy: a review of epidemiology, clinical diagnosis, and management. *Introduction: Leprosy, Epidemiology, Hôpital de la Rive, Kinshasa-Democratic Republic of the Congo*. *J Trop Med*. 2022;2022.
3. Gaüzère B-A, Aubry P. Histoire des épidémies et des endémoépidémies humaines dans le sud-ouest de l'océan Indien. *Med Sante Trop*. 2013;23:145–57.
4. WOH. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. *Wkly Epidemiol Rec Relev épidémiologique Hebd*. 2016;91:405–16.
5. Guillon M. Paléontologie de la lèpre, du III^e millénaire avant notre ère à nos jours: une véritable question de santé publique. In: *Archéologie de la santé, anthropologie du soin*. 2016:134–44.
6. James WD, Odom RB, Katzenstein A-LA. Cutaneous manifestations of lymphomatoid granulomatosis: report of 44 cases and a review of the literature. *Arch Dermatol*. 1981;117:196–202.
7. Soares RCR, de Carvalho AG, Luz JGG, Lucas ALZ, Ignotti E. Integrated control of neglected tropical diseases in Brazil: document review of a national campaign in light of WHO recommendations. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47.
8. WOH. Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2021–Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2021. *Wkly Epidemiol Rec Relev épidémiologique Hebd*. 2022;97:513–24.
9. OMS. Bureau régional de l'Afrique. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009: rapport biennal du Directeur régional. 2011.
10. Malassé AD, Cauche D. Des traces de boucherie aux outils lithiques de Masol (Pliocène supérieur, Inde du Nord). Une approche psychomotrice de l'origine et de l'identité des hominiens. *Anthropologie*. 2022;126:103070.
11. Fall L, Nsiah RT, Ndiaye M, Dioussé P, Niang SO. Suivis de 2019 à 2021 au centre hospitalier de l'ordre de malte de Dakar au Sénégal.
12. Bavenga CB, Linguissi LSG. Socio-demographic profiles of people living with leprosy-related disabilities in Kongo-Central, Democratic Republic of Congo. *Ann Africaines Med*. 2024;18:e5838–48.
13. Mondiale O. *Lèpre/Épidémiologie*. 2020;2017:1–64.
14. Niang SO, Diallo M, Ndiaye M, Diop A, Diatta BA, Wadih M, et al. Epidemiologic and clinicopathologic aspects of Leprosy in Dakar; evaluation of 73 new cases. *Dermatol Reports*. 2011;3:e18.
15. Mish E, Macdonald M RC et al. Human TLR1 deficiency is associated with impaired Mycobacterial signaling and protection from leprosy reversal reaction. *Plos Negl Trop Dis*. 2008;25:139–47.
16. Biya N et Mashako Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la lèpre à l'est de la République Démocratique du Congo. *Rev l'Ist-Goma/Rev Hig Inst Med Techn-Goma*. 2019;1:9.
17. WOH. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission–Situation de la lèpre (maladie de Hansen) dans le monde, 2021: vers l'interruption de la

- transmission. *Wkly Epidemiol Rec Relev épidémiologique Hebd.* 2022;97:429–50.
18. Keita M, Soumah MM, Toukara TM, Sylla AO, Diané B, Baldé H, et al. Nouveaux cas de lèpre au centre Macompo dans le district sanitaire de Dubréka (Guinée-Conakry). In: *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2017. Elsevier: S280.
 19. Gnimavo RS, Sopoh GE, Amoussouhoui A, Houezo J-G, Djossou P, Barogui YT, et al. Appellations de la lèpre dans les langues locales au benin et leurs conséquences en termes de stigmatisation des personnes affectées. 2018. *Les Cah du CBRST*:86.
 20. Mihimit Djibrine M., Cauchoix B. Mise en œuvre pilote au Tchad

d'une stratégie de dépistage avancée de la lèpre sur des districts ciblés. 19e International Leprosy Congress 2016, Book of Abstract P 709- 710; Beijing (Chine).

Copyright by René Odimba Tundanonga, 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.

Seborrheic dermatitis in hospitals in Lomé: epidemiological aspects and quality of life

Julienne Noude Teclessou¹, Aba Séfako Akakpo², Panawé Kassang³, Damipi Djamoine⁴, Abas Mouhari-Toure³, Bayaki Saka⁵, Koussake Kombate¹, Palokinam Pitche²

¹Dermatology Department, CHU Campus, Lomé. Faculty of Health Sciences University of Lomé, Togo, ²Dermatology Department, CHU Sylvanus Olympio. Faculty of Health Sciences University of Lomé, Togo, ³Dermatology Department, CHU Kara. Faculty of Health Sciences University of Kara, Togo, ⁴Dermatology Department, CHU Campus, Togo, ⁵Dermatology Department, CHR Tsévié. Faculty of Health Sciences University of Lomé, Togo

Corresponding author: Panawé Kassang, MD, E-mail: panawekassang@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Seborrheic dermatitis (SD) is a chronic, recurrent and common inflammatory dermatosis. The aim of this study was to describe the prevalence and factors associated with SD and to assess the quality of life of patients in Lomé. **Patients and method:** This was a descriptive study with prospective collection that took place in public dermatology departments in Lomé from January 1, 2021 to December 31, 2022. DS severity was assessed with the SEDASI (Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index) score; stress with the Perceived Stress Scale (PSS) score and quality of life with the DLQI (Dermatology Life Quality Index). Data analysis was performed using EPI Info 7.2.5.0 software. **Results:** A total of 113 (3.2%) of the 3,590 patients seen in consultation had DS. The mean age of patients was 30.4 ± 11.7 years, with a sex ratio of 1.6. Lesions were pruritic in 77%; erythematous (87.6%) and scaly (81.3%), and mainly located in the nasolabial fold (78.8%). DS was mild in 78.8%. Also, 55.7% had a high degree of stress. DS had an impact on quality of life, mainly in the area of leisure/social activities (17.8%), and 30.7% felt embarrassed or lacked confidence because of their dermatosis. **Conclusion:** DS is common in Lomé hospitals. Although not severe, it impairs patients' quality of life. Hence the importance of psychological care for patients.

Key words: Seborrheic dermatitis, Stress, Quality of life, Lomé.

How to cite this article: Teclessou JN, Akakpo AS, Kassang P, Djamoine D, Mouhari-Toure A, Saka B, Kombate K, Pitche P. Seborrheic dermatitis in hospitals in Lomé: epidemiological aspects and quality of life. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):66-72.

Submission: 31.07.2025; **Acceptance:** 14.09.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.5

Dermatite séborrhéique en milieu hospitalier à Lomé: aspects épidémiologiques et qualité de vie

Julienne Noude Teclessou¹, Abia Séfako Akakpo², Panawé Kassang³, Damipi Djamoine⁴, Abas Mouhari-Toure³, Bayaki Saka⁵, Koussake Kombate¹, Palokinam Pitche²

¹Dermatology Department, CHU Campus, Lomé. Faculty of Health Sciences University of Lomé, Togo, ²Dermatology Department, CHU Sylvanus Olympio. Faculty of Health Sciences University of Lomé, Togo, ³Dermatology Department, CHU Kara. Faculty of Health Sciences University of Kara, Togo, ⁴Dermatology Department, CHU Campus, Togo, ⁵Dermatology Department, CHR Tsévié. Faculty of Health Sciences University of Lomé, Togo

Corresponding author: Panawé Kassang, MD, E-mail: panawekassang@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: La dermatite séborrhéique (DS) est une dermatose inflammatoire chronique, récidivante, et courante. Le but de cette étude était de décrire la prévalence et les facteurs associés à la DS et d'évaluer la qualité de vie des patients à Lomé. **Patients et méthode:** Il s'agissait d'une étude descriptive avec collecte prospective qui s'est déroulée dans les services publics de dermatologie à Lomé du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022. La sévérité de la DS été évalué avec le score SEDASI (Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index); le stress avec le score Perceived Stress Scale (PSS) et la qualité de vie avec le DLQI (Dermatology Life Quality Index). L'analyse des données a été faite avec le logiciel EPI Info 7.2.5.0. **Résultats:** Au total, 113 (3,2%) des 3590 patients vus en consultation avaient une DS. L'âge moyen des patients était de $30,4 \pm 11,7$ ans et le sex-ratio 1,6. Les lésions étaient prurigineuses chez 77%; érythémateuses (87,6%) squameuses (81,3%) et siégeaient principalement au sillon naso-génien (78,8 %). La DS était légère chez 78,8%. Aussi, 55,7 % avaient un degré de stress élevé. La DS avait impacté la qualité de vie essentiellement dans le domaine de loisir/activité sociale (17,8 %) et 30,7 % avaient un embarras ou manque de confiance à cause de leur dermatose. **Conclusion:** La DS est fréquente en milieu hospitalier à Lomé. Bien que peu sévère, Elle altère la qualité de vie des patients. D'où l'importance d'une prise en charge psychologique des patients.

Mots clés: Dermatite séborrhéique, Stress, Qualité de vie, Lomé.

INTRODUCTION

La dermatite séborrhéique (DS) est une maladie cutanée inflammatoire courante, chronique et récidivante, évoluant par poussées et rémissions, et qui touche préférentiellement les zones séborrhéiques [1-3]. Elle touche tous les milieux socioéconomiques et peut survenir à n'importe quel âge [4,5]. En Afrique sa prévalence varie entre 1,61% à 2,37% selon les séries [6,7]. Plusieurs facteurs sont impliqués dans le déclenchement et ou l'aggravation de la DS notamment l'hyperséborrhée, le stress. Des événements stressants précèdent les poussées de la DS [8,9]; et la gestion du stress pourrait apporter une amélioration des

lésions [8,10] selon plusieurs auteurs. Par ailleurs, la DS peut être source de stress selon certains auteurs du fait de son caractère affichant, notamment lorsque le visage est atteint [11]. L'infection par le VIH apparaît également comme une comorbidité de la DS [12,13]. Compte tenu de la chronicité de la DS et de ces sièges de prédilection sur les zones découvertes (visage, décolletés), elle peut altérer la qualité de vie des patients [1,14-16]. Au Togo à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur la DS. Toutefois, dans une étude réalisée sur les affections opportunistes du VIH/SIDA, la DS représentait 6,66 % de ces affections opportunistes [17]. Le but de cette étude était de décrire la prévalence et les facteurs associés à la DS

How to cite this article: Teclessou JN, Akakpo AS, Kassang P, Djamoine D, Mouhari-Toure A, Saka B, Kombate K, Pitche P. Dermatite séborrhéique en milieu hospitalier à Lomé: aspects épidémiologiques et qualité de vie. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):66-72.

Submission: 31.07.2025; **Acceptance:** 14.09.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.5

et évaluer la qualité de vie des patients en milieu hospitalier à Lomé (Togo).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive avec recueil de données prospective qui s'est déroulée dans les services de dermatologie du centre hospitalier universitaire campus et du centre de dermatologie de Gbossimé à Lomé du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022.

Le CHU campus est un hôpital de référence niveau trois de la pyramide sanitaire à trois niveaux du Togo. Le service de dermatologie du CHU campus est une unité de prestations de soins, de formations et de recherche scientifique en dermatologie. Le centre de dermatologie de Gbossimé est un centre de prestations de soins en santé publique et communautaire qui abrite dans ses locaux un service de dermatologie s'occupant uniquement des consultations dermatologique, le programme national de lutte contre la lèpre et une association allemande d'aide aux lépreux et tuberculeux: la DAHW (*Deutsche Lepra-und Tuberkulosehilfe e.V.*). Les activités du service de dermatologie de Gbossimé sont assurées par le personnel du service de dermatologie du CHU Campus.

Ont été inclus dans l'étude, tout patient vu en consultation dans l'un des deux centres et chez qui le diagnostic de DS a été posé par un dermatologue. Les principales variables étudiées étaient sociodémographique (âge, sexe, niveau d'instruction); clinique (antécédents, durée d'évolution des symptômes, signe fonctionnel, lésions élémentaires et leurs sièges, sévérité de la DS) et paracliniques (sérologie VIH, taux de CD4). L'évaluation de la sévérité de la DS a été faite en utilisant le score SEDASI (Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index) tenant compte des lésions élémentaires (l'érythème, la desquamation), la surface atteinte, l'étendue des lésions [17]. La DS était légère si le SEDASI compris entre 1-14; DS modérée si 15-29; DS sévère si SEDASI compris entre 30-44; et DS très sévère si SEDASI supérieur à 45. Le questionnaire DLQI (Dermatology Life Quality Index) a été utilisé pour l'évaluation de la qualité de vie. Nous avons exclu de l'analyse de la qualité de vie les patients présentant une autre pathologie chronique sans rapport avec la DS et pouvant également altéré leur qualité de vie. Le score PSS (Perceived Stress Scale) a été utilisé pour l'évaluation du stress [8]. Il s'agit d'un questionnaire à 14 volets sur le stress et l'impact social des dermatoses.

Les scores individuels sur le PSS peuvent varier de 0 à 40, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé.

Interprétation du score PSS:

- Les scores allant de 0 à 13 seraient considérés comme un stress faible.
- Les scores de 14 à 26 seraient considérés comme un stress modéré.
- Les scores de 27 à 40 seraient considérés comme un stress perçu élevé.

L'analyse statistique s'est faite avec le logiciel EPI Info version 7.2.5.0. L'analyse uni-variée a été réalisée entre la présence de la DS et les différents facteurs pouvant l'influencer. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

DISPOSITIONS ÉTHIQUES

Le consentement verbal des participants était obtenu. Le traitement et l'analyse des données a été anonyme.

