



## Article Original

## Profil clinique, Comorbidités et Qualité de Vie des Patients Atteints du Pityriasis Rose de Gibert à Parakou (Bénin)

*Clinical presentation, comorbidities and quality of life of patients with pityriasis rose de Gibert in Parakou (Benin)*

Agbessi Nadège<sup>1</sup>, Dégboé Bérénice<sup>2</sup>, Hougbo Odile<sup>1</sup>, Keutcha Lina<sup>1</sup>, Akpadjan Fabrice<sup>2</sup>, Adégbidi Hugues<sup>2</sup>, Atadokpèdé Félix<sup>2</sup>, Koudoukou Christiane<sup>1</sup>, Do Ango - Padonou Florencia<sup>2</sup>

(1) Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou/Alibori, Faculté de Médecine de Parakou, Université de Parakou (Bénin)

(2) Centre National Hospitalier Universitaire / Hubert Koutoukou Maga, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Université d'Abomey Calavi (Bénin)

### Auteur correspondant :

Dr Nadège AGBESSI

Adresse e-mail : aurore\_in@yahoo.fr

Boîte postale :

Tel : (00229) 97 58 35 06

**Mots-clés :** Pityriasis rosé de Gibert, épidémiologie, comorbidités, qualité de vie, Parakou

**Keywords:** Gibert's pink pityriasis, Epidemiology, Comorbidities, Quality of life, Parakou

### Article history

Submitted: 4 February 2023

Revision requested: 7 March 2023

Accepted: 16 March 2023

Published: 30 March 2023

### RÉSUMÉ

**Introduction.** L'objectif de la présente étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients souffrant de pityriasis rosé de Gibert (PRG), les comorbidités associées et d'analyser le retentissement du PRG sur la qualité de vie. **Matériels et méthodes.** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique allant de janvier 2017 à septembre 2020. Elle a concerné tous les patients ayant consulté dans le service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou-Alibori (CHUD-B/A) et chez qui le diagnostic de PRG a été posé. Les critères diagnostic étaient la plaque initiale, l'atteinte tronculo rhizomélisque et l'aspect en sapin de Noël dans le dos. **Résultats.** La fréquence du PRG était de 2,36%. L'âge moyen des patients était de  $19,58 \pm 6,53$  ans avec une prédominance féminine et un sex ratio à 0,43. 47,82% des patients présentaient des lésions cutanées de moins d'un mois et elles apparaissaient plus au mois en avril (14,49%). La lésion initiale siégeait sur le thorax (39,13%). La forme clinique typique était la plus fréquente (56,52%). La sérologie de l'hépatite B était revenue positive chez 13,04% et l'altération de la qualité de vie était modéré chez 23% des patients et importante chez 9%. **Conclusion.** La fréquence du PRG est non négligeable dans le service de Dermatologie-Vénérologie de Parakou. Il s'agit d'une dermatose qui altère la qualité de vie des patients atteints et l'hépatite B fait partie des comorbidités retrouvées chez les patients.

### ABSTRACT

**Introduction.** The objective of the present study was to describe the epidemiological and clinical profile of patients with Gibert's pink pityriasis (GPR), associated comorbidities and to analyze the impact of GPR on quality of life. **Materials and methods.** This was a descriptive cross-sectional study with an analytical aim from January 2017 to September 2020. It concerned all patients who consulted the Dermatology-Venerology Department of the Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou-Alibori (CHUD-B/A) and who were diagnosed with PRG. The diagnostic criteria were the initial plaque, the truncated rhizome involvement and the Christmas tree appearance on the back. **Results.** The incidence of PRG was 2.36%. The mean age of the patients was  $19.58 \pm 6.53$  years with a female predominance and a sex ratio of 0.43. The majority of patients (47.82%) had skin lesions less than one month old and they appeared more in April (14.49%). The initial lesion was more often located on the thorax (39.13%). The typical clinical form was the most frequent (56.52%). Hepatitis B serology came back positive in 13.04% and the alteration of the quality of life was moderate in 23% of patients and important in 9%. **Conclusion.** The frequency of PRG is not negligible in the Dermatology-Venerology Department of Parakou. It is a dermatosis that alters the quality of life of affected patients and hepatitis B is one of the comorbidities found in patients.

