

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>I. RAPPEL SUR LE PRG</b>	
1. DEFINITION.....	3
2. EPIDEMIOLOGIE.....	3
2.1. FREQUENCE.....	3
2.2. FACTEURS FAVORISANTS.....	4
3. ETIOLOGIE.....	4
4. SIGNES CLINIQUES.....	5
4.1. FORMES TYPIQUES .....	5
4.2. FORMES ATYPIQUES.....	12
5. EVOLUTION.....	13
6. DIAGNOSTICS.....	14
6.1. DIAGNOSTIC POSITIF.....	14
6.2. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS.....	15
6.3. EXAMEN COMPLEMENTAIRE.....	16
7. TRAITEMENTS.....	17
7.1. FORMES SIMPLES HABITUELLES.....	17
7.2. ERUPTIONS INTENSES.....	18
8. REMARQUE.....	20
<b>II. METHODOLOGIE ET RESULTATS</b>	
1. METHODOLOGIE.....	21
1.1. LES PATIENTS.....	21
1.2. METHODES.....	22
2. RESULTATS.....	23
<b>III. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>26</b>
CONCLUSION.....	29
SUGGESTION.....	30

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Répartition des cas de PRG selon l'âge.

**Tableau 2** : Répartition des cas de PRG selon le sexe

**Tableau 3** : Répartition des cas de PRG Selon la profession

**Tableau 4** : Répartition des cas de PRG selon la présence ou non de maladie présente durant les 3 semaines précédent le diagnostic de PRG

**Tableau 5** : Répartition des cas de PRG selon la présence ou non de prodrome

**Tableau 6** : Répartition des patients selon la présence ou non de médaillon initial lors de l'examen clinique

**Tableau 7** : Répartition des malades selon la localisation du médaillon initial

**Tableau 8** : Répartition selon la taille du médaillon initial

**Tableau 9** : Répartition du patient atteint du PRG selon la forme du médaillon initial

**Tableau 10** : Répartition des malades selon la topographie de l' éruption secondaire

**Tableau 11** : Repartition des malades selon la durée d'evolution depuis l'apparition de l'eruption secondaire jusqu'à la première consultation

**Tableau 12** : Répartition des malades selon la présence de Prurit

**Tableau 13** : Répartition des cas de PRG selon la présence ou non de l'adénopathie

**Tableau 14** : Répartition des cas de PRG selon l'utilisation ou non de médicaments sous prescription médicale ou par automédication

## LISTE DES ABREVIATIONS

- **CHUM** : Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga
- **DEM** : Dose Erythémateuse Minimale
- **HHV 6** : Human Herpes Virus 6
- **HHV 7** : Human Herpes Virus 7
- **PRG** : Pityriasis Rosé de Gibert
- **UV** : Ultra Violet
- **VIH** : Virus Immuno Déficiencies Humaines

## INTRODUCTION

Le pityriasis rosé, décrit par Mr Camille Melchior Gibert en 1860, est une dermatose éruptive subaiguë ou chronique, bénigne et spontanément résolutive (1). Pityriasis signifie fine squame et rosé traduit sa coloration rose. Son diagnostic clinique est facile, sauf dans les formes atypiques, très diverses mais rares. Son étiologie n'est pas établie mais semble être infectieuse, d'origine virale. (2)

C'est une infection cosmopolite. Il a été rencontré en Europe, Amérique, Afrique (3), Singapour (4), Turquie (5), Hong Kong (6) et Burkina Faso (1). Il est favorisé par la saison chaude et sèche en Australie, en Inde et Malaisie. (7)

Cette dermatose mal connue antérieurement, est actuellement très courant dans le monde entier; elle a été évaluée à 2% des consultations dermatologiques à l'échelle mondiale (7) et devient de plus en plus fréquente (8). Une augmentation du taux de prévalence a été rapportée en Ouganda (7).

Le diagnostic positif se fait par la clinique. Cependant le Pityriasis Rosé de Gibert (PRG) se présente sous forme de différents aspects cliniques pouvant errer le diagnostic et induire des complications par des traitements inappropriés. C'est ce que nous avons constaté chez la plus part des malades référés dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga (CHUM).

Par conséquent, par ce travail, notre objectif est d'étudier les caractéristiques du PRG chez les patients vus en consultation de dermatologie du CHU d'Androva.