RESULTATS

Au total, sur les 3590 patients vus en consultation dermatologique, 113 avaient une DS soit une fréquence de 3,2%. L'âge moyen des patients était de $30,4 \pm 11,7$ ans avec des extrêmes allant de 12 à 90 ans. Plus de la moitié (74,3%) étaient âgés de 20 à 40 ans (tableau I). La majorité des patients (61,1 %) était de sexe masculin, avec un sex-ratio H/F = 1,6. La durée moyenne de l'évolution de la maladie avant la consultation était de $17,6 \pm 17$ jours (extrêmes: 1 et 72 jours). Des antécédents pathologiques étaient retrouvés chez 10 (8,8%) patients dont principalement l'infection au VIH (4), et l'hépatite virale B active (3). Soixante-douze patients (63,8 %) avaient un IMC normal (Tableau I). Le prurit était le signe fonctionnel prédominant (77% des patients). Sur le plan clinique, l'érythème était présent chez 87,6 % des patients et les squames chez 81,3%. L'atteinte du sillon naso-génien était le principal siège (78,8 %), suivi respectivement du cuir chevelu (60,2 %) et du décolleté antérieur (54 %) (Tableau I).

Sévérité de la dermatite séborrhéique: score SEDASI

Quatre-vingt-treize (82,3 %) patients avaient une surface atteinte comprise entre 1 et 10 %. La majorité des patients 89 (78,8 %) avaient une DS légère et seul 1 (0,9 %) avait une DS sévère (tableau I). Aussi,

Tableau 1: Aspects clinique, sévérité et perception du stress au cours de la dermatite séborrhéique en milieu hospitalier à Lomé de 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022

	N	%
Signes fonctionnels		
Prurit	87	77
Picotement	5	4,4
Douleur	1	0,9
Sensation de brûlure	1	0,9
Tiraillement	1	0,9
Lésions élémentaires		
Erythème	99	87,6
Squames	87	81,3
Papules	64	56,6
Hyperséborrhée	52	46,0
Macules hyperpigmentée	45	39,8
Sièges des lésions		
Sillon naso-génien	89	78,8
Cuir chevelu	68	60,2
Décolleté antérieur	61	54,0
Décolleté postérieur	47	41,6
Gouttière vertébrale	43	38,1
Visage	42	37,2
Pavillon des oreilles	32	28,3
Cou	29	25,7
Pubis	18	15,9
Tout le tronc	12	10,6
Surface atteinte selon SEDASI		
1 à 10%	93	82,3
11 à 20%	6	5,3
21-35%	2	1,8
36-50%	4	3,5
51-75%	2	1,8
76-100%	5	4,4
Score SEDASI		
Léger (1-14)	89	78,8
Modéré (15-29)	23	20,3
Sévère (30-44)	1	0,9
Score PSS-14		
Stress faible (0-13)	0	0,0
Stress modéré (14-26)	9	8,0
Stress élevé (27-40)	63	55,7
Stress très élevé (≥ 41)	41	36,3

57 patients ayant un IMC normal avaient une DS légère; alors que 15 patients ayant un IMC normal avaient une DS modérée selon le score de SEDASI. Il n'y avait pas d'association significative entre la sévérité de la DS et l'IMC ($p = 0,14$) (tableau 2).

Statut sérologique au VIH

Quatre des 113 patients étaient connus vivants avec le VIH (PVVIH), tous sous traitement anti rétroviral avant l'enquête. Aussi, 41 (37,6%) des 109 patients ne connaissant pas leur statut sérologique avaient accepté de la réaliser conduisant à 45/113 le nombre de patient ayant réalisé au moins une fois la sérologie VIH. Sur ces 41 patients ayant accepté réaliser leur sérologie,

Tableau 2: lien entre la sévérité de la dermatite séborrhéique et facteurs de risques chez les patients en milieu hospitalier à Lomé entre 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022

	SEDASI			
	Léger (1-14)	Modéré (15-29)	Sévère (30-44)	
IMC				
Maigre (< 18,5)	5 (4,4)	1 (0,9)	0 (0)	$P = 0,14$
IMC normal (18,5 à 25)	57 (50,5)	15 (13,2)	0 (0)	
Surpoids (25 à 30)	20 (17,7)	5 (4,4)	0 (0)	
Obésité (> 30)	7 (6,2)	2 (1,8)	1 (0,9)	
Infection au VIH				
Sérologie VIH positive	5 (4,5)	3 (2,6)	1 (0,9)	$P = 0,07$
Sérologie VIH négatif	84 (74,3)	20 (17,7)	0 (0)	
Score PSS-14				
Stress modéré (14-26)	9 (8)	0 (0)	0 (0)	$P = 0,32$
Stress élevé (27-40)	48 (42,5)	15 (13,2)	0 (0)	
Stress très élevé (≥ 41)	32 (28,3)	8 (7,1)	1 (0,9)	
Qualité de vie				
Aucun effet (0-1)	5 (4,9)	3 (3)	0 (0)	$p = 0,14$
Faible effet (2-5)	35 (34,7)	5 (4,9)	0 (0)	
Effet modéré (6-10)	20 (19,8)	7 (6,9)	0 (0)	
Effet important (11-20)	16 (15,9)	8 (7,9)	0 (0)	
Effet extrêmement important (21-30)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	

5 (12,2 %) avaient une sérologie rétrovirale positive au VIH1. Cinq PVVIH avaient un score de SEDASI léger. Il n'y avait pas d'association significative entre le statut sérologique et la sévérité de la DS ($p = 0,07$) (Tableau 2).

Degré de perception du stress par les patients selon le score PSS-14

Le stress était perçu par tous les patients, modéré à très élevé. En effet, 63 (55,7%) patients avaient un degré de stress élevé et 41 (36,3%) avaient un degré de stress très élevé (Tableau 1). Trente-deux (28,3%) patients ayant un score PSS-14 très élevé avaient un score de SEDASI léger; alors que 8 (7,1%) patients ayant un score PSS-14 très élevé avaient un score de SEDASI modéré. Il n'y avait pas d'association significative entre la sévérité de la DS et le degré de stress perçu par les patients ($p = 0,32$) (Tableau 2). Aucune association significative n'est notée entre la sévérité de la DS et les sièges au visage ($p = 0,49$) au cuir chevelu ($p = 0,83$) au décolleté antérieur ($p = 0,34$) ou décolleté postérieur ($p = 0,64$) de la DS.

Qualité de vie

Au cours des sept derniers jours avant la consultation, l'état de la peau avait influencé énormément le choix des vêtements de 5,9% des patients. Aussi, 30,7% avaient beaucoup un embarras ou manque de confiance

à cause de l'état de leur peau; et 17,8% avaient vu leur loisir ou activités sociale beaucoup impacté par l'état de leur peau (Tableau 3).

Vingt-cinq (24,8%) patients avaient une altération importante de la qualité de leur vie et 39,6% une altération faible de la qualité de vie.

35 patients ayant un faible effet de la DS sur la qualité de vie avaient un score de SEDASI léger; alors que 5 (4,9%) patients ayant un faible effet avaient un score de SEDASI modéré. Il n'y avait pas d'association significative entre la sévérité de la DS et la qualité de vie des patients ($p = 0,143$) (Tableau 2).

DISCUSSION

Cette étude nous permet de rapporter une prévalence hospitalière de la DS de 3,2% avec une fréquence relativement élevée chez les patients de sexe masculin. L'atteinte du sillon naso-génien était le principal siège (78,8%) suivi du cuir chevelu (60,2%). La DS était de sévérité légère et modérée chez respectivement 78,8 % et 20,3% des patients selon le score SEDASI. Elle avait un effet modéré à important sur la qualité de vie chez respectivement 26,7% et 24,8% des patients. Le stress perçu était élevé chez 42,5% des patients et très élevé chez 28,3% des patients ayant tous la DS légère selon le score de PSS-14. L'altération de la qualité de vie et le degré de stress ressenti n'était pas lié à la sévérité de la DS. Notre étude comporte des limites notamment le refus de certains patients à réaliser la sérologie rétrovirale.

Nous avons rapporté une fréquence hospitalière de la DS de 3,2%. En 2019 à Dakar, Diop *et al* avait rapporté une fréquence hospitalière de 1,61% [6]. La DS semble donc plus fréquente en milieu hospitalier à Lomé. Une prédominance masculine a été rapportée dans notre étude avec un sexe ratio H/F de 1,6. Par contre Diop *et al* au Sénégal avaient rapporté une prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,2 [6].

Seul 8,8% étaient obèses et 2 patients avaient une hypertension artérielle. Dans l'étude comparative de Fakhir *et al* aucune association significative n'était observée entre la DS et les comorbidités telle que l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète de type 2 [18]. La sérologie VIH était positive chez 20% des patients l'ayant réalisé. La DS fait partie des affections cutanées mineures qui déterminent le stade 2 de la classification clinique de l'infection par le VIH de l'OMS. La DS avait été rapportée comme affection opportuniste du VIH chez 6,66 % des patients dans une étude en 1995 au Togo [14]. Au Sénégal, la sérologie VIH était négative chez 97% des patients l'ayant réalisé [6].

La majorité des patients avaient une DS légère 78,8% à modérée 20,3%. A notre connaissance aucune étude en Afrique subsaharienne n'a évalué la sévérité de la DS. Cependant Tonini S *et al*, en 2009 en France avait rapporté 41% de DS légère, 18% de DS modérée [19]. Les cas de DS rapportés dans notre étude semblent moins sévères; ceci peut s'expliquer par le climat très ensoleillé.

Tableau 3: Répartition des patients souffrant de la dermatite séborrhéique selon la qualité de vie

	Enormément n(%)	Beaucoup n (%)	Un peu n (%)	Pas du tout n (%)	Non concerné n (%)
vos problèmes de peau vous a-t-elle dérangé ou piqué ou bien avez-vous ressenti des irritations ou de la douleur ?	12 (11,9)	36 (35,6)	32 (31,7)	17 (16,8)	4 (4)
L'état de votre peau a-t-il été la cause d'un certain embarras ou d'un manque d'assurance ?	8 (7,9)	31 (30,7)	23 (23,8)	29 (28,7)	9 (8,9)
L'état de votre peau vous a-t-il gêné pour faire vos courses ou vous occuper de votre domicile ou de votre jardin ?	8 (7,9)	20 (19,8)	22 (21,8)	49 (48,5)	6 (5,9)
L'état de votre peau a-t-il influencé le choix de vos vêtements ?	6 (5,9)	8 (7,9)	21 (20,8)	63 (62,4)	4 (4,0)
L'état de votre peau a-t-il eu un impact sur vos activités sociales ou de loisirs ?	8 (7,9)	18 (17,8)	31 (30,7)	43 (42,6)	4 (4,0)
L'état de votre peau a-t-il rendu difficile la pratique d'un sport ?	1 (1,0)	7 (6,9)	9 (8,9)	80 (79,2)	4 (4,0)
L'état de votre peau vous a-t-il empêché de travailler ou d'étudier ?	1 (1)	7 (6,9)	9 (8,9)	80 (79,2)	4 (4)
Non : au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il été un problème au travail ou dans vos études ?	26 (25,7)	6 (5,9)	23 (22,8)	50 (49,5)	0 (0,0)
L'état de votre peau a-t-il été à l'origine de difficultés avec votre compagnon (compagne), vos amis proches ou les membres de votre famille ?	4 (4,0)	16 (15,8)	22 (21,8)	50 (49,5)	13 (12,9)
L'état de votre peau a-t-il engendré des difficultés d'ordre sexuel ?	1 (1,0)	6 (5,9)	13 (12,9)	70 (69,3)	15 (14,8)
Votre traitement pour la peau a-t-il causé des problèmes ? Par exemple, a-t-il eu un impact sur l'ordre ou la propreté de la maison ? Ou bien, le traitement prend-il trop de temps ?	1 (1,0)	9 (8,9)	20 (19,8)	44 (43,7)	33 (32,7)

Le stress était présent chez tous les patients, élevé et très élevé chez respectivement 55,7% et 36,3% des patients. Des événements stressants ont été rapporté souvent comme précédant les poussées de DS et le stress serait un facteur pronostique péjoratif de la DS [9]. Nous n'avons noté aucune association significative entre le siège de la DS et le stress contrairement à Diop A *et al*, à Dakar avait rapporté une relation significative entre la localisation de la DS et le stress [6]. Bien que la majorité des cas de DS dans notre étude soit des formes légères à modéré, le stress reste présent et ressentit à un degré élevé voir très élevé. Notre étude renforce donc l'hypothèse selon laquelle le stress est un facteur déclenchant de la DS ou de ces poussées mais sans effet significatif sur la sévérité de l'affection.

Un quart (24,8%) des patients avaient une altération importante de la qualité de leur vie. L'embaras et le manque de confiance d'une part, les loisirs ou activités sociales d'autre part ont été les domaines de la qualité de vie les plus influencé par la DS dans notre étude. Plusieurs auteurs avaient rapportés des difficultés dans le choix des vêtements, des difficultés de concentration au cours des activités quotidiennes ou lors des études mais aussi des difficultés lors des activités sexuelle [15,20,22].

La DS constitue une affection chronique qui influe de manière variable la qualité de vie des patients. D'où la nécessité d'une bonne prise en charge et même d'un accompagnement psychologique des patients

CONCLUSION

La DS constitue une affection fréquente en milieu hospitalier à Lomé principalement chez les sujets de sexe masculin. Bien que de sévérité légère à modéré dans la majorité des cas, le stress est présent chez tous les patients et perçu de façon sévère voir très sévère; et l'affection altère la qualité de vie chez plus de la moitié des patients dans des domaines social, loisir ou par manque de confiance en soi. Il importe d'associer un volet psychologique dans la prise en charge des patients atteints de DS.

