

## EPIDEMIOLOGIE ET CLINIQUE DU PITYRIASIS ROSE DE GIBERT CHEZ LES ENFANTS AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA

Seudjip Nono Lydie Joelle<sup>1</sup>, Bunga Muntu Paulo<sup>2</sup>, Ahogo Kouadio Celeste<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service of dermatology, University's clinics of Kinshasa, Democratic Republic of Congo, <sup>2</sup>Pediatrics Department, University's clinics of Kinshasa, Democratic Republic of Congo, <sup>3</sup>Service of dermatology, Treichville's teaching hospital, Ivoir Coast.

**Corresponding Author:** Seudjip Nono Lydie Joelle, E-mail: nonojoelle@yahoo.fr

**Submitted:** May 2016, **Accepted:** February 2017

### SUMMARY

**Context:** Pityriasis rosea of Gibert is a benign erythematous squamous dermatosis probably viral. Its occurrence may be related to season changes (variations). It's observed mostly in female children and scarce in infants. PRG is therefore worth been known in developing countries. The aim of our study is to determine the epidemiologic profile of PRG in children admitted for consultation in the dermatology service of the university's clinics of Kinshasa. **Patients and methods:** The transversal and descriptive study first to all started with a group of 1994 patients, all ages and gender included and finally went on with 817 children examined in the service of dermatology of the university's clinics of Kinshasa from June 1st to December 31st 2011 (31 months). The variables studied were based on socio-demography (age, gender, oftenness), seasons (months of the year) and clinics (Christmas tree shaped, papulosquamous eruption, consequent black spot and topography). The only patients retained for the study were those old of 0 to 18 years with medical file containing important variables for the study and whose parents agreed to give detail informations for the good evolution of the study. **Results:** Out of the 1994 patients received at the beginning, 817 children were retained for the study, representing 40.17%. 34 children out of those retained (4.16%) presented PRG, of which 28 girls, giving a sex ratio F/M of 4.66. School children and teenagers were found in 32.29% and 41.17% respectively of the cases. The trunk was the part of the body mostly affected in 74.46% of the cases, with reversed « Christmas tree shaped », papulosquamous lesions. The period of predilection were during the months of February and July (cold climate in the region of Kinshasa). **Conclusion:** The occurrence of PRG in children was 4.16% with a sex ratio F/M of 4.66; school children and teenagers were those mostly affected, especially during the dry season.

**Key words:** Pityriasis Rosea of Gibert, Epidemiology, Children, Kinshasa

#### Access this article online

**Website:** <http://www.satapublishers.com>

**DOI:** 10.18644/jiresb-biotech.0000032

**E-ISSN:** 2413-7669 (Online)

# EPIDEMIOLOGIE ET CLINIQUE DU PITYRIASIS ROSE DE GIBERT CHEZ LES ENFANTS AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA

Seudjip Nono Lydie Joelle<sup>1</sup>, Bunga Muntu Paulo<sup>2</sup>, Ahogo Kouadio Celeste<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Docteur en médecine, Dermatologue; Cliniques Universitaires de Kinshasa, département des spécialités, service de dermatologie, université de Kinshasa, R.D. Congo, <sup>2</sup>Professeur, pédiatre, néonatalogue, toxicologue; Cliniques Universitaires de Kinshasa, université de Kinshasa, R.D. Congo, <sup>3</sup>Professeur, dermatologue; Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Corresponding Authors:** Seudjip Nono Lydie Joelle, E-mail: nonojoelle@yahoo.fr

**Submitted:** May 2016, **Accepted:** February 2017

## RÉSUMÉ

**Contexte:** Le pityriasis rosé de Gibert (PRG), dermatose aigue cosmopolite bénigne, a des incidences variables selon les pays et les saisons. Il est rare chez le nourrisson et s'observe chez les enfants dans les deux sexes avec prédominance féminine. Le PRG mérite donc d'être connu dans les pays en voie de développement. Cette étude vise à déterminer le profil épidémioclinique du pityriasis rosé de Gibert chez les enfants aux cliniques universitaires de Kinshasa.