## POINTS SAILLANTS

**Ce qui est connu du sujet**

Le pityriasis rosé de Gibert (PRG) est une dermatose saisonnière bénigne du jeune adulte. Sa prévalence varie selon les pays. L'étiologie est probablement virale.

**La question abordée dans cette étude**

Profil épidémioclinique du PRG, comorbidités associées et qualité de vie des patients

**Ce que cette étude apporte de nouveau**

La fréquence du PRG est faible. La forme clinique typique est la plus fréquente. Des comorbidités sont présentes chez un patient sur cinq. L'altération de la qualité de vie est modérée ou importante chez un patient sur trois.

**Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.**

Le personnel soignant devrait accorder plus d'attention au volet psychologique dans le traitement du PRG.

## INTRODUCTION

Le pityriasis rosé de Gibert (PRG) est une dermatose saisonnière, qui touche plus particulièrement les jeunes adultes au printemps ou à l'automne (soit en saison sèche au Bénin); d'étiologie probablement virale [1]. La prévalence du PRG est variable d'un pays à un autre [2].

Il demeure une affection bénigne dont l'évolution est confrontée parfois à des récurrences. Ces récurrences s'expliqueraient par la persistance des facteurs exogènes (la notion de contacts étroits avec des cas de pityriasis rosé de Gibert, une notion de voyage ou la prise de médicaments, des infections sexuellement transmissibles antérieures, des antécédents personnels ou familiaux) et/ou endogènes (terrain d'atopie) et l'existence de comorbidités (acné). Des études récentes ont noté que cette affection était révélatrice de diverses pathologies infectieuses en général asymptomatiques [1].

La présente étude a été réalisée pour décrire le profil épidémioclinique, identifier les comorbidités et apprécier la qualité de vie des patients.

## MATERIELS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude prospective transversale descriptive et à visée analytique allant de janvier 2017 à septembre 2020. Elle a concerné tous les dossiers des patients ayant consulté dans le service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou-Alibori (CHUD-B/A) et chez qui le diagnostic de PRG a été posé. Les patients ont été ensuite interrogés pour l'évaluation de la qualité de vie.

Le diagnostic du PRG a été posé sur les arguments cliniques. Le score de qualité de vie ou DLQI (Dermatology Life Quality Index) a été utilisé pour évaluer l'impact du PRG sur la qualité de vie des personnes atteintes. Il comporte 5 items sur : les émotions ressenties, l'impact de la maladie sur les relations du malade, les conduites d'évitement, les sentiments d'angoisse et la perception globale de la maladie. Le score varie de 0 à 30. Le DLQI a été utilisé chez les patients ayant plus de 12 ans et le Children DLQI, chez ceux ayant un âge  $\leq 12$  ans et capables de répondre aux questions.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Data version 3.1 puis analysées à l'aide du logiciel SPSS 21. Pour les différentes associations le seuil de significativité retenu fut  $p \leq 5\%$ .

## RESULTATS

Sur les 2924 patients ayant consulté dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHUD-B/A pendant la période, le diagnostic de PRG a été posé chez 69 soit une fréquence de 2,36%.

Les moins de 15 ans et les jeunes de 20-30 ans représentaient 38,98% de la population chacun. L'âge moyen était de  $19,58 \pm 6,53$  ans avec des extrêmes de 5 et 68 ans.

La prédominance était féminine avec un sex ratio à 0,43. Les élèves (50,72%) et les étudiants (26,63%) étaient majoritairement représentés.

Le prurit représentait le signe fonctionnel prédominant et était présent chez 68,11% des patients. Le PRG était plus fréquent au cours du mois d'avril (14,49%). Les infections sexuellement transmissibles antérieures ont été déclarées chez 14,49% des patients, de même que l'asthme et la sérologie de l'hépatite B était revenue positive chez 13,04% des patients (Tableau I).

**Tableau I: Répartition des patients atteints du PRG en fonction de leurs antécédents personnels au CHUD de 2017 à 2020**

Antécédent	n	%
Aucun	55	79,71
Asthme	10	14,49
Infection sexuellement transmise	10	14,49
Hépatite B	09	13,04
Sinusite	05	07,24
Rhinite allergique	02	02,89

Le partage ou le changement de literie a été signalé chez 27,53% des patients comme facteur déclenchant ou favorisant la survenue du PRG. Les sujets qui changeaient la literie au moins une fois par mois étaient moins atteints par le PRG.