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

- Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: Etiology, risk factors, and treatments: Facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013;31:343-51.
- Quéreux G. Dermatite séborrhéique. *EMC - Dermatol-Cosmétologie*. 2005;2:147-59.
- Quéreux G, Dréno B, Chosidow O. [Treatment of seborrheic dermatitis]. *Ann Dermatol Venerol*. 2004;131:130-4.
- De Avelar Breunig J, de Almeida Jr HL, Duquia RP, Souza PRM, Staub HL. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. *Int J Dermatol*. 2012;51:46-9.
- Gupta A, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18:13-26.
- Diop A, Chairat A, Ndiaye MT, Seck B, Diop K, *et al*. Profil épidémiologique et facteurs associés à la dermatite séborrhéique chez l'adulte à Dakar. *Ann Dermatol Vénérolog*. 2019;146:242.
- Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Consoli SG, *et al*. Stress et dermatite séborrhéique. *Ann Dermatol Vénérolog*. 2007;134:833-7.
- Lesage FX, Berjot S, Deschamps F. Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *Int J Occup Med Environ Health*. 2012;25:178-84.
- Rodriguez-Vallecillo E, Woodbury-Fariña MA. Dermatological Manifestations of Stress in Normal and Psychiatric Populations. *Psychiatr Clin North Am*. 2014;37:625-51.
- Korabel H, Grabski B, Dudek D, Jaworek A, Gierowski J, *et al*. Stress coping mechanisms in patients with chronic dermatoses. *Arch Psychiatry Psychother*. 2013;15:33-9.
- Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, *et al*. Seborrheic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2011;86:1061-71.
- Mahé A, Boulais C, Blanc L, Kéita S, Bobin P. Seborrheic dermatitis as a revealing feature of HIV infection in Bamako, Mali. *Int J Dermatol*. 1994;33:601-2.
- Williams H, Bigby M, Diepgen T, Herxheimer A, Naldi L, *et al*. Evidence-based dermatology. John Wiley & Sons, 2009:740.
- Pitche P, Tchangaï-Walla K, Napo-Koura G, Mijiyawa M, Agbere A, Tatagan A. Prevalence of skin manifestations in AIDS patients in the Lome-Tokoin University Hospital (Togo). *Sante*. 1995;5:349-52.
- Peyri J, Lleonart M; Grupo español del Estudio SEBDERM. [Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis]. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:476-82.
- Szepietowski JC, Reich A, Wesolowska-Szepietowska E, Baran E; National Quality of Life in Dermatology Group. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses*. 2009;52:357-63.
- Micali G, Dall'Oglio F, Tedeschi A, Dirschka T. A new proposed severity score for seborrheic dermatitis of the face: SEborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SEDASI). *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:1001-710.
- Fakih, A, Hajjar N, Torbey G, Mansour N, El Sayed F. Comorbidités associées à la dermatite séborrhéique. *Ann Dermatol Vénérolog*. 2019;146:A207-8.
- Tonini S. Les pellicules du cuir chevelu, une forme clinique de dermite séborrhéique », sciences pharmaceutiques. PhD Thesis, UHP-Université Henri Poincaré Lorraine; 2009, 170.
- Araya M, Kulthanan K, Jiamton S. Clinical characteristics and quality

- of life of seborrheic dermatitis patients in a tropical country. *Indian J Dermatol.* 2015;60:519.
21. Chen SC, Yeung J, Chren MM. Scalpdex: a quality-of-life instrument for scalp dermatitis. *Arch Dermatol.* 2002;138:803-7.
 22. Xuan M, Lu C, He Z. Clinical characteristics and quality of life in seborrheic dermatitis patients: a cross-sectional study in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18:308.

Copyright by Julienne Noudé Teclessou, 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.

Body mass index and acne among Congolese students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

Francine Mambulu Makembi¹, Lydie Joelle Seudjip Nono¹, Raphael Makanzu², Emmanuel Armand Kouotou³, Adama Traoré⁴, Paulo Bunga Muntu⁵

¹Dermatology Unit, Specialty Department, University Clinics of Kinshasa, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, ²Pediatrics Department, Saint Luc Hospital in Kisantu, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, ³University Hospital Center, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé I, Cameroon, ⁴Dermatology Department, Yalgado Ouedraogo University Hospital Center, University of Ouagadougou, Burkina Faso, ⁵Department of Pediatrics, University Clinics of Kinshasa, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

Corresponding author: Lydie Joelle Seudjip Nono, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

ABSTRACT

Background and Objective: Acne is a common inflammatory dermatosis in adolescents, influenced by multiple factors (hormonal, genetic, environmental, and nutritional) and known to affect quality of life. This study aimed to explore the potential association between body mass index (BMI) and acne among adolescents in Kinshasa, where available data remain scarce. **Methods:** This was an analytical and descriptive study conducted from March to December 2023 (nine months) in four randomly selected secondary schools in Kinshasa. Eligible participants were students aged 10 to 19 years, enrolled in the selected schools, who provided verbal assent and whose parents gave informed consent. Descriptive and bivariate analyses were performed using SPSS v.20 and Epi Info v.7. The value of $p < 0.05$ was considered the threshold for statistical significance. **Results:** The prevalence of acne among adolescents was 72%, with a female predominance (64.8%) and a higher frequency after age 15 (43%). Most cases started around age 14 (33.3%), with a slight male predominance (51.38%). The duration of acne exceeded one year in 60% of cases. A family history of acne was reported in 38.66% of participants. The use of cosmetic products and puberty were significantly associated with acne, unlike dietary habits. Acne type and BMI differed significantly by sex ($p=0.0006$ and $p=0.009$): retention and inflammatory acne were more common in females (54.82% and 70.18%), while obesity was associated with severe acne (grade 3) in males (100%). BMI was significantly correlated with acne severity in both sexes ($p<0.05$). **Conclusion:** Body mass index, regardless of its value, is associated with acne severity in adolescents. A holistic and multidisciplinary management approach may help improve the quality of life of affected students.

Key words: Acne, Body Mass Index, Adolescents, Kinshasa.

How to cite this article: Mambulu Makembi F, Seudjip Nono LJ, Makanzu R, Kouotou EA, Traoré A, Bunga Muntu P. Body mass index and acne among Congolese students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Our Dermatol Online*. 2025;16(Supp. 3):73-81.

Submission: 24.08.2025; **Acceptance:** 19.09.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.6

Indice de masse corporelle et acné chez les élèves congolais à Kinshasa, République Démocratique du Congo

Francine Mambulu Makembi¹, Lydie Joelle Seudjip Nono¹, Raphael Makanzu², Emmanuel Armand Kouotou³, Adama Traoré⁴, Paulo Bunga Muntu⁵

¹Dermatology Unit, Specialty Department, University Clinics of Kinshasa, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, ²Pediatrics Department, Saint Luc Hospital in Kisantu, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, ³University Hospital Center, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé I, Cameroon, ⁴Dermatology Department, Yalgado Ouedraogo University Hospital Center, University of Ouagadougou, Burkina Faso, ⁵Department of Pediatrics, University Clinics of Kinshasa, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

Corresponding author: Lydie Joelle Seudjip Nono, MD, E-mail: seupiziemi@gmail.com

RÉSUMÉ

Contexte et objectif: L'acné est une dermatose inflammatoire fréquente chez les adolescents, influencée par des facteurs multiples (hormonaux, génétiques, environnementaux et nutritionnels) et susceptibles d'altérer la qualité de vie. La présente étude visait à explorer l'éventuelle association entre l'indice de masse corporelle et l'acné chez les adolescents à Kinshasa où les données y relatives sont rares. **Méthodes:** Il s'agissait d'une étude analytique et descriptive réalisée de mars à décembre 2023, soit neuf mois, dans quatre établissements scolaires de la ville province de Kinshasa, choisis de façon aléatoire. Étaient inclus tous élèves âgés de 10 à 19 ans inscrits dans les écoles retenues, après obtention de leur assentiment verbal et du consentement éclairé parental. Les analyses descriptives et bivariées ont été réalisées avec les logiciels SPSS v.20 et Epi info v.7. La valeur de $p < 0,05$ était considérée comme seuil de significativité statistique. **Résultats:** La prévalence de l'acné chez l'adolescent était de 72% avec une prédominance féminine (64,8%) et une fréquence plus élevée après 15 ans (43%). La plupart d'enfants débutaient leur acné à 14 ans (33,3%) avec une légère majorité masculine (51,38%). La durée d'évolution dépassait six mois chez 60% d'adolescents. Les antécédents familiaux d'acné concernaient 38,66% des cas. L'utilisation d'un topique cosmétique et la puberté étaient très significativement liées à la survenue de l'acné, contrairement au type d'alimentation. Le type d'acné et l'IMC différaient selon le sexe ($p=0,0006$; $p=0,009$): l'acné rétentionnelle et inflammatoire était plus fréquente chez les filles (54,82% et 70,18%), tandis que l'obésité était liée à l'acné sévère (grade 3) chez les garçons (100%). L'IMC était significativement associé à la sévérité de l'acné dans les deux sexes ($p < 0,05$). **Conclusion:** L'indice de masse corporelle, quelle que soit sa valeur est associé à la sévérité de l'acné chez l'adolescent. Une prise en charge holistique et pluridisciplinaire pourrait améliorer la qualité de vie des élèves concernés.

Mots clés: Acné, Indice de masse corporelle, Adolescents, Kinshasa – République Démocratique du Congo.

INTRODUCTION

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique fréquente, touchant principalement les adolescents à la puberté dans 70 à 90% des cas [1]. Elle apparaît sous l'effet de facteurs hormonaux, génétiques, environnementaux et nutritionnels. Bien qu'elle ne

soit pas une menace vitale, elle a un fort retentissement psychosocial, pouvant altérer la qualité de vie, l'estime de soi et entraîner des troubles psychologiques, en particulier chez les jeunes [2].

Dans plusieurs pays d'Afrique sub-Saharienne, la santé des adolescents reste un domaine relativement

How to cite this article: Mambulu Makembi F, Seudjip Nono LJ, Makanzu R, Kouotou EA, Traoré A, Bunga Muntu P. Indice de masse corporelle et acné chez les élèves congolais à Kinshasa, République Démocratique du Congo. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):73-81.

Submission: 24.08.2025; **Acceptance:** 19.09.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.6

peu exploré, notamment sur le plan dermatologique. Par ailleurs, l'état nutritionnel de ceux-ci, évalué par l'indice de masse corporelle (IMC) constitue un autre enjeu majeur de santé publique. On observe une croissance des taux de malnutrition notamment en milieu urbain [3,4]. Ce déséquilibre sur le plan nutritionnel peut influencer le développement et l'évolution des pathologies telles que l'acné.

Les données de la littérature ont relevé une association entre certains comportements alimentaires (excès de produits laitiers, aliments à index glycémique élevé, graisses saturées), le statut pondéral et la sévérité de l'acné. L'hyperinsulinémie et l'inflammation chronique de bas grade observées dans le surpoids et l'obésité pourraient stimuler l'activité sébacée et favoriser les lésions acnéiques [5]. D'autres mécanismes impliqués incluent l'augmentation des androgènes circulants, la libération de cytokines inflammatoires, et les déséquilibres du microbiote cutané [6]. Toutefois, les résultats restent contradictoires: certaines études n'ont pas trouvé de lien significatif entre IMC et acné [7, 8], ce qui suggère une influence multifactorielle incluant la génétique, le mode de vie et l'alimentation.

Cependant, les données sont quasi inexistantes en République Démocratique du Congo, sur la relation entre état nutritionnel et acné chez les adolescents. L'objectif de cette étude est de déterminer une éventuelle association entre l'indice de masse corporelle et l'acné chez les adolescents à Kinshasa.

METHODES

Nature, Durée Et Lieu D'étude

Il s'agissait d'une étude analytique et descriptive réalisée de mars à décembre 2023, soit 9 mois, dans 4 établissements scolaires de la ville province de Kinshasa, choisis de façon aléatoire.

Echantillonnage

Taille de l'échantillonnage

La taille de l'échantillon était calculée à partir de la formule de Fisher [9]:

$$n \geq Z^2 \cdot x(p) \cdot (1-p)/d^2$$

n = Taille de l'échantillon; z = 1,96 (coefficient de confiance); p = prévalence antérieure; d = 0,05 (marge

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

Nous avons retenu 58 % comme fréquence des dermatoses aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, probabilité cumulée des études de Nduhura et al. [10]. La taille d'échantillon calculée était $n \geq (1,96)^2 \times 0,58 \times 0,42 / (0,05)^2 = 374$. En y incorporant les 10% de non répondants, la taille de l'échantillon finale était de 412.

Sélection des patients

- Etaient inclus, les adolescents présentant des lésions d'acné, ayant donné leur accord après entretien avec différentes autorités scolaires; et dont l'âge varie de 10 à 19ans;
- Etaient exclus, tout adolescent présentant des lésions d'acné, n'ayant pas donné son accord après entretien avec différentes autorités scolaires;
- Etaient non inclus, des adolescents ne présentant pas des lésions d'acné.

Sélection des écoles

Tenant compte de la localisation des communes et des moyens nécessaires pour la récolte des données, nous avons procédé à un choix aléatoire de 4 écoles dans 4 différentes communes de la ville province de Kinshasa.

Description Des Écoles

Les 4 écoles concernées dans cette étude sont les complexes scolaires la Colombe, Divine miséricorde, Nsingi et le lycée Mwindi.

Le CS la Colombe est située dans la commune de Ngaliema, au quartier Lukunga sur l'avenue Manono N°5. Il reçoit 540 élèves. Il organise les cycles maternel, primaire et secondaire. Il compte 17 salles avec 30 élèves par salle et compte 19 enseignants.

Le CS la Divine miséricorde est situé dans la commune de mont ngafula, au quartier cité maman Mobutu. Il reçoit 470 élèves répartis dans les cycles maternel, primaire et secondaire. Il compte 16 salles avec 29 élèves par salle et compte 15 enseignants.