Notre travail se divise en trois parties :

- Première partie : rappel sur le PRG.
- Deuxième partie : étude des cas de PRG que nous avons recensé dans le Service de Dermatologie du CHUM.
- La troisième partie : commentaire et discussion

## **RAPPEL SUR LE PRG**

### **1-DEFINITION**

Le PRG est une dermatose érythémato-squameuse, éruptive subaiguë ou chronique, fréquente, bénigne et spontanément résolutive (1). Elle se caractérise par l'apparition d'une rougeur diffuse (érythème) associée à une très légère desquamation (chute de minuscules lambeaux de peau) (9,10). Son diagnostic clinique est facile, sauf dans les formes atypiques (11). Son étiologie n'est pas établie mais semble être infectieuse, L'origine virale est l'hypothèse la plus acceptée actuellement. La conduite thérapeutique doit éviter toute mesure intempestive ou inutilement agressive (2).

### **2-EPIDEMIOLOGIE**

#### **2-1- Fréquence**

Le pityriasis rosé est très courant, dans le monde entier. Toutefois, il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (1/1,05) (1,8). L'atteinte peut se voir à tout âge, mais surtout chez l'enfant et l'adulte jeune (75 p. 100 des cas surviennent entre 10 et 35 ans) (2, 9, 11, 12). Il n'y a pas de prédominance raciale (4,11).

Le PRG est évalué à 2% des consultations dermatologiques à l'échelle mondiale (7). En Turquie, la moyenne annuelle de l'incidence est de 0,75% (8). En 2006, une augmentation du taux de prévalence a été rapportée en Ouganda (1). Le PRG est une dermatose cosmopolite.

## 2-2-Facteurs favorisants

- Il est favorisé par la saison chaude et sèche en Australie, en Inde et Malaisie (7). En Europe, le PRG est en recrudescence à l'automne ou au printemps, parfois l'hiver, et une raréfaction en été. (2)

D'autres facteurs favorisants ont été évoqués tels que l'atopie (2) et la notion d'infection récente. On rapporte aussi la possibilité de quelques cas survenus en série dans le milieu familial ou dans de petites collectivités ; cependant la contagiosité serait très faible. (2)

Le stress, la nervosité, les saisons de transition font aussi apparaître ou récidiver le PRG. De même les activités physiques telles que la marche et la course, ou baignade dans de l'eau chaude, peuvent exacerber l'éruption.

## 3-ETIOLOGIES

Diverses hypothèses étiologiques ont été proposées. L'origine infectieuse est de plus en plus acceptée actuellement. (12,13)

L'étiologie virale longtemps suspectée devant les prodromes, le caractère saisonnier, les épidémies au sein de petites communautés et l'identification de particules virus-like dans les biopsies, a pu être rattachée récemment au virus type herpès virus humain 7 [HHV7]. (13)

Cette hypothèse virale est renforcée par l'observation des structures d'allure virale intrakératinocytaires au microscope électronique et la possibilité de transmission du PRG par des extraits de squames de plaque initiale. (17)

Le caractère éruptif puis spontanément résolutif du pityriasis rosé de Gibert le classe comme étant une pathologie d'origine infectieuse, probablement virale. (14,15)

Bien que la piste virale soit désormais bien admise, le choix du virus en cause ne fait pas l'unanimité dans la communauté des chercheurs (13) : les infra herpès virus humain 6 et 7 (HHV6 et HHV7) seraient impliqués, mais leurs rôles respectifs sont encore à déterminer : le HHV7 aurait le rôle prépondérant, tandis que le rôle du HHV6 est moins évident. (16)

Selon F Drago et ses collaborateurs (16, 17), l'HHV7 jouerait néanmoins ici un rôle prédominant et l'HHV6 ne serait qu'un cofacteur activateur mais pour d'autres auteurs le PRG résulterait d'une double infection active par HHV6 et HHV7. (17,18)

La possibilité de survenue et de récurrences de PRG lors d'une baisse des défenses immunitaires a conduit à suspecter le groupe des virus herpès, connus pour être capables de se réactiver après des périodes de latence. (17)