**Patients et méthodes:** Notre étude transversale et descriptive, au départ d'une population de 1994 patients de tous âge et sexe confondus, s'est penchée sur 817 enfants examinés au service de dermatologie des CUK durant la période du 1er juin 2009 au 31 décembre 2011 (31 mois). Les variables étudiées étaient d'ordre socio-démographique (âge, sexe, fréquence), saisonnier (mois de l'année) et clinique (médaillon, éruption papulo-squameuse en sapin de Noël, macule séquellaire et topographie). Les malades de 0 à 18 ans reçus pendant la période d'étude avaient un dossier médical contenant les variables d'intérêt. Le consentement a été obtenu de manière verbale et éclairé auprès des grands enfants et des parents avec strict respect de la confidentialité et des normes éthiques. **Résultats:** 817 enfants étaient retenus au total au départ d'une population de 1994 patients de tous âge et sexe confondus, représentant 40,97 %. Sur cet effectif, 34 enfants ont présenté le PRG (4,16 %) dont 28 filles et 6 garçons, avec un sex ratio F/H de 4,66. Les enfants en âge scolaire et les adolescents étaient retrouvés respectivement à 35,29 % et 41,17 % des cas. Le tronc était la zone la plus atteinte dans 76,46 % des cas. Les mois de février et de juillet constituaient les périodes de prédilection (saison sèche et froide dans la ville province de Kinshasa). **Conclusion:** Notre fréquence de PRG chez les enfants était de 4,16 % avec un sex ratio F/H de 4,66 ; la saison sèche était majoritairement incriminée dans la survenue des lésions.

**Mots clés :** Pityriasis Rosé de Gibert, Enfants, Kinshasa

## 1. INTRODUCTION

Le Pityriasis rosé de Gibert (PRG) est une dermatose aigue bénigne qui guérit spontanément en quelques semaines (1). C'est une pathologie cosmopolite qui

représente 0,16 à 0,67% des consultations dermatologiques au Royaume uni (2), au Soudan (3), en Inde (4) et chez les enfants au Koweït (5). Sa prévalence est de 0,6% chez les enfants au Burkina Faso (1); sa fréquence varie entre 2,3 et 4,8 % au Nigéria et en Ouganda, où elle s'avère plus élevée que dans d'autres pays (2, 3, 5).

Le PRG est observé dans les deux sexes avec une prédominance féminine (6-8), surtout entre 5 et 35 ans et dans de rares cas chez le nourrisson (9). Cette dermatose est l'apanage des saisons froides dans les pays tropicaux (2, 3, 10, 11). A notre connaissance, aucune étude n'a déjà été menée en République

### Access this article online

**Website:** <http://www.satapublishers.com>

**DOI:** 10.18644/jiresb-biotech.0000032

**E-ISSN:** 2413-7669 (Online)

Démocratique du Congo à ce sujet, d'où notre intérêt de déterminer le profil épidémiologique et clinique du PRG dans le service de Dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK).

## 2. PATIENTS ET MÉTHODES

Cette étude transversale et descriptive a inclus 1994 patients de tous âge et sexe confondus, reçus en consultation au service de dermatologie des cliniques universitaires de Kinshasa, dont 817 enfants, du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 31 décembre 2011, soit une période de 31 mois. Les données individuelles ont été transcrites sur les fiches de collecte des données. Les variables étudiées étaient d'ordre sociodémographique (fréquence, âge, sexe), saisonnier (mois de l'année) et clinique (motif de consultation et données de l'examen physique dermatologique). Les malades de 0 à 18 ans reçus pendant la période d'étude avaient un dossier médical complet contenant les variables d'intérêt recherchées. Le consentement a été obtenu de manière verbale et éclairé auprès des grands enfants et des parents, avec strict respect de la confidentialité et des normes éthiques.

### Définitions opérationnelles

Les tranches d'âge étaient subdivisées de la manière suivante: Les nourrissons (0 – 2 ans), l'âge préscolaire (3 – 5), l'âge scolaire (6 – 12 ans) et l'adolescence (13 – 18 ans). Deux phases cliniques étaient retenues, la première caractérisée par un exanthème papulo-squameux, ovoïde ou arrondi, de 2 – 10 cm de diamètre (médaillon) et accompagnée ou non de prurit; et la deuxième par un exanthème papulo-squameux, ovoïde ou arrondi, de 5 – 10 mm de diamètre, disséminé, avec une disposition en "sapin de Noël", accompagné ou non de prurit et de macules séquellaires.

## 3. RÉSULTATS

### Données épidémiologiques

Le nombre de patients reçus pendant notre période d'étude dans le service de Dermatologie des CUK était de 1994 dont 817 enfants, soit 40,97%. Dans cette population pédiatrique, 34 enfants (4,16%) ont présenté le PRG. Ce groupe comprenait 28 filles (82,35%) et 6 garçons (17,65%), avec un sex ratio F/H: 4,66; leur âge moyen était de 10,03 ans (extrêmes 0 et 18 ans) et l'âge médian de 9 ans. Les tranches d'âge les plus atteintes étaient celles des enfants d'âge scolaire (12 cas sur 34 soit 35,29% des cas) et des adolescents (14 cas sur 34 soit 41,17% des cas).