Le complexe scolaire Nsingi est situé dans la commune de Selembao, derrière l'hôpital général de référence de Makala. Il accueille 700 élèves pour 14 salles dont un effectif de 50 élèves dans chacune. Le Lycée Mwindi quant à lui est situé dans la commune de Kimbaseke,

au quartier Kakudji., Il reçoit 365 élèves répartis dans 14 salles et compte 17 enseignants.

Choix Des Classes

Tenant compte de la tranche d'âge concernée dans notre étude (10-19ans), le choix aléatoire des classes était porté sur les élèves de 8 différentes classes à savoir: 5^{ème} et 6^{ème} années primaires; 7^{ème} et 8^{ème} années secondaires; de 1^{ère} à la 4^{ème} années des humanités.

Notre échantillonnage était reparti comme suit: 104 élèves au CS la Colombe, soit 13 élèves/classe; 108 élèves au CS Divine miséricorde, soit 18 élèves/classe de la 7^{ème} année secondaire à la 4^{ème} année des humanités; 100 élèves par école pour les 2 dernières autres écoles dans les classes allant de la 7^{ème} année secondaire jusqu'à la 3^{ème} année des humanités.

Déroulement de L'étude

Nous avons commencé par une prise de contact avec les différentes autorités des différentes écoles et ensemble avons décidé du jour de la récolte des différentes données. Deux fiches d'enquête et d'informations pré-établies étaient remises aux élèves, mais destinées aux parents ou tuteurs afin d'obtenir leur consentement éclairé et écrit. L'examen était réalisé par la suite auprès des élèves répondant aux critères d'inclusion et ayant donné leur assentiment verbal. Les données recueillies étaient portées sur les fiche d'enquête conçues à cet effet.

Variables D'intérêt

Les paramètres d'intérêt étaient épidémiologiques (âge, sexe, taille et le périmètre brachial), anamnestiques ou les antécédents (dermatose antérieure, dermatose similaire dans l'entourage, éventuel traitement en cours, type de savon de toilette, nombre de bains par jour, topique corporel) et cliniques (site lésionnel, signe fonctionnel, lésion élémentaire, diagnostic dermatologique et indice de masse corporelle).

Définitions Des Concepts

* Indice de Masse Corporelle (IMC) ou, Body Mass Index(BMI) est le produit de la formule: poids (kg)/taille² (m).

- $IMC < 18$ = insuffisance pondérale
- $18 < IMC < 25$ = corpulence normale
- $25 < IMC < 30$ = surpoids
- $30 < IMC < 35$ = obésité modérée

- $35 < IMC < 40$ = obésité sévère
- $IMC > 40$ = obésité morbide

* Adolescent: c'est la période de la vie comprise entre l'enfance et l'âge adulte;

* Grades de l'acné:

Selon le GEA, nous avons 5 différents grades de l'acné:

- GEA 1: Très légère: Pratiquement pas de lésions, rares comédons ouverts ou fermés dispersés et rares papules.
- GEA 2: Légère: Facilement identifiable, moins de la moitié du visage est atteinte. Quelques comédons ouverts ou fermés et quelques papulo-pustules.
- GEA 3: Moyenne: Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte. Nombreuses papulo-pustules, nombreux comédons ouverts ou fermés. Un nodule peut être présent.
- GEA 4: Sévère: Tout le visage est atteint, couvert de nombreux papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules.
- GEA 5: Très sévère: Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules.

Analyses Statistiques

Le travail a été saisi avec le logiciel Microsoft Word. Microsoft Excel nous a permis de concevoir la base de données et son toilettage. Les analyses descriptives (tableau de fréquence, moyenne), la corrélation de Pearson, l'analyse uni et bi variée ont été réalisées grâce aux logiciels SPSS v.20 et Epi info v.7 dans le but d'assurer et de standardiser les données.

Considérations Éthiques

Avant le début de l'enquête nous avons tenu à informer tous les responsables des écoles où fréquentent les adolescents sur le bien-fondé de la présente étude, en vue d'obtenir leurs autorisations et approbations. Après avoir eu le consentement verbal des différents adolescents, nous les avons tous rassuré de la confidentialité des données et la disponibilité des résultats après l'enquête.

RESULTATS

Donnees Epidemiologiques

Prévalence de l'acné en milieu scolaire

Sur un total de 600 élèves colligés, nous avons après examen retenu 432 comme présentant l'acné, soit une prévalence scolaire de 72%.

Caractéristiques générales de la population d'étude

a) Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen calculé était de 17 ans avec des extrêmes allant de 11 à 19 ans. Le poids moyen de nos enquêtés était de 48 kg, avec un minimum de 30 kg et un maximum de 90 kg. Quant à la taille, la moyenne était calculée à 1,52m, avec l'extrême gauche de 1,00m et l'extrême droite à 1,80m; le sex ratio était de H/F était de 0,52.

Le tableau 1 stipule qu'étaient prédominants le sexe féminin (64,8%), la tranche d'âge supérieure à 15 ans (43%) et les élèves de niveau d'études secondaires (91,4%).

b) Répartition des élèves selon leurs antécédents

De façon non significative, il ressort du tableau 2 que de manière générale, la plupart d'enfants débutaient leur acné à 14 ans (33,3%) avec une prédominance masculine (51,38%). La durée d'évolution de l'acné était supérieure à 6 mois avec une prédominance féminine (61,77%). Les antécédents d'acné étaient observés chez 38,66% d'acnéiques, surtout dans le sexe féminin (53,89%).

La plupart d'adolescents appliquaient des soins cutanés sans avis médical (76,62%); par la suite ils recouraient à un conseil (vendeur en pharmacie) dans 49,5% des cas. La prédominance des filles étaient observées respectivement dans 60,4% et 68% des cas. La plupart de topiques utilisés par les acnéiques étaient de type lait hydratant (47,92%).

Il ressort du tableau 3 que l'utilisation d'un topique cosmétique et la puberté étaient très significativement liées à la survenue de l'acné, contrairement au type d'alimentation.

Clinique de L'acné

Le tableau 4 montre que le type d'acné et l'IMC sont très significativement liés au sexe ($p=0,0006$; $p=0,009$) avec une prédominance féminine des deux types d'acné

réventionnelle et inflammatoire (54,82% et 70,18%) et masculine en cas d'obésité (100%).

Selon le tableau 5, l'IMC était fortement associé au grade de l'acné dans les deux sexes ($p<0,05$); l'insuffisance pondérale et le surpoids était plus liés à l'acné de grade 2, le poids normal et l'obésité au grade 3.

En analyse univariée, le sexe et l'âge étaient associés à la survenue de l'acné chez l'adolescent. Par contre en analyse bivariée, le sexe, la tranche d'âge de 10 à 12 ans et l'indice de masse corporelle étaient significativement liés à l'acné en milieu scolaire.

DISCUSSION

Données Épidémiologiques

La prévalence de l'acné dans ce travail était de 72%. Ce résultat se rapproche de ce ceux de plusieurs auteurs [11-16], contrairement à ceux de Ouedraogo et al. (54,8%) au Burkina Faso [17] et de Seudjip et al. (12,1%) en RDC [18].

Étaient prédominants le sexe féminin (64,8%), la tranche d'âge supérieure à 15 ans (43%) et les élèves de niveau secondaire (91,4%). Nous sommes en accord avec de nombreux auteurs [13,19,20] pour le sexe contrairement à Goulden et al. [21]. Pour l'âge, nombreux sont les résultats qui corroborent le nôtre [14-16,22]. L'adolescence correspond à la période pubertaire, à l'origine d'une hypersécrétion androgénique responsable de la production excessive du sébum, de l'hyperkératinisation du canal infundibulaire avec réaction inflammatoire locale sous l'action du cutibacterium acnes [23]. La prédominance du sexe féminin pourrait plutôt se justifier par le souci qu'a la jeune fille pour son apparence.

Antécédents

Bien que non significatif statistiquement, on notait une fréquence élevée de la durée moyenne de l'acné (supérieure à 6 mois dans 61,77%), un âge de début de l'acné à 11 ans chez les filles (66,6%) et 15 ans chez les garçons (55,88%). Nos résultats sont proches de ceux de Nduhura et al. [10] qui avaient relevé un âge de début entre 12 et 14 ans dans les deux sexes. L'imprégnation androgénique durant cette période de vie de l'adolescent pourrait justifier notre observation.

Tableau 1: Répartition des enquêtés selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire

Variabiles	Effecti	%
Sexe		
Féminin	280	64,8
Masculin	152	35,2
Age		
10 –12	98	22,69
13 – 15	150	34,72
> 15	184	42,59
Niveau scolaire de l'enfant		
Primaire	37	8,6
Secondaire	395	91,4

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon les antécédents

Variables	Effectif	%	Féminin	Masculin	p
Age de début de l'acné (ans)					
11	42	9,72	28 (66,66)	14 (33,33)	0,068
12	80	18,52	50 (62,50)	30 (37,50)	
13	132	30,56	75 (56,81)	60 (45,45)	
14	144	33,33	70 (48,61)	74 (51,38)	
15	34	7,87	15 (44,11)	19 (55,88)	
Durée de l'évolution de l'acné (mois)					
3	40	9,26	22 (55,55)	18 (45,00)	0,118
4 à 6	133	30,79	70 (52,63)	63 (47,36)	
> 6	259	59,95	160 (61,77)	99 (38,22)	
Antécédent d'acné					
	41	9,49	28 (68,29)	13 (31,60)	0,679
	133	30,79	70 (56,63)	63 (47,36)	
	167	38,66	90 (53,89)	77 (46,10)	
	91	21,06	55 (60,43)	36 (39,50)	
Soins appliqués sur avis spécialisé					
Oui	101	23,38	70 (69,30)	31 (30,69)	0,141
Non	331	76,62	200 (60,42)	131 (39,5)	
Type d'avis spécialisé					
Dermatologue	8	8,0	6 (75,00)	2 (15,00)	0,185
Médecin généraliste	43	42,50	30 (69,76)	13 (30,23)	
Vendeur en pharmacie	50	49,50	34 (68,00)	16 (32,00)	
Produits utilisés					
Lait hydratant	207	47,92	129 (62,31)	78 (37,68)	0,052
Lait éclaircissant	191	44,21	117 (61,25)	74 (38,74)	
Huile végétale	8	1,85	3 (37,50)	5 (62,60)	
Autres	26	6,02	10 (38,46)	16 (61,50)	

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon les facteurs favorisant de l'acné

Variables	Effectif	%	Féminin	Masculin	P
Alimentation					
Arachides	74	17,1	32 (43,24)	42 (56,75)	0,103
Beurre ou margarine	69	16,0	39 (56,52)	30 (43,47)	
Huile dans le repas	136	31,5	82 (60,29)	54 (39,70)	
Produits laitiers	93	21,5	51 (54,83)	42 (45,16)	
Mayonnaise	18	4,2	7 (38,88)	11 (61,11)	
Chocolat	18	4,2	12 (66,66)	6 (33,33)	
Autres sucreries	15	3,5	5 (33,33)	10 (66,66)	
Manque d'hygiène	9	2,1	3 (33,33)	6 (66,66)	
Cosmétique					
Oui	432	100	280 (64,81)	152 (35,19)	0,001
Puberté					
Oui	428	99,07	280 (64,81)	152 (35,19)	0,007
Non	4	0,93	2 (0,46)	2 (0,46)	

Les élèves avaient pour bon nombre d'entre eux (38,6%) un antécédent d'acné; sur le plan cosmétique, 49,5% s'approvisionnaient en topique de soins cutanés auprès des vendeurs en officine, 76,6% des cas appliquaient les produits sur le visage sans avis médical. Le cosmétique le plus utilisé était un lait hydratant (47,9%). Les antécédents d'acné étaient relevés sur le plan hérédofamilial par Kouotou et al. au Cameroun [16] et Nduhura et al. en RDC [10]. L'acné bien qu'inflammatoire est une maladie chronique au follicule pilosébacé avec un soubassement génétique indéniable. L'accès facile dans les points de vente de cosmétiques et l'achat des topiques en vue des soins cutanés ne sont pas toujours réglementés dans nos

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les sites lésionnels, types d'acné, la sévérité de l'acné et l'IMC selon le sexe

Variables	Effectif (n)	Sexe		p
		Masculin n(%)	Féminin n(%)	
Sites lésionnel				
- Visage	219	73 (33,33)	146 (66,66)	0,103
- Visage et dos	158	46 (29,11)	112 (70,89)	
- Visage et épaules	36	14 (38,89)	22 (61,11)	
- Visage, épaules, et dos	19	8 (42,10)	11 (57,90)	
Types d'acné				
- Acné rétionnelle	147	63 (45,58)	84 (54,82)	0,0006
- Acné inflammatoire	285	87 (29,82)	198 (70,18)	
Sévérité de l'acné				
- Pratiquement pas des lésions	219	23 (56,10)	18 (43,90)	0,679
- Légère	133	68 (51,13)	65 (48,87)	
- Moyenne	167	69 (41,31)	98 (58,69)	
- Sévère	91	29 (31,87)	62 (68,13)	
IMC				
- Insuffisance pondérale	73	30 (41,10)	43 (58,90)	0,0096
- Poids normal	292	98 (33,56)	194 (66,44)	
- Surpoids	53	24 (45,28)	29 (54,72)	
- Obésité	14	14 (100)	0 (0,0)	

milieux, encore moins les conseils en officine et ou dans les échoppes du quartier, ce qui pourrait accutiser ou favoriser les lésions d'acné.

Concernant les facteurs favorisant de l'acné, il ressortait de nos résultats que le type alimentaire n'était pas lié à l'acné ($p=0,103$), contrairement à l'utilisation d'un cosmétique sur le visage (100%; $p=0,001$) et la puberté (99%; $p=0,007$), respectivement dans 64,8% des cas chez les filles et 35,1% des cas chez les garçons.

