



Cas Clinique

Aïnhum en Milieu Sahélien : à Propos de 3 Cas et Revue de la Littérature

Aïnhum in the sahelian environment: a report of 3 cases with review of the literature

Idrissa SM¹, Dalatou MMMH^{1*}, Abdoulwahab MA², Niandou MA¹, Soumana YI¹, Souna BS¹

Affiliations

¹Service de Traumatologie-Orthopédie,
Hopital National Amirou Boubacar Diallo,
Niamey-Niger

² Service de Traumatologie-Orthopédie,
Hopital Général de Référence, Niamey-Niger

*Corresponding author: Dr Dalatou
Malam Maman Mahamadou Habibou,
habiboulex@yahoo.fr, +22796434240.

Mots clés : aïnhum, amputation, race noire,
sahélien.

Keywords: aïnhum, amputation, sub-
Saharan Africa.

RÉSUMÉ

L'aïnhum est essentiellement présente en Afrique subsaharienne. L'étiologie reste encore mal précisée. Le diagnostic est essentiellement clinique. Nous rapportons trois cas d'aïnhum chez trois patients d'âges différents, sur une période de 25 mois, à des stades différents de la maladie, dont une forme particulière associant une double bilatéralité d'aïnhum avec bride amniotique sur chaque pied. La prise en charge a été chirurgicale avec une bonne évolution locale et fonctionnelle du pied. Ces cas soulèvent encore la question de l'étiopathogénie de cette maladie qui demeure à ce jour inconnue.

ABSTRACT

Anhum is largely circumscribed to sub-Saharan Africa. The etiology is still poorly defined. Diagnosis is essentially clinical. We report three clinical cases of anhum in three patients of different ages, over a period of 25 months, at different stages of disease progression, including a form combining a double bilaterality with amniotic flange on each foot. The management was surgical with a good local and functional response. Our patients raise the question of the mysterious etiopathogenesis of this disease.

INTRODUCTION

L'Aïnhum ou dactylosis spontanea, est une affection d'étiologie inconnue. Elle tire son nom d'un dialecte des Nagos d'Amérique du sud. Elle affecte essentiellement les sujets de races noires en Afrique, en Amérique du sud et aux Antilles. Quelques cas ont cependant été signalés en Afrique du Nord, en Asie, et en Océanie [1]. En effet, l'Aïnhum se présente d'abord comme une fissure hyperkératosique de la base d'un orteil, puis comme une bande fibreuse constructive entourant l'orteil qui généralement entraîne l'amputation spontanée de ce dernier quelques années plus tard (environ 5 ans). Elle affecte surtout le quatrième et le cinquième orteil, elle peut être bilatérale [1,2,3].

Quand l'affection devient douloureuse et gênante, le traitement nécessite une amputation de régularisation.

Nous rapportons trois cas d'observation d'aïnhum à différentes durées d'évolution, colligés au service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey sur une période de vingt-cinq (25) mois allant du 03/07/2019 au 02/08/2021.

OBSERVATIONS**Patient 1**

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, sans profession, sans antécédents pathologiques pertinents, vivant au Niger, reçue en consultation pour une douleur intermittente et une déformation du 5^e orteil du pied gauche avec une gêne à la marche, évoluant depuis 20 ans,

mais aggravée depuis 4 mois, sans contexte traumatique, ni infectieux, ni notion de marche prolongée pied nu.

La symptomatologie aurait débuté par un sillon circulaire, constructif à la base du cinquième orteil du pied gauche, s'étendant progressivement en profondeur jusqu'à menacer l'orteil de chute. La patiente était en bon état général, apyrétique. L'examen physique notait un sillon de constriction très serré à la base du cinquième orteil, de contour noirâtre au point de constriction. La partie en aval était tuméfiée, globuleuse, normo colorée, légèrement déviée de l'axe et très douloureuse à la mobilisation (Figure 1a). On ne note pas de troubles vasculonerveux au pied. L'examen du pied controlatéral et du reste de l'appareil locomoteur était normal. Le bilan biologique était aussi normal. La radiographie standard du pied droit de face et incidence 3/4 réalisées montraient des lésions ostéolytiques au cinquième rayon (Figure 1b, 1c).