Bien que les deux sexes s'équivalent dans la tranche d'âge de 0 à 2 ans, dans l'ensemble, le sexe féminin prédominait; la différence est statistiquement significative,  $p < 0,005$ . (Figure 1).

### Données saisonnières (fréquence mensuelle du PRG)

La majorité des cas de PRG pédiatrique était observée à fréquences égales de 20,58% des cas aux mois de février et de juillet, suivies de 11,76% des cas aux mois de mars et d'août; aucun cas de PRG n'a été observé aux mois d'octobre et de décembre (Figure 2).

### Données cliniques

Des 34 enfants reçus pour PRG, 26 d'entre eux, soit 76,47% avaient consulté pour une éruption cutanée faite de lésions papulo-squameuses disposées en "sapin de Noël"; six autres (17,64% des cas) avaient consulté pour une éruption cutanée à type de médaillon (Tableau 1).

La répartition topographique des lésions montre que le tronc est la zone la plus atteinte dans 76,46% des cas, suivie des régions cou-tronc dans 17,64% des cas quelque soit la phase clinique; et cou-visage dans 5,88% des cas (Figure 3).

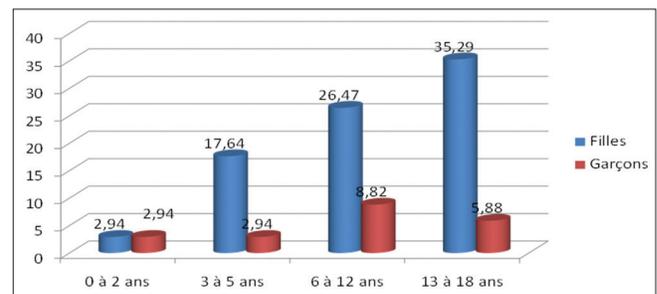


Figure 1: Répartition du PRG en fonction du sexe et des tranches d'âge

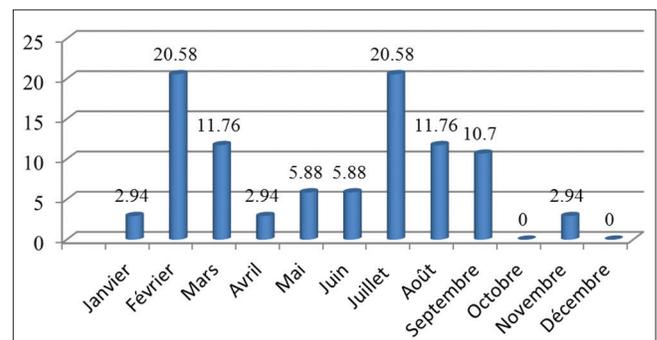


Figure 2: Répartition du PRG en fonction des mois de l'année

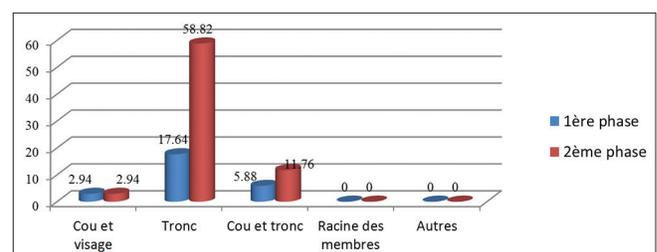


Figure 3: Répartition topographique des lésions

Le PRG est observé sur toutes les trois régions (visage, cou, tronc) chez la fille, tandis que seul le tronc est concerné chez le garçon (Tableau 2).

L'expression clinique du PRG en deuxième phase était quasi-majoritaire dans 82,35% des cas (Tableau 3).