Tableau 5: Association entre la sévérité de l'acné et l'IMC selon le sexe

IMC	n(%)	Grades de Sévérité								P
		1		2		3		4		
		M	F	M	F	M	F	M	F	
Insuffisance pondérale	73 (16,90)	9 (45)	11 (65)	13 (43,33)	17 (56,67)	10 (43,47)	13 (56,53)	0	0	0,003
Poids normal	292 (67,59)	8 (44,4)	10 (55,6)	47 (59,5)	32 (45,5)	71 (60,16)	47 (39,84)	40 (52)	30 (48)	0,006
Surpoids	53 (12,27)	1 (33,4)	2 (66,6)	8 (40)	12 (60)	9 (56,25)	7 (43,75)	6 (42,9)	8 (57,1)	0,002
Obésité	14 (3,24)	0	0	2 (50)	2 (50)	6 (60)	4 (40)	0	0	0,001

S'agissant du type alimentaire, nos résultats corroborent ceux de Zawar et al. [24] qui n'ont pas trouvé une association significative entre l'alimentation à haut index glycémique et la survenue de l'acné ($p > 0,05$); nos résultats divergent des constats roumain, serbe et d'une étude à grande échelle menée par Claudel et al. [25-28]; ces études ont été menées sur des échantillons plus grands et dans des populations légèrement plus âgées par rapport à la nôtre. Il est connu que les produits laitiers et les aliments à haut index glycémique influencent la survenue de l'acné par l'effet des médiateurs hormonaux qui augmentent le taux sanguin de l'insulin growth factor 1 [29,30]; de même la présence des substances stéroïdes et des facteurs croissance stimulent la sécrétion sébacée et l'hyperkératinisation infundibulaire à l'origine de la formation des comédons [31,32].

Clinique

Le type d'acné était lié au sexe ($p=0,0006$); la majorité des enquêtés avait une acné de type inflammatoire.

L'IMC moyen était de $49,1 \pm 1,945$. Il était aussi associé au sexe chez les élèves acnéiques ($p=0,0096$); la plus part avait un poids normal (67,6%), avec 14 cas d'obésité exclusivement masculine associés à la survenue de l'acné. Dans l'étude de Zawar et al. [24], 72% de l'effectif avait un IMC normal et 14,7% était en insuffisance pondérale; Chez Raditra et al. [33], 63,9% de l'effectif avaient également un IMC normal; ces observations se rapprochent des nôtres. Par contre, selon une revue de la littérature faite par Noha et al. [34], l'IMC élevé est corrélé à une forte incidence d'acné chez l'adolescent. Ce fait est également repris par Halvorsen et al. [11]. Qui ont remarqué une corrélation entre l'acné et l'obésité et/ou surpoids chez les filles contrairement aux garçons de la même tranche d'âge (18-19 ans).

Notre observation concernant l'IMC moyen diffère de celles des auteurs nigériens respectivement de $17,8 \text{ Kg/m}^2$ [35] et de $19,9 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$ [36]. Pour ce qui était de l'association entre la gravité de l'acné et l'IMC, nous sommes en contradiction avec les équipes de Anaba et al. au Nigéria [37] et de Zawar et al. [24] au Pakistan qui n'ont établi aucun lien ($p < 0,05$). Cette association a pourtant été relevée par Machiwala et al. en Inde [27] et Zeichner et al. aux Etats Unis d'Amérique [26]. Nos résultats pourraient se justifier par la tranche d'âge de notre population d'étude plus jeune (10 à 19 ans), la taille de notre échantillon, les habitudes vie et le régime alimentaire semi-occidentalisé avec un index glycémique progressivement croissant par rapport à ceux des pays à diète en Europe de l'Ouest [37-39].

Dans l'étude de Zawar et al. [24], la plus part des enquêtés avaient également un poids normal (74%) pour un IMC compris entre 18,5 et 24,9.

L'IMC était globalement lié à tous les grades de sévérité de l'acné ($p < 0,05$), avec l'obésité et le poids normal associés à l'acné de grade 3; l'insuffisance pondérale et le surpoids associés au grade 2. Zeichner et Machiwala [26,27] de même que Eman et al. Egypte [40] ont relevé une association entre l'obésité et l'acné.

Le lien entre l'acné des grades 2, 3 et le surpoids-obésité pourrait s'expliquer par la consommation excessive des aliments à haut index glycémique et riches en acides gras, tous responsables du surpoids ou de l'obésité dont l'une des conséquences serait la survenue des lésions acnéiques [13,38,40,41]. Aussi, des taux élevés d'homocystéine, de leptine, de résistine et de testostérone avec une réduction de l'adiponectine sérique vont également dans le sens d'une aggravation de la pathologie acnéique [42].

Tableau 6: Facteurs associés à l'acné chez les enquêtés (calcul de l'OR en uni et bi variée)

Variables	Uni variée		Bi variée	
	p	Or	p	Or
Sexe				
Féminin	0,06	1,02	0,003	1,80
Masculin	0,04	0,88	0,002	1,12
Âges (ans)				
10 – 12	0,015	0,045	0,048	0,1866
13 – 14	0,033	0,321	0,198	0,8626
>15	0,02	0,142	0,110	0,4583
BMI				
Insuffisance pondérale	0,11	0,351	0,005	0,0429
Poids normal	0,42	1,210	0,022	0,525
Surpoids	0,236	0,832	0,010	0,227
Obésité	0,142	0,457	0,008	0,100

Pour ce qui concerne l'insuffisance pondérale associée à l'acné de grade 2, notre constat se rapproche de celui de Eman et al. qui démontrent que les adolescents en insuffisance pondérale développent peu et de façon significative l'acné modérée à sévère [42].

En se référant au tableau 6, les facteurs associés à l'acné étaient, après analyse bivariée, le sexe (féminin: $p=0,003$; masculin: $p=0,002$), la tranche d'âge de 10 à 12 ans ($p=0,048$) et l'indice de masse corporelle [insuffisance pondérale ($p=0,05$); poids normal ($p=0,022$); surpoids ($p=0,01$) et l'obésité ($p=0,008$)].

CONCLUSION

De nos analyses statistiques, il ressort que chez l'adolescent acnéique congolais, l'indice de masse corporelle quelle que soit sa valeur est associé à tous les grades de sévérité de l'acné. Une prise en charge holistique et pluridisciplinaire pourrait améliorer la qualité de vie des élèves souffrant d'acné.

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

- Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol*. 2015;172 Suppl 1:3-12.
- Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:945-73.
- Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis. *Lancet*. 2014;384:766-81.
- UNICEF. *The State of the World's Children 2023: For Every Child, Nutrition*. New York: UNICEF; 2023.
- Kurokawa I, Danby FW, Ju Q, Wang X, Xiang LF, Xia L, et al. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. *Exp Dermatol*. 2009;18:821-32.
- Melnik BC. Diet in acne: further evidence for the role of nutrient signalling in acne pathogenesis. *Acta Derm Venereol*. 2012;92:228-31.
- Ismail NH, Manaf ZA, Azizan NZ. High glycemic load diet, milk and ice cream consumption are related to acne vulgaris in Malaysian young adults: a case control study. *BMC Dermatol*. 2012;12:13.
- Vongraviopap S, Asawanonda P. Diet and acne: a review of the evidence. *J Dermatolog Treat*. 2016;27:56-62.
- Giezendanner FD. Taille d'un échantillon aléatoire et Marge d'erreur. CMS-SPIP; 2012 [cité 2018 déc 20]. Disponible sur: <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1641>.
- Nduhura MA, Kayembe T, Seudjip NLJ, Bunga MP. Prévalence et impact psychologique de l'acné en milieu scolaire de Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Our Dermatol Online*. 2023;14:32-40.
- Halvorsen JA, Vleugels RA, Bjertness E, Lien L. A population-based study of acne and body mass index in adolescents. *Arch Dermatol*. 2012;148:131-2.
- Leyden J, Stein Gold L, Weiss J. Why topical retinoids are mainstay of therapy for acne. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017;7:293-304.
- Daniel F, Dreno B, Poli F, Auffret N, Beylot C, Bodokh I, et al. Descriptive epidemiological study of acne on scholar pupils in France during autumn 1996. *Ann Dermatol Venereol*. 2000;127:273-8.
- Ghods SZ, Orawa H, Zouboulis CC. Prevalence, severity, and severity risk factors of acne in high school pupils: a community-based study. *J Invest Dermatol*. 2009;129:2136-41.
- Yahya H. Acne vulgaris in Nigerian adolescents: prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. *Int J Dermatol*. 2009;48:498-505.
- Kouotou EA, Nansseu NJR, Defo D, Zoung-Kanyi Bissek AC. Acné juvénile: une pathologie fréquente chez les adolescents scolarisés d'Afrique sub-saharienne. *Health Sci Dis*. 2015;16:2309-35.
- Ouedraogo AN, Soutongo SKO, Ouedraogo SM, Traore F, Tapsoba PG, Barro-Traore F, et al. Acne: prevalence, perceptions and beliefs among pupils and students in Ouagadougou, Burkina Faso. *Our Dermatol Online*. 2017;8:10-6.
- Seudjip NLJ, Mvitu MM, Ahogo KC, Saka B, Bunga MP. Déterminants des dermatoses chez l'enfant congolais à Kinshasa. *Jires*. 2020;4:526-36.
- Lynn DD, Umari T, Dunnick CA, Dellavalle RP. The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolesc Health Med Ther*. 2016;7:13-25.
- Heng AHS, Chew FT. Systematic review of the epidemiology of acne vulgaris. *Sci Rep*. 2020;10:129.
- Goulden V, Clark S, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. *Br J Dermatol*. 1997;136:66-70.
- Aksu AE, Metintas S, Saracoglu NZ, Gurel G, Sabuncu I, Arıkan I, et al. Acne: prevalence and relationship with dietary habits in Eskisehir, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;12:1503-9.
- Davis SA, Narahari S, Feldman SR, Huang WW, Pichardo-Geisinger R, McMichael AJ. Top dermatologic conditions in patients of color: an analysis of nationally representative data. *J Drugs Dermatol*. 2012;11:466-73.
- Zawar R, Sarwar N, Maryam I, Munim A, Ahmer M, Warda, et al. Acne and its association with modifiable factors amongst young adults of Islamabad: a cross sectional study. *J Pak Assoc Dermatol*. 2021;31:398-406.

25. Al-Kubaisy W, Abdullah NN, Kahn SM, Zia M. Sociodemographic characteristics of acne among university students in Damascus, Syria. *Epidemiol Res Int.* 2014;2014:1-4.
26. Zeichner JA, Baldwin HE, Cook-Bolden FE, Eichenfield LF, Friedlander SF, Rodriguez DA. Emerging issues in adult female acne. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2017;10:37-46.
27. Machiwala AN, Kamath G, Vaidya TP. Knowledge, belief, and perception among youths with acne vulgaris. *Indian J Dermatol.* 2019;64:389-93.
28. Claudel JP, Auffret N, Leccia MT, Poli F, Dreno B. Acne and nutrition: hypotheses, myths and facts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:1631-7.
29. Lee WJ, Jung HD, Chi SG, Kim BS, Lee SJ, Kim DW, et al. Effect of dihydrotestosterone on the upregulation of inflammatory cytokines in cultured sebocytes. *Arch Dermatol Res.* 2010;302:429-33.
30. Fottner C, Engelhardt D, Weber MM. Regulation of steroidogenesis by insulin-like growth factors (IGFs) in adult human adrenocortical cells: IGF-I and, more potently, IGF-II preferentially enhance androgen biosynthesis. *J Endocrinol.* 1998;158(3):409-17.
31. Kadarag AS, Balta I, Saricaoglu H, Kilic S, Kelekci KH, Yildirim M, et al. Effect of personal, familial, and environmental characteristics on acne vulgaris: a prospective, multicenter, case controlled study from Turkey. *G Ital Dermatol Venereol.* 2019;154:177-85.
32. Danby FW. Acne: diet and acneogenesis. *Indian J Dermatol.* 2011; 2:2-5.
33. Raditra GZH, Sari MI. The correlation between body mass index and acne vulgaris. *SUMEJ.* 2020;3:13-22.
34. Hegazy NAA, Saleh AA, El Sayed RA, Nazmy NN. Association between obesity and acne vulgaris development. *Benha J Appl Sci.* 2024;X:149-53.
35. Okoro EO, Ogunbiyi AO, George AO, Subulade MO. Association of diet with acne vulgaris among adolescents in Ibadan, southwest Nigeria. *Int J Dermatol.* 2016;55:982-8.
36. Anaba LE, Ogunbiyi OA, George AO. Adolescent facial acne vulgaris and body mass index: any relationship? *West Afr J Med.* 2019;36:129-32.
37. Fiedler F, Stangl GI, Fiedler E, Taube KM. Acne and nutrition: a systematic review. *Acta Derm Venereol.* 2017;97:7-9.
38. Melnik BC. Acne and diet. *Hautarzt.* 2013;64:252-62.
39. Melnik BC. Linking diet to acne metabolomics, inflammation, and comedogenesis: an update. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2015;8:371-88.
40. Di Landro A, Cazzaniga S, Parazzini F, Ingordo V, Cusano F, Atzori L, et al. Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:1129-35.
41. Melnik BC, John SM, Plewig G. Acne: risk indicator for increased body mass index and insulin resistance. *Acta Derm Venereol.* 2013;93:644-9.
42. Abdelhamid EM, Saleh AA, El Sayed RA, Nazmy NN. Relation between acne and different body weight. *Benha J Appl Sci.* 2024;9:61-5.

Copyright by Mambulu Makembi Francine, 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.