Figure 1 : (a) sillon circulaire constructif à la base du 5^e orteil du pied gauche. Radiographie de pied gauche incidence de face (b) et de 3/4 (c) montrant une ostéolyse de P3P2, du corps et de la tête de P1 du 5e rayon du pied. (d) amputation du cinquième orteil droit.

Le diagnostic d'aïnhum classé stade 3 selon COLE du 5^e orteil du pied gauche a été alors posé et une régularisation par amputation de la base du 5^e orteil réalisée (figure 1d) avec traitement complémentaire à base d'antalgiques et antibiotique. L'évolution après traitement était favorable avec obtention d'une bonne cicatrisation du moignon d'amputation avec un pied indolore et une reprise de la marche sans gêne.

Patient 2

Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans, cultivateur avec antécédent d'auto amputation du cinquième orteil du pied droit remontant à environ 15 ans. Il consultait pour une douleur lancinante à la marche et une striation ulcérate du cinquième orteil du pied gauche. Le début des symptômes remonterait à environ trois ans plus tôt, avec une aggravation progressive de la lésion dans un contexte non infectieux et non traumatique. Le patient avait un bon état général.

L'examen clinique a montré une ulcération circulaire striée intéressant le cinquième orteil, du pied gauche, et une bride amniotique au deuxième et troisième orteil (Figure 2a). L'examen vasculaire et nerveux en aval était normal. L'examen du pied controlatéral a mis en évidence un moignon d'amputation cicatrisé (auto amputation) du cinquième orteil du pied droit datant d'environ 15 ans et une bride amniotique du deuxième et troisième rayon (figure 2a). Le reste de l'examen clinique ainsi que les examens biologiques réalisés étaient normaux. La radiographie des deux avant-pieds a mis en évidence une ostéolyse au cinquième rayon (Figure 2b, 2c).



Figure 2 : (a) aspect local du pied droit avec moignon auto amputation cicatrisé et pied gauche avec ulcération circulaire la base cinquième orteil et une bride amniotique du deuxième et troisième rayon des deux pieds. (b) et (c) radiographie de l'avant-pied droit et gauche montre successivement une ostéolyse complète de P3, de la tête, du corps et de la base de P2 du 5e rayon à gauche et à droite.

Le diagnostic d'une double bilatéralité a été posé : aïnhum bilatéral stade 2 selon la classification de COLE au cinquième rayon gauche et stade 4 au cinquième rayon (cicatrice) à droite ainsi qu'une bride amniotique bilatérale des 2 e-3 e rayons des deux pieds.

La prise en charge, consistant à la réalisation d'amputation de régularisation de la base du cinquième rayon du pied gauche a été faite avec une bonne évolution clinique.

Patient 3

Il s'agit d'un patient âgé de 55 ans, cultivateur sans antécédents pathologiques pertinents, reçu en consultation

pour une douleur du pied gauche évoluant depuis 10 ans, devenue insupportable et entravant la marche depuis deux mois. L'examen physique a montré un sillon de striation très serré au niveau de la base du cinquième rayon du pied gauche, de contour noirâtre, globuleux en aval (figure 3a). L'examen vasculaire et nerveux en aval était normal. L'examen du pied controlatéral a trouvé un début de sillon de striation (figure 3b). Le reste de l'examen physique était sans particularités.

La radiographie standard de face des deux pieds (figure 3c et 3d) a trouvé à gauche et à droite une ostéolyse du corps de P1 et la base de P2.

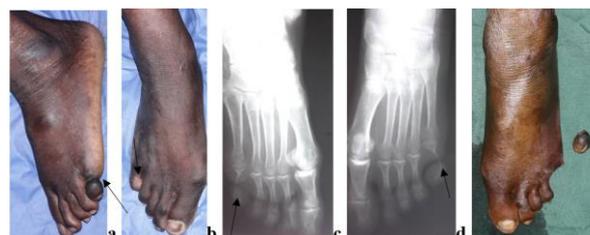


Figure 3 : (a) aspect de striction totale du cinquième rayon pied gauche avec signe de souffrance locale en aval. (b) début de sillon de striation à la face dorsomédiale du 5^e rayon du pied droit. (c) et (d) ostéolyse bilatérale du corps de P1 et la base de P2 du 5^e rayon des 2 pieds (droit et gauche). (e) amputation de régularisation du 5e orteil gauche.