**Tableau 1:** Répartition de l'effectif en fonction du motif de consultation

Motifs de consultation	n	%
Eruption cutanée (médaillon)	6	17,64
Eruption cutanée (papulosquames disposés en « sapin de Noël »)	26	76,47
Macule séquellaire	2	5,88
Total	34	100,0



(a) Eruption papulosquameuse disposée en sapin de Noël

(b) Médaillon

**Tableau 2:** Répartition topographique des lésions en fonction du sexe

Sexe	Siège lésionnel n (%)			Total partiel n (%)
	Visage et cou	Cou et tronc	Tronc	
Masculin	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	6 (100,0)
Féminin	2 (7,14)	6 (21,42)	20 (71,42)	28 (100,0)
Total général n (%)	2 (5,88)	6 (17,64)	26 (76,47)	34 (100,0)

**Tableau 3:** Répartition de l'effectif en fonction de la phase clinique du PRG

Phases cliniques du PRG	n	%
1 <sup>ère</sup> phase	6	17,64
2 <sup>ème</sup> phase	28	82,35
Total	34	100,0

## 4. DISCUSSION

Cette étude concerne l'épidémiologie du pityriasis rosé de Gibert chez les enfants consultés dans le service de dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa. La discussion est portée sur les paramètres fréquence du PRG dans notre milieu de travail, sa distribution en fonction du sexe, des tranches d'âge, des mois de l'année et des données cliniques. La taille réduite de notre effectif est un facteur limitant éventuel et constitue une certaine réserve à nos commentaires.

### Données épidémiologiques

Le PRG représente dans notre étude 4,16% de l'ensemble des dermatoses infantiles; ce résultat se rapproche de celui de Ayanlowo et coll. au Nigéria (12) qui ont relevé 3,7%. L'âge moyen des patients dans notre étude est de 10,03 ans; la tranche d'âge la plus atteinte est celle qui varie entre 13 et 18 ans; ces résultats sont semblables à ceux de Kyriakos et coll (13). en Grèce, tant en ce qui concerne l'âge moyen que la tranche d'âge prédominante. La prédominance féminine observée dans cette étude (sex ratio: F/H de 4,66) est aussi soulignée dans certaines études au Nigéria (12), en Grèce (13), en Turquie (6) et en Chine (14). La prédominance du PRG dans notre étude diverge des observations de Sharma (4) et de Tay et coll (7). qui eux relèvent une prédominance masculine. Par contre, Chuang et col (15). trouvent une fréquence identique dans les deux sexes. Nous n'avons aucune explication concernant la prédominance féminine dans notre étude et en faisons un constat comme les autres.

### Données saisonnières

Dans notre étude, le PRG est plus observé par ordre de fréquence décroissante pendant les mois de février (20,58%), juillet (20,58%), mars (11,76%), août (11,76%) et septembre (10,7%); mais il est totalement absent aux mois d'octobre et de décembre. Le PRG est plus récurrent durant les mois de février et de juillet, périodes correspondant dans notre milieu à la saison sèche (climat froid). Notre constat rejoint celui de certains auteurs (3, 15, 16). Un deuxième pic de présence du PRG est relevé à fréquence plus ou moins semblables aux mois de mars (saison pluvieuse), août (saison sèche) et septembre (saison pluvieuse), tel est en partie le constat de Harman et coll (6). et ayanlowo et coll (12). D'autres auteurs n'ont pas relevé la prédominance saisonnière, établissant donc la présence du PRG en toute saison (13, 14). Dans l'ensemble, nous sommes d'avis que la controverse demeure dans la littérature concernant la notion de prédominance saisonnière dans le PRG, mais nous reconnaissons aussi que le climat (chaud ou froid) en est l'un des facteurs favorisants. En effet, il ya des auteurs qui confirment que le PRG est l'apanage des saisons froides dans les pays tropicaux (2,3,10,11) comme il y'en a d'autres qui le relèvent durant toute l'année (7,17,18).

Toutefois, l'appartenance géographique n'aurait pas encore été relevée comme facteur favorisant du PRG (7,19).

### Données cliniques

Dans notre étude, 5,88% d'enfants étaient reçus seulement pour des séquelles pigmentaires contre 76,4% des cas pour une éruption cutanée constituée de papulosquames prurit, disposés parallèlement aux plis cutanés; soit 82,35% des cas de PRG en seconde phase, siégeant sur le tronc.

Notre fréquence de survenue des papulosquames ainsi que le taux de PRG en deuxième phase se rapprochent de ceux relevés par Ahdi et coll (20). mais s'avèrent supérieures à ceux de Vollum en Ouganda (8) et de Jacyk et coll. au Nigéria (17). Nous en faisons à ce stade un simple constat.

Concernant la distribution des lésions, le scalp est épargné dans notre étude comme dans celle de Paller et coll (21). contrairement aux observations de Vollum et coll (8). et Jacyk et coll (17). Chez nos patients, les sièges lésionnels étaient majoritairement observés au niveau du tronc dans 76,46% des cas, rejoignant ainsi la proportion de l'ordre de 75% des auteurs suivants: Sharma en Inde (4), Tay FK à Singapour (7) et Traoré et coll. au Burkina Faso (19).