Unusual scalp location of a Darier and Ferrand dermatofibrosarcoma: A case report in Dakar

Mahamat Issa Adoum¹, Maodo Ndiaye¹, Khadim Diop¹, Mamadou Sarr¹, Coumba Ndiaye¹, Emilienne Perone Paglan¹, Saer Diadie¹, Boubacar Ahy Diatta¹, Aminata Deh¹, Niare Ndour¹, Assane Diop², Moussa Diallo¹, Fatimata Ly², Suzanne Oumou Niang¹

¹Dermatology Department, Hospital Aristide Le Dantec, Dakar, Senegal, ²Dermatology Department, Institut d'Hygiène Social Hospital, Dakar, Senegal

Corresponding author: Issa Adoum Mahamat, MD, E-mail: mahamatissay11@gmail.com

ABSTRACT

Darier and Ferrand's dermatofibrosarcoma (DFSP) is a rare cutaneous mesenchymal tumor characterized by a high potential for local recurrence and a low risk of metastasis. We report an unusual case of DFSP located on the scalp of a 63-year-old female patient with a history of hypertension. The lesion, which had been evolving for six years, presented with a polymorphic clinical appearance, mimicking benign tumors. The diagnosis was confirmed by histopathological examination, and a wide surgical excision with safety margins was performed. This case highlights the importance of heightened vigilance regarding atypical skin lesions, particularly in rare locations such as the scalp, and the need for a multidisciplinary approach to optimize therapeutic outcomes.

Key words: Dermatofibrosarcoma protuberans, Scalp, Rare location, Surgical excision, Dakar

How to cite this article: Adoum MI, Ndiaye M, Diop K, Sarr M, Ndiaye C, Paglan EP, Diadie S, Diatta BA, Deh A, Ndour N, Diop A, Diallo M, Ly F, Niang SO. Unusual scalp location of a Darier and Ferrand dermatofibrosarcoma: A case report in Dakar. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):82-85.

Submission: 02.03.2025; **Acceptance:** 07.07.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.7

Localisation inhabituelle sur le cuir chevelu d'un dermatofibrosarcome de darier et ferrand: à propos d'un cas à Dakar

Mahamat Issa Adoum¹, Maodo Ndiaye¹, Khadim Diop¹, Mamadou Sarr¹, Coumba Ndiaye¹, Emilienne Perone Paglan¹, Saer Diadie¹, Boubacar Ahy Diatta¹, Aminata Deh¹, Niare Ndour¹, Assane Diop², Moussa Diallo¹, Fatimata Ly², Suzanne Oumou Niang¹

¹Dermatology Department, Hospital Aristide Le Dantec, Dakar, Senegal, ²Dermatology Department, Institut d'Hygiène Social Hospital, Dakar, Senegal

Corresponding author: Issa Adoum Mahamat, MD, E-mail: mahamatissay11@gmail.com

RESUME

Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand (DFSP) est une tumeur mésoenchymateuse cutanée rare, caractérisée par un potentiel élevé de récurrence locale et un faible risque de métastases. Nous rapportons un cas inhabituel de DFSP localisé au cuir chevelu chez une patiente de 63 ans, suivie pour une hypertension artérielle. La lésion, évoluant depuis six ans, présentait un aspect clinique polymorphe, mimant des tumeurs bénignes. Le diagnostic a été confirmé par l'examen histopathologique, et une exérèse chirurgicale large avec des marges de sécurité a été réalisée. Ce cas souligne l'importance d'une vigilance accrue face aux lésions cutanées atypiques, en particulier dans des localisations rares comme le cuir chevelu, et la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire pour optimiser les résultats thérapeutiques.

Mots clés: Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand, Cuir chevelu, Localisation rare, Exérèse chirurgicale, Dakar.

INTRODUCTION

Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand, ou dermatofibrosarcome protubérans (DFSP), est une tumeur mésoenchymateuse cutanée maligne rare, représentant moins de 0,1 % des tumeurs malignes et moins de 5 % des sarcomes des tissus mous chez l'adulte [1,2]. Son incidence mondiale est estimée entre 0,8 et 4,2 cas par million d'habitants, ce qui en fait une pathologie peu fréquente mais d'un intérêt clinique majeur en raison de son potentiel évolutif.

Le DFSP affecte principalement les adultes jeunes, entre 20 et 50 ans, sans prédominance de sexe. Le tronc est le site anatomique le plus fréquemment touché, bien que des localisations plus rares, telles que la tête et le cou, soient également observées, en particulier chez les hommes plus âgés [3]. Cliniquement, la tumeur se présente sous forme de masses ou de nodules uni- ou

multibossolés, souvent de grande taille (≥ 3 cm). Une taille tumorale importante et des localisations spécifiques, comme la tête et le cou, sont associées à un risque accru de métastases [4].

La localisation du DFSP au niveau du cuir chevelu pose un défi diagnostique particulier en raison de son polymorphisme clinique, qui peut mimer des lésions bénignes plus courantes. Cette similitude morphologique entraîne souvent une errance diagnostique, retardant la prise en charge thérapeutique.

Dans ce contexte, nous présentons un cas inhabituel de DFSP du cuir chevelu chez une patiente de 63 ans, dont le diagnostic a été retardé en raison d'une présentation clinique atypique. Ce cas souligne l'importance d'une vigilance accrue face à des lésions cutanées inhabituelles, notamment dans des localisations anatomiques moins courantes.

How to cite this article: Adoum MI, Ndiaye M, Diop K, Sarr M, Ndiaye C, Paglan EP, Diadie S, Diatta BA, Deh A, Ndour N, Diop A, Diallo M, Ly F, Niang SO. Localisation inhabituelle sur le cuir chevelu d'un dermatofibrosarcome de darier et ferrand: à propos d'un cas à Dakar. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):82-85.

Submission: 02.03.2025; **Acceptance:** 07.07.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.7

Observation

Mme J.P., 63 ans, d'origine capverdienne, était suivie pour une hypertension artérielle sous inhibiteurs calciques depuis cinq ans. Elle a été admise au service de dermatologie-vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar en janvier 2024 pour la prise en charge de tuméfactions multiples et indolores du cuir chevelu, évoluant depuis six ans.

L'examen dermatologique retrouvait un nodule multibosselé, de couleur brunâtre et de consistance fibreuse, localisé sur la région céphalique. La lésion la plus importante mesurait 5 cm de grand axe (Fig. 1). Aucune autre anomalie n'était détectée à l'examen clinique général. L'aspect clinique initial évoquait des tumeurs bénignes, en particulier un histiocytome fibreux bénin ou un kératoacanthome.

L'analyse histopathologique objectivait une prolifération de cellules fusiformes non atypiques, agencées en faisceaux storiformes, infiltrant l'hypoderme (Figs 2a – 2c). Une exérèse chirurgicale large avec des marges de sécurité de 3 cm et une ablation du fascia superficiel a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples, avec une cicatrisation complète à un an de suivi (Fig. 3). Aucune métastase n'était détectée à l'imagerie.

DISCUSSION

Nous rapportons ici un cas de dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand (DFSP) remarquable par sa présentation clinique tumorale et sa localisation



Figure 1: L'examen dermatologique retrouvait un nodule multibosselé, de couleur brunâtre et de consistance fibreuse, localisé sur la région céphalique. La lésion la plus importante mesurait 5 cm de grand axe.

céphalique, une topographie rare et particulièrement complexe à prendre en charge.

Le DFSP est une tumeur rare, caractérisée par une évolution lente mais un potentiel de récurrence locale élevé, estimé entre 10 et 50 % en cas de résection incomplète [5]. La localisation sur le cuir chevelu, comme observée chez notre patiente, est exceptionnelle et pose des défis diagnostiques et thérapeutiques spécifiques. En effet, la présentation clinique souvent peu spécifique et la ressemblance avec des lésions bénignes courantes, telles que l'histiocytome fibreux bénin ou le kératoacanthome, peuvent retarder le diagnostic. Ce retard est illustré par l'évolution de six ans dans notre cas, soulignant la nécessité d'une vigilance accrue face à des

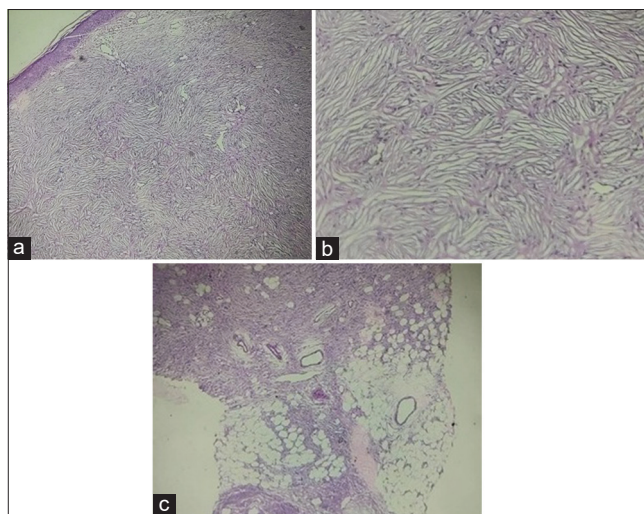


Figure 2: (a-c) L'analyse histopathologique objectivait une prolifération de cellules fusiformes non atypiques, agencées en faisceaux storiformes, infiltrant l'hypoderme.



Figure 3: Les suites opératoires étaient simples, avec une cicatrisation complète à un an de suivi.

lésions cutanées atypiques, en particulier dans des localisations inhabituelles.

Le traitement de référence du DFSP repose sur une exérèse chirurgicale large avec des marges de sécurité de 3 à 5 cm[6], associée à une ablation du fascia superficiel pour minimiser le risque de récurrence [7]. Cependant, dans les cas de localisations complexes ou inopérables, comme certaines tumeurs céphaliques, des thérapies ciblées offrent une alternative prometteuse[8]. Ces thérapies inhibent le récepteur PDGFR β , activé par le gène de fusion COL1A1-PDGFB, présent dans plus de 90 % des DFSP [9].

Notre observation met en lumière l'importance d'un diagnostic histologique systématique devant toute lésion cutanée atypique, en particulier dans des localisations rares comme le cuir chevelu. Une prise en charge multidisciplinaire, impliquant dermatologues, chirurgiens et oncologues, est essentielle pour optimiser les résultats thérapeutiques et réduire le risque de récurrence.

CONCLUSION

Ce cas illustre la complexité diagnostique et thérapeutique du DFSP, en particulier dans des localisations rares comme le cuir chevelu. Il souligne la nécessité d'une vigilance accrue et d'une prise en charge multidisciplinaire pour améliorer le pronostic des patients atteints de cette tumeur rare mais potentiellement agressive.

Consent

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

The authors certify that they have obtained all appropriate patient consent forms, in which the patients gave their consent for images

and other clinical information to be included in the journal. The patients understand that their names and initials will not be published and due effort will be made to conceal their identity, but that anonymity cannot be guaranteed.

REFERENCES

1. Ouahbi H, Amadour L, Elmernissi F, Tahiri L, Harmouch T, Benbrahim Z, et al. [Outcome of locally advanced Darier and Ferrand dermatofibrosarcoma: about a case and literature review]. *Pan Afr Med J.* 2019;32:97.
2. Pachet C. Apport de la chirurgie micrographique dans la réduction des marges du dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand. Mémoire DES, Université Paris-VII. 2007.
3. Monnier D, Algros MP, Vidal MC, Danzon A, Pelletier F. Dermatofibrosarcome protubérant: étude épidémiologique en Franche-Comté. *Ann Dermatol Venerol.* 2005;132:607.
4. Stojadinovic A, Karpoff HM, Antonescu CR, Shah JP, Singh B, Spiro RH, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans of the head and neck. *Ann Surg Oncol.* 2000;7:696-704.
5. Kreicher KL, Kurlander DE, Gittleman HR, Barnholtz-Sloan JS, Bordeaux JS. Incidence and survival of primary dermatofibrosarcoma protuberans in the United States. *Dermatol Surg.* 2016;42 Suppl 1:S24-31.
6. Farma JM, Ammori JB, Zager JS, Marzban SS, Bui MM, Bichakjian CK, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: how wide should we resect? *Ann Surg Oncol.* 2010;17:2112-8.
7. Maghfour J, Genelin X, Olson J, Wang A, Schultz L, Blalock TW. The epidemiology of dermatofibrosarcoma protuberans incidence, metastasis, and death among various population groups: A Surveillance, Epidemiology, and End Results database analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2024;91:826-33.
8. Pagès C, Kérob D, Lebbé C. Thérapies ciblées et dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand. *Oncol.* 2013;15:97-100.
9. Hao X, Billings SD, Wu F, Stultz TW, Procop GW, Mirkin G, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: update on the diagnosis and treatment. *J Clin Med.* 2020;9:1752.

Copyright by Issa Adoum Mahamat, 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.

Conidiobolomycosis or rhinofacial entomophthoromycosis: a case report from Togo

Panawé Kasssang¹, Waguena Gnassingbé², Kokou Mawusé Essiomlé², Yvette Moise-Elegbede³, Dieudonné Koumi⁴, Koulte Hategou⁵, Stephen Lionel Antoine Lawson⁴, Bathokedeou Amana⁵, Esohman Boko⁶, Abass Mouhari-Touré¹, Bayaki Saka², Palokinam Pitché⁵

¹ Department of Dermatology, CHU Kara, Kara, Togo, ²Department of Dermatology, CHR Tsévié, Lomé, Togo, ³Department of Dermatology, CHR Kara, Kara, Togo, ⁴ENT and Head and Neck Surgery Department, CHU Kara, Kara, Togo, ⁵Department of Dermatology, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ⁶ENT and Head and Neck Surgery Department, Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

Corresponding author: Panawé Kasssang, MD, E-mail: panawekassang@gmail.com

ABSTRACT

Conidiobolomycosis is a rare tropical deep cutaneous mycosis characterized by dysmorphic facial involvement giving, in advanced forms, a “hippopotamus snout” appearance. We report the case of a patient presenting with conidiobolomycosis at Kara University Hospital in Togo. The patient, a 32-year-old farmer, presented with a 2-month history of progressive facial swelling associated with headache and clear rhinorrhea. Clinical examination revealed a swollen face with increased involvement of the upper lip, erythema and a clear nasal discharge. A tomodesitometry of the face and histological examination of a skin biopsy provided further support for the diagnosis of conidiobolomycosis. The patient was put on itraconazole 400mg/day with a good clinical evolution. To our knowledge, no case has ever been reported in Togo.