Le diagnostic d'aïnhum bilatéral des deux pieds des cinquièmes rayons, classe stade 3 de COLE à gauche et stade 1 à droite avait été retenu. La prise en charge chirurgicale à gauche a consisté en une amputation de régularisation de la base du 5^e rayon du pied gauche (figure 3e) associée à un traitement médical.

L'évolution clinique a été favorable après l'amputation avec un pied indolore et reprise de la marche sans gêne.

DISCUSSION

L'aïnhum ou dactylolyse spontanée est une pathologie rare dont l'étiopathogénie reste encore mal élucidée. En effet, plusieurs auteurs dans la littérature, s'accordent à dire que cette pathologie est principalement observée chez les personnes à la peau noire d'Afrique, d'Amérique ou des Antilles, pouvant affecter aussi bien chez le sexe masculin que le sexe féminin [4,5,6,7].

Cette pathologie peut survenir à tout âge, plus fréquemment chez les sujets adultes entre 21 et 59 ans [5,8]. L'évolution clinique est lente variant de 18 mois à 10 ans [9,10]. En Afrique, plusieurs cas d'aïnhum intéressant pour la plupart des hommes ont été rapportés dans différents pays [8,9,10,11]. En outre, des cas d'aïnhum concernant le sexe féminin en Afrique subsaharienne, ont été décrits avec des présentations cliniques particulières [4,12]. Cependant, l'incidence la plus élevée au monde a été rapportée au Nigéria avec 2,48 cas pour 1000 hommes et 1,08 cas pour 1000 femmes [13].

L'aspect des cas rapportés dans notre étude, évoque spécifiquement le tableau clinique évolutif de l'aïnhum dans sa forme la plus décrite avec un cas particulier rapporté d'association entre aïnhum et bride amniotique

des pieds. En effet, Cole a décrit quatre degrés de gravité croissante [10] qui sont :

- le stade 1 correspond au sillon. C'est la constriction des parties molles à la face tibiale du cinquième orteil,
- le degré 2 est l'ulcération du fond du sillon,
- le degré 3 traduit l'atteinte osseuse. L'ostéolyse, avec un aspect effilé de l'os, est en regard de l'articulation interphalangienne proximale. La tête de la phalange proximale est désaxée,
- le degré 4 correspond à l'auto amputation.

La lésion osseuse est constante dans cette pathologie. L'amputation spontanée surviendrait après cinq ans d'évolution de la maladie. Ces trois cas d'observations mettaient en exergue l'évolution clinique de l'aïnhum dans sa forme la plus décrite et connue avec ses différents stades. Cependant dans le 1^e et 2^e cas clinique, nous étions en présence des sujets du troisième âge, avec respectivement un aïnhum de stade 3 du 5^e rayon pied droit évoluant depuis 20 ans pour le 1^{er} cas un stade 4 de la maladie correspondant à l'auto amputation spontanée de l'orteil.

Le 2^e cas clinique constitue une forme particulière à double bilatéralité : aïnhum du cinquième rayon pour chaque pied, évoluant depuis 15 ans pour le pied droit ayant abouti au stade 4 de la pathologie et pour le pied gauche au stade 2 d'une part et d'autre part une bride amniotique bilatérale du 2^e-3^e rayon de chaque pied. Cette association constitue une forme rarement rapportée dans la littérature.

Cependant, ces deux cas ci-dessus, nous renvoie à une durée d'évolution atteignant 15 ans voir 20 ans, alors même que la plupart des auteurs [7,8,9,11] rapportent une durée d'évolution de 5 à 10 ans entre les quatre phases de la maladie.

Aussi, le 3^e cas décrit bien une forme bilatérale de la maladie le plus souvent retrouvée chez l'adulte. En sommes, ces trois cas cliniques rapportés soulèvent encore la question d'une maladie dont l'étiopathogénie reste encore méconnue. Cependant l'aïnhum doit être différenciée du pseudoainhum. Ce dernier est défini comme tout cas d'auto amputation non associée à l'aïnhum spontané classique observé chez les africains dont l'étiologie est inconnue [12].