Cliniquement, la plaque initiale était plus fréquente au niveau du thorax (39,13%) et la forme typique ou classique du PRG (Figure 1) était la forme clinique la plus fréquente dans la population d'étude (56,52%) suivie du PRG prurigineux (21,04%) puis de la forme inversée (02,89%). Les formes eczématisées ont été retrouvées chez 13,04 et celles impétiginisées chez 05,97.





**Figure 1** : Pityriasis rosé de Gibert typique du dos

Parmi les patients atteints du PRG, 7,24% avaient l'acné et le même taux avaient la dermatite atopique (Tableau II).

**Tableau II: Répartition des patients souffrant du pityriasis rosé de Gibert en fonction des dermatoses associées au CHUD-B/A de 2017 à 2020**

Antécédent	n	%
Dermatite atopique	05	7,24
Acné	05	7,24
Folliculites	02	2,89
Candidose	01	1,49
Teigne	01	1,49

La qualité de vie des patients souffrant de PRG a été impactée de façon variable. Le PRG a altéré de façon modérée la qualité de vie de 23% des patients (Figure 2).



**Figure 2** : Répartition des patients en fonction de l'impact du PRG sur la qualité de vie au CHUD-B/A de 2017 à 2020

Après analyse univariée les facteurs ayant un lien statistique avec le PRG étaient : l'âge ( $p=0,0023$ ), le sexe ( $p=0,0023$ ), le partage ou changement de literie ( $p=0,0374$ ), le statut matrimonial ( $p=0,0045$ ), le revenu mensuel ( $p=0,0329$ ).

## DISCUSSION

La fréquence du pityriasis rosé de Gibert à Parakou était de 2,36%. Elle était proche de celle rapportée par Schwartz et al. [1] (2%) aux Etats-Unis, mais inférieure à celle de Seudjip et al. [2] (4,16%) en République Démocratique du Congo et supérieure à celle obtenue par Traoré et al. [3] (0,6%) au Burkina Faso. Cette fréquence est variable selon les pays mais reste faible, ce qui pourrait s'expliquer par la rapidité de résolution des lésions de pityriasis rosé de Gibert qui n'amènent pas toujours les patients à consulter un dermatologue [1].

L'âge moyen des patients était 19,58 ans avec des extrêmes de 5 et 68 ans. Il était inférieur à celui obtenu par Angoratchi et al. [4] en Côte-d'Ivoire et Lenga et al. [5] en République du Congo qui ont respectivement trouvé 25,3 ans et 27,26 ans. Quoique les tranches d'âge diffèrent entre les études, on s'accorde à l'unanimité que le PRG touche majoritairement le sujet jeune entre 10 et 35 ans [1].

Une prédominance féminine (69,56%) a été notée à Parakou avec une sex ratio à 0,43. Ce constat confirme les données de la littérature [1, 2, 4, 5].

Le PRG était plus fréquent pendant le mois d'avril (saison pluvieuse) (14,49%) à Parakou, Amer et al. [6] aux Etats-Unis ont noté aussi une incidence maximale en avril, et en mai. Par contre, Singh et al. [7] en Inde ont noté sa survenue pendant les mois les plus froids, c'est-à-dire durant la fin de l'automne (septembre), et de l'hiver (novembre, décembre, janvier et février). Tous ces résultats traduisent son caractère saisonnier qui survient en hiver et au printemps, ou en fin automne dans les climats tempérés. On pourrait dire que la chaleur est protectrice ou les rayons solaires.

Le partage ou changement de literie retrouvé chez 27,53% était significativement associé à la survenue du pityriasis rosé de Gibert dans la population d'étude ( $p=3,74.10^{-2}$ ). Il pourrait être considéré comme un facteur favorisant la survenue du pityriasis rosé de Gibert car il a été mentionné chez les personnes ayant des contacts physiques étroits [1]. Le signe fonctionnel dominant était le prurit (68,11%), ce constat confirme ceux de la littérature [3, 6] et traduit le caractère prurigineux du pityriasis rosé de Gibert.