Key words: Deep cutaneous mycoses, Conidiobolomycosis, Entomophthoromycosis, Togo

How to cite this article: Kasssang P, Gnassingbé W, Essiomlé KM, Moise-Elegbede Y, Koumi D, Hategou K, Antoine Lawson SL, Amana B, Boko E, Conidiobolomycosis or rhinofacial entomophthoromycosis: a case report from Togo. Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):86-90.

Submission: 15.05.2025; **Acceptance:** 04.07.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.8

Conidiobolomycose ou entomophthoromycose rhinofaciale: à propos d'un cas au Togo

Panawé Kassang¹, Waguena Gnassingbé², Kokou Mawusé Essiomlé², Yvette Moise-Elegbede³, Dieudonné Koumi⁴, Koulte Hategou⁵, Stephen Lionel Antoine Lawson⁴, Bathokedeou Amana⁵, Esohman Boko⁶, Abass Mouhari-Touré¹, Bayaki Saka², Palokinam Pitché⁵

¹ Department of Dermatology, CHU Kara, Kara, Togo, ²Department of Dermatology, CHR Tsévié, Lomé, Togo, ³Department of Dermatology, CHR Kara, Kara, Togo, ⁴ENT and Head and Neck Surgery Department, CHU Kara, Kara, Togo, ⁵Department of Dermatology, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ⁶ENT and Head and Neck Surgery Department, Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

Corresponding author: Panawé Kassang, MD, E-mail: panawekassang@gmail.com

RÉSUMÉ

La conidiobolomycose est une mycose cutanée profonde tropicale rare caractérisée par une atteinte dysmorphique du visage donnant dans les formes évoluées un aspect dit en “ museau d'hippopotame ”. Nous rapportons l'observation d'un patient présentant une conidiobolomycose au CHU Kara au Togo. Il s'agit un jeune homme de 32 ans, cultivateur qui a consulté pour une tuméfaction du visage de survenue progressive évoluant depuis 2 mois associée à des céphalées et une rhinorrhée claire. A l'examen clinique on notait une tuméfaction du visage avec une atteinte plus importante de la lèvre supérieure ainsi qu'un érythème et un écoulement clair nasal. Une tomodensitométrie du massif faciale et un examen histologique d'une biopsie cutanée ont fourni des arguments supplémentaires permettant de retenir le diagnostic de conidiobolomycose. Le patient a été mis sous itraconazole 400mg/jr avec une bonne évolution clinique. A notre connaissance aucun cas n'avait jusqu'à ce jour été rapporté au Togo.

Mots clés: Mycoses cutanées profondes, Conidiobolomycose, Entomophthoromycose, Togo

INTRODUCTION

La conidiobolomycose ou entomophthoromycose rhinofaciale est une mycose cutanée profonde causée par le *Conidiobolus coronatus* [1]. Le *Conidiobolus coronatus* est un champignon saprophyte du sol et des végétaux en décomposition retrouvé surtout en milieu tropical. Il est responsable d'une inflammation typique granulomateuse du nez et des tissus sous-cutanés du visage, survenant généralement sur terrain immunocompétent et réalise un aspect typique du visage et des lèvres qualifiés de “ museau d'hippopotame ” [2]. C'est une affection des zones à climat tropicales, dont la majorité des cas dans la littérature ont été rapportés en Afrique occidentale, en Afrique centrale, en Amérique et en Asie du

Sud-est [3,4]. En Afrique subsaharienne, des cas ont été rapportés ces dernières années au Gabon [5], au Burkina Faso [6] et au Bénin [7]. Au Togo, à notre connaissance aucun cas de conidiobolomycose n'a encore été rapporté. Nous rapportons donc un cas de conidiobolomycose diagnostiqué au CHU Kara dans le Nord du Togo.

Observation

Il s'agit d'un jeune homme de 32 ans, cultivateur qui a consulté en dermatologie au CHU Kara pour une tuméfaction du visage de survenue progressive évoluant depuis 2 mois associée à des céphalées et une rhinorrhée claire. A l'examen clinique, on notait une tuméfaction chaude, ferme non douloureuse du

How to cite this article: Kassang P, Gnassingbé W, Essiomlé KM, Moise-Elegbede Y, Koumi D, Hategou K, Antoine Lawson SL, Amana B, Boko E, Mouhari-Touré A, Saka B, Pitché P. Conidiobolomycose ou entomophthoromycose rhinofaciale: à propos d'un cas au Togo. *Our Dermatol Online*. 2025;16(Supp. 3):86-90.

Submission: 15.05.2025; **Acceptance:** 04.07.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.8

front, des paupières, du nez avec comblement des sillons nasogéniens, des joues et des lèvres avec une atteinte plus importante et proéminente de la lèvre supérieure donnant un aspect typique en “ museau d’hippopotame ” (Fig. 1). Cette tuméfaction était le siège d’un érythème diffus. L’examen de la muqueuse buccale était normal sans signes de carie dentaire. Un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) demandé a été réalisé et a permis de mettre en évidence une muqueuse nasale inflammatoire avec une rhinorrhée claire. Il n’y avait pas d’adénopathies. Le bilan sanguin demandé a montré un syndrome inflammatoire biologique et la sérologie VIH était négative. La tomодensitométrie du massif faciale réalisée a montré une atteinte exclusivement cutanée et sous cutanée faisant évoquer une dermatose inflammatoire ou infectieuse (Figs 2 et 3). L’examen histologique d’une biopsie cutanée réalisée en zone inflammatoire a fourni des arguments supplémentaires permettant de retenir le diagnostic de conidiobolomycose. Le patient a été

mis sous itraconazole 400mg/jr en et sous prednisone à la dose de 0,5 mg/kg. L’évolution était favorable avec une réduction significative de la tuméfaction et des céphalées en quelques semaines, ce qui a motivé l’arrêt de la corticothérapie après un mois. Le patient a été revu 2 mois (Fig. 4) puis 4 mois (Fig. 5) après l’initiation du traitement et l’examen clinique notait une nette amélioration.

DISCUSSION

Les entomophthoromycoses sont des mycoses sous-cutanées assez rare dont les plus courantes sont la conidiobolomycose et la basidiobolomycose [8]. La conidiobolomycose est un peu plus rare et est causée par le *Conidiobolus Coronata*. Elle sévit surtout dans les zones tropicales humides de l’Afrique centrale, de l’ouest, d’Amérique et d’Asie [9]. Elle a une présentation clinique particulière qui permet le plus souvent

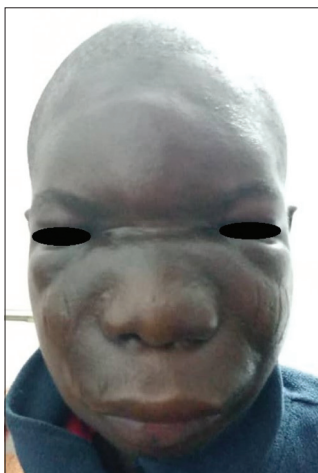


Figure 1: Aspect du visage à la première consultation.

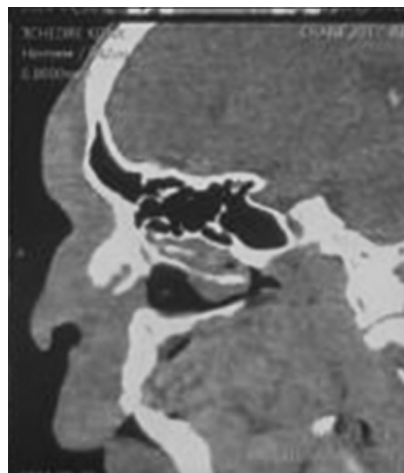


Figure 3: Tomodensitométrie du massif facial (coupe frontale).



Figure 2: Tomodensitométrie du massif facial (coupe axiale).

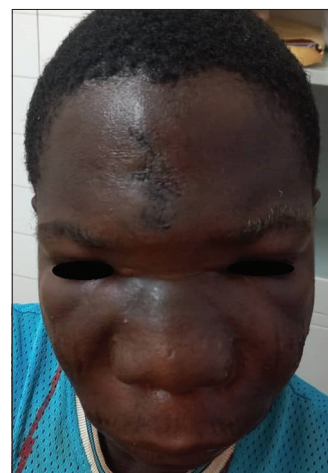


Figure 4: Aspect du visage après deux mois de traitement.



Figure 5: Aspect du visage après 4 mois de traitement.

d'évoquer le diagnostic surtout dans les formes évoluées. Il s'agit souvent d'une tuméfaction faciale exclusivement cutanée et sous cutanées avec atteinte typiquement plus importante de la lèvre supérieure réalisant un aspect caractéristique en " museau d'hippopotame " [8]. Dans la majorité des cas, cette affection survient surtout chez des sujets immunocompétents [4,8,9]. Nous rapportons un cas qui a double intérêt: épidémiologique et diagnostic. Du point de vue épidémiologie, ce cas vient changer le profil épidémiologique des mycoses cutanées profondes au Togo. En effet, à notre connaissance il le premier cas de conidiobolomycose rapporté au Togo. De façon général, la conidiobolomycose est une affection rare, dont seulement une centaine de cas ont été rapporté dans la littérature à ce jour dans le monde [9]. En Afrique, quelques rares cas ont été rapportés en Afrique centrale mais aussi en Afrique de l'ouest notamment au Burkina Faso et au Bénin qui sont frontalier au Togo [5–7,10]. Du point de vue diagnostic, reconnaître un cas de conidiobolomycose est un défi surtout dans notre contexte africain, où les médecins spécialistes constituent l'une des ressources humaines les plus rares [11]. En effet le diagnostic de conidiobolomycose dans notre cas à peut-être retenu grâce à une prise en charge multidisciplinaire (dermatologues, ORL, radiologues et anatomopathologistes). Certes la conidiobolomycose est rare, mais cette rareté pourrait être alimentée par le manque de diagnostic de certains cas qui pourrait facilement passer inaperçue si les malades ne sont pas vu par un personnel soignant avisé. La prise en charge de la conidiobolomycose est surtout médicale et repose sur les molécules antimycosiques comme l'itraconazole ou le kétoconazole sur durée allant en moyenne de 6 à 12 mois [8]. Dans notre cas, le patient a été mis sous l'itraconazole qui a montré son efficacité avec une amélioration clinique déjà visible après deux

mois de traitement. La corticothérapie se présente aussi comme un moyen thérapeutique incontournable dans cette affection où elle permet une fonte rapide de l'inflammation et le soulagement du malade. Dans certains rare cas on a recours à des moyens médicaux plus poussés comme l'immunothérapie [12] et parfois même à la chirurgie [13]. L'affection de notre malade est en bonne évolution avec l'itraconazole qu'il prend depuis 5 mois.

CONCLUSION

Nous avons rapporté le premier cas de conidiobolomycose du Togo. Une affection rare qui se caractérise par une atteinte dysmorphique caractéristique du visage. Ce cas clinique soulève l'importance de la collaboration multidisciplinaire dans le diagnostic et la prise en charge des affections rares et non courantes. Cependant, le défis du nombre réduits de médecins spécialistes dans nos pays africains, continue de contribuer à qualifier de très rares certaines affections qui sont juste peut être sous diagnostiquées.

Consent

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

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

REFERENCES

1. Isa-Isa R, Arenas R, Fernández RF, Isa M. Rhinofacial conidiobolomycosis (entomophthoromycosis). *Clin Dermatol*. 2012;30:409–12.
2. Shaikh N, Hussain KA, Petratiene R, Schuetz AN, Walsh TJ. Entomophthoromycosis: a neglected tropical mycosis. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. 2016;22:688–94.
3. Varghese L, Kurien R, Diana Sahni R, Manesh A, Mary Cherian L, Peter D, et al. Rhinofacial conidiobolomycosis: Clinical and microbiological characterisation and shift in the management of a rare disease. *Mycoses*. 2021;64:882–9.
4. Leopairut J, Larbcharoensub N, Cheewaruangroj W, Sungkanuparph S, Sathapatayavongs B. Rhinofacial entomophthoromycosis; a case series and review of the literature. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2010;41:928–35.
5. Ntsame Ngoua S, Iba Ba J, Coniquet S, Moussirou Sombou G, Boguikouma JB. [Conidiobolomycosis (rhinofacial entomophthoromycosis) in Gabon. About of one case]. *Med Trop Sante Int*. 2023;3:mts.v3i4.2023.457.
6. Bamba S, Konsegré V, Zida A, Sangaré I, Cissé M, Beogo R, et al.