Le diagnostic de l'aïnhum demeure clinique et le traitement à un stade avancé où l'affection devient gênante, reste chirurgical et consiste à une amputation de régularisation de l'orteil.

CONCLUSION

L'aïnhum est une pathologie rare, le plus souvent rencontrée dans la population noire. La durée d'évolution est très lente, pouvant aller au-delà de celle rapportée par la majorité des écrits qui est de quelques mois à 10 ans pour atteindre jusqu'à 20 ans. Ces cas cliniques rapportés soulèvent encore la question de l'étiopathogénie cette maladie qui reste à ce jour non élucidée.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

La participation des auteurs a été collégiale tant à la rédaction qu'à la révision du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Marc Gentilini. Médecine Tropicale. 6e édition. Paris: Flammarion 2001. p639.
2. Maxfield L, Al Aboud DM. Ainhum. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). July 6, 2021. PMID: 31536219
3. Prabhu R, Kannan NS, Vinoth S, Praveen CB. Ainhum. A Rare Case Report. J Clin Diagn Res. 2016; Apr 10(4): 17-18.
4. Tchoukam DN, Tochie JN, Guifo ML, Choukem SP. Ainhum, a rare mutilating dermatological disease in a female Cameroonian: a case report. BMC Dermatology. 2019 ; 19(12) :1-4
5. Rashid RM, Cowan E, Abbasi SA, Brieva J, Alam M. Destructive deformation of the digits with auto-amputation: a review of pseudo-ainhum. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007; 21 :732-7.
6. Morand J.J., Lightburn E. Ainhum et pseudo-Ainhum: panorama clinique et hypothèses étiopathogéniques. Méd. Trop. 2002; 62:166-170.
7. Roesch A, Kinner B, Schaechinger U, Obermann EC, Landthaler M, Hohenleutner U. A woman with a dangling digit. J Dtsch Dermatol Ges. 2007 Nov; 5(11):1008-9.
8. Kitembo FM, Sangwa MC, Kakinga ZM, Mutomb J F. Maladie d'Ainhum (Dactylyolysis spontanée): à propos d'un cas clinique The Pan African Medical Journal. 2014; 19: 60.
9. Lenga-Loumingou I.A, Loumingou J.R, Ntsiba H. Deux nouveaux cas d'ainhum. Annales de l'Université Marien N'GOUABI 2018; 18(2): 18-22
10. Ouédraogo AN, Dakouré PWH, Ndiaye M, Zeba/Lompo S, Traoré F, Tinto S et al. Ainhum: Aspects cliniques, radiographiques et thérapeutiques à propos de 3 cas. Our Dermatol Online 2016; 7(4): 453-458.
11. Abdurrahman AS, Mohamed KA. Case Report : Bilateral Ainhum in a 6-year-old Black African Male Child. International Journal of Medical Reviews and Case Reports 2018 ; 2(4) :119-122
12. Koudoukpo C, et al. Ainhum et « kératodermies acrales africaines » : trois cas. Ann Dermatol Venereol 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2014.11.013>
13. Jakus JR. Ainhum. emedicine.medscape.com/article/1074953-overview. Updated May 02, 2017.
14. Cole GJ. Ainhum: An account of fifty-four patients with special reference to etiology and treatment. J Bone Joint Surg Br 1965; 47: 43-51.
15. Shtofmakher G, Kaufman MA, Cohen R, Glockenberg A. Autoamputation du cinquième chiffre: ainhum (dactylyolys spontanée). BMJ Case Rep. 2014 20 mai 2014. Pii: bcr2014205021.
16. Wollina U, Tirant M, Vojvodic A, Nardo VD, Lotti T. Unilateral Pseudo-Ainhum in Liver Cirrhosis. Open Access Maced J Med Sci. 2019 Sep 10;7(18):3013-3014.

ARTICLE HISTORY

Submitted: 15 January 2022

Revision requested: 5 February 2023

Accepted: 12 February 2023

Published: 28 February 2023