La lésion initiale débutait souvent au niveau du thorax (39,13%). Ce résultat confirme les données de la littérature qui stipule que la plaque initiale était plus fréquente au niveau du thorax [2, 3].

La forme typique du pityriasis rosé de Gibert était la plus fréquente chez 56,52%. Cette valeur est inférieure à celle obtenue par Traoré et al. [3], Amer et al. [6] aux Etats-Unis, Jairath et al. [8] en Inde qui ont trouvé respectivement 86,1% 80%, 66,66%.

L'atopie a été signalée comme un facteur prédisposant de survenue du pityriasis rosé de Gibert [1]. Dans notre étude, elle était présente chez 53,61%. Il a été noté concomitamment que 7,24% des patients avaient aussi soit de l'acné ou de la dermatite atopique. Ces 3 pathologies constituent des comorbidités associées au PRG [1]. La sérologie de l'hépatite B était revenue positive chez

13,04%. Ce taux pourrait confirmer la possibilité du rôle du virus de l'hépatite B dans l'apparition du pityriasis rosé de Gibert [9].

La qualité de vie de 23% de la population atteinte a été modérément altérée et 9% ont eu une altération importante de la qualité de leur vie. Ces constats confirment les dires d'Amer et al. [6] qui stipulaient qu'un préjudice esthétique occasionné par le PRG participe à l'altération de la qualité de vie des patients. Cette altération de la qualité de vie devrait amener le personnel soignant à faire une psychothérapie de soutien voire une psychothérapie spécifique chez les patients atteints de PRG.

## CONCLUSION

Le PRG est une affection non négligeable à Parakou avec une prédominance féminine. Il atteint les sujets jeunes de sexe féminin. La forme clinique typique était la forme la plus fréquente. Les comorbidités retrouvées étaient l'hépatite virale B, le terrain atopique et l'acné. Le PRG a un impact faible, modéré voire important sur la qualité de vie des patients, il serait donc indispensable que le personnel soignant tienne compte de ce volet pour la prise en charge globale des patients.

## REFERENCES

1-Schwartz RA, Janniger CK, Lichenstein R. Pityriasis rosea : Practice Essentials, Pathophysiology, Etiology [En ligne, mise à jour le 16 mars 2022]. Disponible: <http://www.emedicine.medscape.com/article/1107532-overview?reg=1> consulté le 17/01/23.

2-Seudjip NLJ, Bunga MP, Ahogo KC. Epidémiologie et clinique du Pityriasis rose de Gibert chez les enfants aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. Ann. Afr. Med., Vol. 9, N° 3, Juin 2016. P :2631-2

3-Traoré A, Korsaga-Some N, Niamba P, Barro F, Sanou I, Drabo YJ. Pityriasis rosea in secondary schools in Ouagadougou, Burkina Faso. Ann Dermatol Venerol. 2001; 128:605-9.

4-Angoratchi A, Kaloga M. Thèses de la bibliothèque virtuelle de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique de l'Université Félix Houphouët Boigny [En ligne]. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du pityriasis rosé de Gibert au service de Dermatologie du CHU Treichville (Abidjan) [cité le 14 juillet 2014]. Disponible : <http://inveniov1.uvci.edu.ci>.

5-Lenga I.A. Centre pour la communication scientifique directe [En ligne]. Efficacité des dermocorticoïdes dans le pityriasis rosé de Gibert en République du Congo [cité le 07 avril]. Disponible : <http://www.hal.archives-ouvertes.fr> consulté le 12/02/2020.

6-Amer A, Fisher H, Li X. The natural history of pityriasis rosea in black american children: How correct is the classic description. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 ; 16(5) : 503-6.

7-Singh M, Pawar M, Chuh A, Zawar V. Pityriasis rosea: elucidation of environmental factors in modulated autoaggressive etiology and dengue virus infection. Acta Dermato venereol Alp Pannica Adriat. 2019; 28(1): 15-20.

8-Jairath V, Mohan M, Jindal N, et al. Narrowband UVB phototherapy in pityriasis rosea. Indian Dermatol Online J. 2015; 6(5):326-9.

9-Karabinta Y, Faye O, Konaté I, Sylla O, Dicko A, Cissé L. Pityriasis Rosé de Gibert révélant une Hépatite virale B. Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie. 2017 ; 10 :14-18.