- [A case of rhinofacial entomophthoromycosis in Soudano-Sahelian tropical climate in Burkina Faso]. *J Mycol Med*. 2017;27:254–60.
7. Référence du Bénin: Atadokpèdè F, Adégbidi H, Gnossikè J, Dégboé B, Agossadou D, Chauty A et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des entomophthoromycoses à Pobè, Bénin. *Ann Dermatol Venerol*. 2015;142:S438.
 8. Chabasse D, Herbrecht R. Zygomycoses (II). Entomophthoromycoses tropicales : basidiobolomycose et conidiobolomycose. *EMC - Mal Infect*. 2008;5:1–12.
 9. Sigera LSM, Janappriya GHDC, Lakshan MTD, Pitigalage NJ, Jayasekera PI, Dayasena RP, et al. Rhinofacial Conidiobolomycosis: A Case Series and Review of the Literature. *Ear Nose Throat J*. 2021;100(5_suppl):835S-41S.
 10. Barro-Traoré F, Ouédraogo D, Konsem T, Ouédraogo MS, Lompo-Goumbri O, Sanou A, et al. Conidiobolomycosis, a rare fungal tumor: a case report in Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot*. 2008;101:14–6.
 11. World Bank Open Data [Internet]. World Bank Open Data. [cited 2025 May 14]. Available from: <https://data.worldbank.org>
 12. Yeoh DK, Saunders T, Butters C, Burgner D, Bryant PA, Cain TM, et al. Refractory thoracic conidiobolomycosis treated with mepolizumab immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9:2527-30.e6.
 13. Estran C, Castillo L, Marty P, Hofman P, Delaunay P, Ekobo AS et al. Conidiobolomycose, succès du traitement médico-chirurgical. *J Mycol Méd*. 2005;15:103-7.

Copyright by Panawé Kassang, 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.

Dermatological emergencies: Two cases of facial malignant staphylococcal disease in the dermatology-venereology department of the Donka national hospital (Guinea)

Almiyassata Touré¹, Mariama Saliou Touré¹, Emmanuel Yombouno¹,
Fatoumata Biro Diallo^{1,2}, Mariame Touré^{1,2}, Moussa Savané^{1,2}, Issiaga Camara¹,
Mohamed Djiba Sidibé¹, Boh Fanta Diané^{1,2}, Mohamed Maciré Soumah^{1,2},
Thierno Mamadou Tounkara^{1,2}, Moussa Kéita^{1,2}, Mohamed Cissé^{1,2}

¹Service de Dermatologie-vénérologie, Hôpital National Donka CHU de Conakry, Guinée, ²Faculté des sciences et techniques de la santé (FSTS), UGANC, Conakry, Guinée

Corresponding author: Almiyassata Touré, E-mail: miyatoure25@gmail.com

ABSTRACT

The skin is the first line of defense of the body against environmental aggressions. It can be affected by a wide variety of microorganisms including *Staphylococcus aureus*. We report two cases. **Case n°1:** Mr. AT, 42 years old, saw an inflammatory facial cupboard in a context of febrile, following the manipulation of erosion under the right eyelid, the ophthalmological examination was unremarkable. The balance sheet noted a CRP = 150 mg/L, at the NFS a hyperleucocytosis at 27.5 G/L, the scan angiography not performed due to lack of financial means. In total, a malignant staphylococcal of the face Put on antibiotic therapy and Enoxaparin 0.4 mg daily subcutaneously for two weeks followed by a total regression of signs. **Case No. 2:** Ms. MD, 66 years old, seen for a swelling of the left hemiface with sudden onset 48 hours after handling a boil in her left cheek. Overall, a malignant staphylococcal disease of the face was retained. The NFS noted hyperleucocytosis at 12 G/L, glycated hemoglobin at 13%, the patient put on amoxicillin clavulanic acid injectable 3 grams per day and Enoxaparin 0.4 mg per day subcutaneously and local care, followed by improvement within ten days. **Conclusion:** Any erythematous swelling of the face occurring suddenly after manipulation of a facial lesion must evoke malignant staphylococcal disease of the face and be treated early.

Keywords: Malignant staphylococcal disease of the face, Emergency, Dermatology-venereology, Donka.

How to cite this article: Toure A, Touré MS, Yombouno E, Diallo FB, Touré M, Savané M, Camara I, Sidibé MD, Diané BF, Soumah MM, Tounkara TM, Kéita M, Cissé M. Dermatological emergencies: Two cases of facial malignant staphylococcal disease in the dermatology-venereology department of the Donka national hospital (Guinea). Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):91-94.

Submission: 04.07.2025; **Acceptance:** 12.09.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.9

Les urgences dermatologiques: deux cas de la staphylococcie maligne de la face au service de dermatologie-vénéréologie de l'hôpital national Donka (Guinée)

Almiyassata Touré¹, Mariama Saliou Touré¹, Emmanuel Yombouno¹, Fatoumata Biro Diallo^{1,2}, Mariame Touré^{1,2}, Moussa Savané^{1,2}, Issiaga Camara¹, Mohamed Djiba Sidibé¹, Boh Fanta Diané^{1,2}, Mohamed Maciré Soumah^{1,2}, Thierno Mamadou Tounkara^{1,2}, Moussa Kéita^{1,2}, Mohamed Cissé^{1,2}

¹Service de Dermatologie-vénéréologie, Hôpital National Donka CHU de Conakry, Guinée, ²Faculté des sciences et techniques de la santé (FSTS), UGANC, Conakry, Guinée

Corresponding author: Almiyassata Touré, E-mail: miyatoure25@gmail.com

RÉSUMÉ:

La peau est la première ligne de défense de l'organisme contre les agressions du milieu extérieur. Elle peut être affectée par une grande variété de microorganismes dont le *Staphylococcus aureus*. Nous rapportons deux cas. **Cas n°1:** M. AT, âgé de 42 ans, vu un placard inflammatoire du visage dans un contexte de fébrile, suite à la manipulation d'une érosion sous palpébrale droite, l'examen ophtalmologique était sans particularité. Le bilan notait une CRP= 150 mg/L, a la NFS une hyperleucocytose à 27.5 G/L, l'Angio scanner non réalisé par faute de moyens financiers. Au total, une staphylococcie maligne de la face Mis sous antibiothérapie et Enoxaparine 0,4 mg par jour en sous cutané pendant deux semaines suivies d'une régression totale des signes. **Cas n° 2:** Mme MD, âgée de 66 ans, vue pour une tuméfaction de l'hémiface gauche de survenue brutale 48h après la manipulation d'un furoncle de la joue gauche. Au totale une staphylococcie maligne de la face a été retenue. La NFS notait une hyperleucocytose à 12 G/L, une hémoglobine glyquée à 13%, la patiente mise sous amoxicilline acide clavulanique injectable 3 grammes par jour et Enoxaparine 0,4 mg par jour en sous cutanée et les soins locaux, suivie d'une amélioration en dix jours. **Conclusion:** Toute tuméfaction érythémateuse du visage survenant brutalement après manipulation d'une lésion du visage doit faire évoquer une staphylococcie maligne de la face et être pris en charge précocement.

Mots clés: Staphylococcie maligne de la face, Urgence, Dermatologie-vénéréologie, Donka.

INTRODUCTION

Les infections bactériennes représentent un motif fréquent de consultation en dermatologie notamment celles causées par les staphylocoques pouvant être à l'origine de pathologies graves [1,2]. La staphylococcie maligne de la face (SMF) est une infection cutanée, rare mais grave rapidement extensive [3]. Appartenant au groupe des thrombophlébites faciales [4]. Elle survient le plus souvent après la manipulation d'une

lésion Centro-faciale notamment un furoncle, ou autres lésions pouvant engager le pronostic vital, surtout devant les complications telles que la thrombose du sinus caverneux [5].

OBSERVATIONS

Cas n°1: M. AT, âgé de 42 ans, mécanicien sans antécédents particuliers, qui présentait une érosion sous

How to cite this article: Toure A, Touré MS, Yombouno E, Diallo FB, Touré M, Savané M, Camara I, Sidibé MD, Diané BF, Soumah MM, Tounkara TM, Kéita M, Cissé M. Les urgences dermatologiques: deux cas de la staphylococcie maligne de la face au service de dermatologie-vénéréologie de l'hôpital national Donka (Guinée). Our Dermatol Online. 2025;16(Supp. 3):91-94.

Submission: 04.07.2025; **Acceptance:** 12.09.2025

DOI: 10.7241/ourd.2025S3.9

palpébrale droite, consécutive à une pique d'insecte qui après manipulation, a développé un érythème et un œdème douloureux du visage dans un contexte de fébrile avec une température à 40,5 °C, céphalées, asthénie physique, notion de vomissement évoluant depuis 3 jours. L'examen physique avait montré un placard inflammatoire centro-faciale allant de la lèvre supérieure au front et s'étendant aux paupières rendant difficile l'ouverture des yeux, surmontée d'une érosion sous palpébrale droite, une bulle de contenu clair à la lèvre supérieure et de croûtes mélicériques par endroit limite par un bourrelet périphérique (Fig. 1).

L'examen ophtalmologique était sans particularité. Les autres appareils et systèmes étaient sans particularités. L'examen para clinique notait une CRP = 150 mg/L, une NFS notifiant une hyperleucocytose à 27.5 G/l, l'Angio scanner n'avait pas été réalisé par faute de moyens financiers. Au total, nous avons évoqué un érysipèle du visage et une staphylococcie maligne de la face devant la tuméfaction inflammatoire du visage d'installation brutale consécutif à la manipulation d'une érosion de sous palpébral. Mis sous Ceftriaxone à raison de 100 mg/kg/j par jour et Enoxaparine 0,4 mg par jour en sous cutané pendant deux semaines. L'évolution était favorable chez notre patient avec une régression totale des signes généraux, de l'inflammation, une cicatrisation de l'érosion (Fig. 2).

Cas n° 2: Mme MD, âgée de 66 ans, diabétique et hypertendue sous insuline et amlodipine et porteuse de pacemaker pour un bloc auriculoventriculaire de haut grade, vue pour une tuméfaction de l'hémiface gauche de survenue brutale 48h après la manipulation d'un furoncle de la joue gauche. A l'examen clinique, la température était à 37,7 °C et une glycémie à 4,11g/l.

L'examen dermatologique notait une tuméfaction de l'hémiface gauche indurée et mal limitée, surmontée d'un placard érythémateux foncé en lie de vin chaude, douloureuse sans bourrelet périphérique surmontée d'un nodule inflammatoire à la joue gauche centrée par une pustule évoquant un furoncle, il n'avait pas de cordon induré à la palpation du trajet veineux (Fig. 1).

Au total, nous avons évoqué une staphylococcie maligne de la face. La numération formule sanguine avait montré une hyperleucocytose à 12 G/L, une hémoglobine glyquée à 13% témoignant de déséquilibre de son diabète devant lequel un avis du service de diabétologie avait été demandé et à réadapter l'insulinothérapie puis recommande le respect des



Figure 1: Oedème du visage surmonté d'une érosion sous palpébrale droite et des croûtes mélicériques chez un homme de 42 ans.



Figure 2: Staphylococcie maligne en phase de rémission avec régression de l'œdème un assèchement de l'érosion chez un homme de 42 ans.

mesures hygiène diététiques, la patiente mise sous amoxicilline acide clavulanique injectable 3 grammes par jour et Enoxaparine 0,4 mg par jour en sous cutanée et les soins locaux, suivie d'une amélioration après dix jours avec une régression des signes généraux, une glycémie à 1,57G/l, une régression de l'œdème et l'érythème, le furoncle en phase de cicatrisation (Figs 2 et 3).

DISCUSSION

La staphylococcie maligne de la face est une urgence médicale [6] elle survient brutalement après la manipulation d'un furoncle Centro faciale, cependant toutes lésions siégeant dans ce triangle dangereux situé dans la Zone médio-faciale entre la région péri-narinaire, péri-auriculaire, et sourcilière peut en être la cause. Son diagnostic est clinique, elle doit être évoquée devant un érythro-œdème centro-facial, de survenue brutale sans bourrelet périphérique [3]



Figure 3: Staphylococcie maligne de la face consécutive à un furoncle chez une patiente diabétique. Staphylococcie maligne de la face en phase de rémission chez une patiente diabétique.

pouvant engagée le pronostic fonctionnel devant les atteintes oculaires conduisant à une cécité et une thrombose de sinus caverneux souvent mortel [7]. Malgré une prise en charge adéquate le pronostic reste réservé surtout chez l'immunodéprimé. Chez nos patients, le diagnostic et la prise en charge précoces ont été les marqueurs d'amélioration rapide et sans séquelles. La prévention reste de mise en évitant la manipulation des lésions du visage.

CONCLUSION

Toute tuméfaction érythémateuse du visage de survenue brutale après manipulation d'une lésion du visage doit faire évoquer une staphylococcie maligne de la face et mettre une antibiothérapie et une héparine de bas poids moléculaire précocement afin d'éviter toute complication pouvant engager le pronostic vital.

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. Piérard-Franchimont C, Lesuisse M, Piérard GE. Deux bactéries et une kyrielle d'infections cutanées communes. *Rev Med Liège*. 2012;67:513-9.
2. Houda BAIR. Staphylococcie maligne de la face. Université Mohamed v de Rabat, thèse présenté et soutenue en 2020.
3. Shanshal M. Dermatologic Emergencies CME Part II: Infections and infection-related complications. *Our Dermatol Online*. 2022;13:483-94.
4. Ouattara B, Bissa H, Djieukam M.C, Fokui JV, Diomande GF, Kouadio L. Les thrombophlébites en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. *Rev Iv Odonto-Stomatol*. 2010;1:12-5.
5. Bellon N, Lucca-Chrisment JD, Descamps V, Crickx B. Staphylococcie maligne de la face compliquée d'une thrombophlébite faciale due à un *Staphylococcus aureus* sécrétant de leucocidine de Pantone-Valentine. *Ann Dermatol Vénérolog*. 2011;138:253.
6. Kalmi N, Douhi Z, Choukri S, Baybay H, Elloudi S, Soughi M, Mernissi FZ. La staphylococcie maligne de la face: complications redoutables et porte d'entre atypiques. *Ann Dermatol Vénérolog*. 2022;2:230-31.
7. Boudiaf DE. Staphylococcie maligne de la face chez le diabétique: une infection imputoyable. *Ann Endocrinol*. 2015;76:522-3

Copyright by Almiyassata Touré, 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. 3 2025 (05 October.2025)