Concernant les macules séquellaires, plusieurs auteurs (9,20,22) relèvent un taux très élevé par rapport à notre (5,88% des cas). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nos patients étaient examinés une seule fois, à leur première consultation, sans suivi clinique ultérieur et la plupart d'entre eux présentaient une éruption en seconde phase dans 82,35% des cas.

## 5. CONCLUSION

Le PRG est une pathologie cosmopolite dont la fréquence est probablement sous estimée. Il est observé dans les deux sexes avec une prédominance féminine, surtout entre l'âge scolaire et l'adolescence. Les mois de février et juillet en constitue le premier pic d'observation, suivi d'un deuxième pic moyen en mars, août et septembre. Le motif principal de consultation dans notre milieu de travail est une éruption cutanée papulosquameuse siégeant majoritairement au tronc, plus observée en deuxième phase de son évolution. Les limites de notre travail sont entre autres la taille réduite de notre effectif, son caractère unicentrique et sa courte période d'étude. Mais cette étude a malgré tout l'avantage de relever une fréquence d'orientation du PRG pour la première fois en République Démocratique du Congo.

## BIBLIOGRAPHIE

- Petit A. Pityriasis rosé. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 98-320-A-10.
- Burch PR, Rowell NR. Pityriasis rosea--an autoaggressive disease? Statistical studies in relation to aetiology and pathogenesis. *Br J Dermatol* 1970; 82: 549 – 60.
- Ahmed MA. Pityriasis rosea in the Sudan. *Int J Dermatol.* 1986; 25: 184-5.
- Sharma L, Srivastava K. Clinicoepidemiological study of pityriasis rosea. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:647-9.
- Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric Dermatology clinic patients in Kuwait: An analysis of 10 000 cases. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 6-1.
- Harman M, Aytakin S, Akdeniz S, Inaloz HS. An epidemiological study of pityriasis rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 495-7.
- Tay YK, Goh CL. One-year review of pityriasis rosea at the National Skin Centre, Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28: 829 –31.
- Vollum DI. Pityriasis rosea in the African. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1973; 59: 269-71.
- Hendricks AA, Lohr JA. Pityriasis rosea in infancy. *Arch Dermatol* 1979; 115: 896-7.
- Marron Gasca J, Navarro Lucia M, Grasa Jordan MP, GimenezSerrano H, MurilloSanchez P. Epidemiology of pityriasis rosea de Gibert. *Actas Dermosifiliogr* 1979; 70: 219-22.
- Zahra A. Pityriasis rosea. *Int J Dermatol* 1988; 27:526.
- Ayanlowo O, Akinkugbe A, Olumide Y. The pityriasis rosea calendar: A 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig Q J Hosp Med.* 2010 Jan-Mar;20(1):29-31.
- Kyriakos P, Kyriakis, Ioulios Palamaras, Sofia Terzoudi, Georgia Pagana, Smaro Emmanuelides, Charalambos Michailides. Epidemiologic characteristics of pityriasis rosea in Athens Greece. 2006 *Dermatology Online Journal.*
- Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea - An update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [serial online] 2005 [cited 2014 Mar 9]; 71:311-5.
- Chuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT. Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 80-9.
- Messenger AG, Knox EG, Summerly R, Muston HL, Ilderton E. Case clustering in pityriasis rosea: Support for role of an infective agent. *Br Med J* 1982;284:371-3.
- Jacyk WK. Pityriasis rosea in Nigerians. *Int J Dermatol* 1980; 19: 397-9.
- Olumide Y. Pityriasis rosea in Lagos. *Int J Dermatol* 1987; 26: 234 - 6.
- Traore A, Korsaga-Some N, Niamba P, Barro F, Sanou I, Drabo YJ. Pityriasis rosea in secondary schools in Ouagadougou, Burkina Faso. *Ann Dermatol Vénéreol* 2001; 128: 605-9.
- Ahdi amer, md; howard fischer, md; xiaoming li. the natural history of pityriasis rosea in black american children. *Arch pediatr adolesc med/ vol 161, may 2007.*
- Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology: A Textbook of Skin Disorders in Childhood and Adolescence. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2006.
- Bjornberg A, Hellgren L. Pityriasis rosea: A statistical, clinical, and laboratory investigation of 826 patients and matched healthy controls. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1962;42(suppl 50):1-68.