## 4-SIGNES CLINIQUES

### 4.1-Forme typique (2)

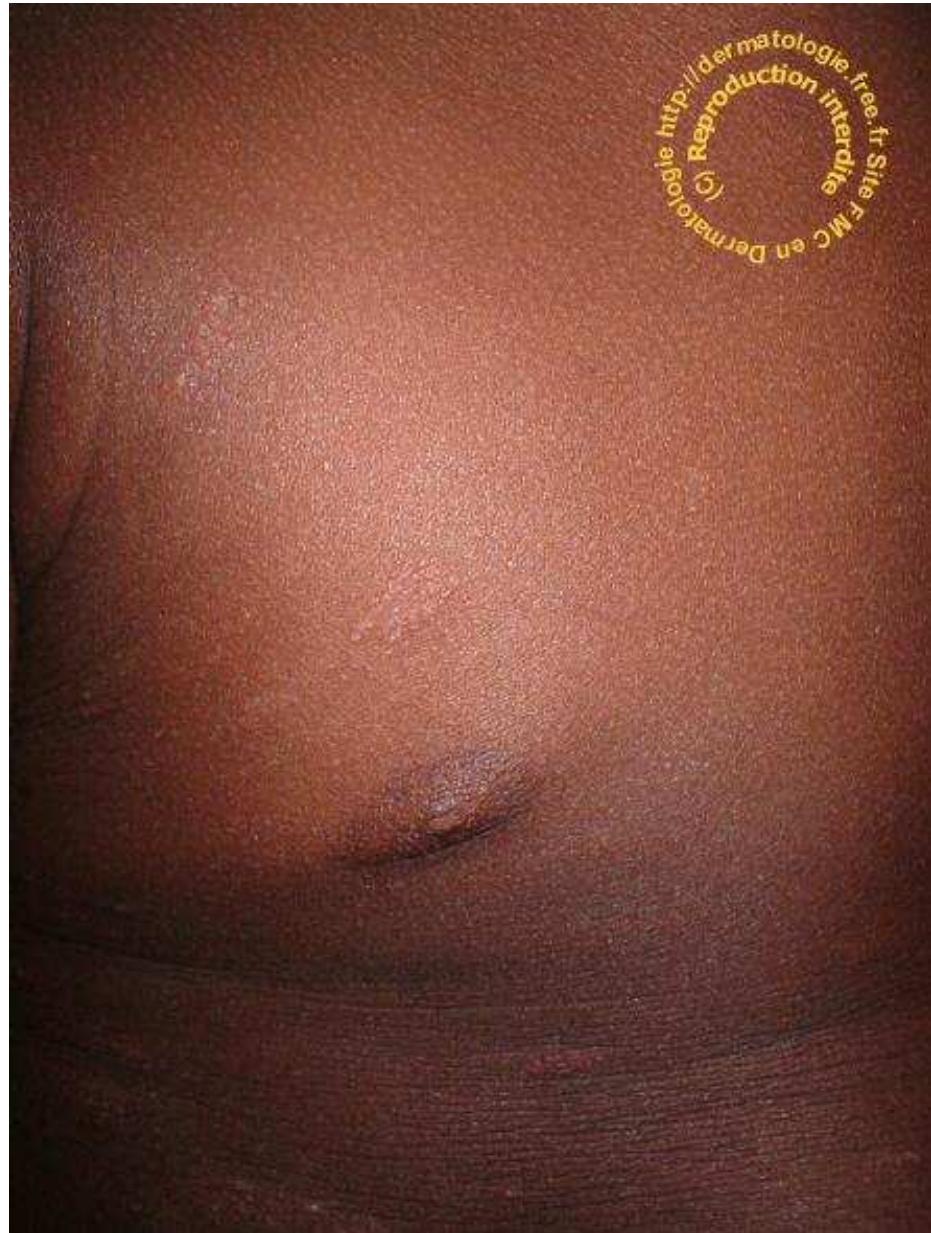
**4.1.1-Prodromes :** Dans la forme typique (80 p. 100 des cas), les prodromes sont le plus souvent absents. Les prodromes rapportés sont les suivants : un malaise général, une fièvre, des céphalées, des arthralgies, des frissons, des troubles

digestifs, ou des adénopathies, et une infection respiratoire qui précède l'apparition de la plaque initiale. (1, 7, 9,18)

**4.1.2-La plaque initiale ou médaillon initiale** est la première lésion cutanée (3, 4, 19), constatée dans 90 p. 100 des cas (20). Cette plaque, en général unique, de 1 à 3 cm de diamètre (1,21) siège sur le tronc ou la racine d'un membre, sur le cou. Le visage est habituellement respecté (2). Son extension centrifuge lui fait atteindre en quelques jours un diamètre de 3 à 5 cm, voire davantage (jusqu'à 10cm) (9,19). Elle est arrondie ou ovalaire, bien limitée ; son centre est fripé, rose pâle, sa bordure est légèrement papuleuse, rose plus foncé et finement squameuse (3,20); à noter qu'elle peut apparaître marron sur la peau noire (2). Cette bordure est séparée de la zone centrale par une fine collerette desquamative dont le bord libre est interne. La plaque initiale reste isolée pendant 2 à 21 jours, parfois plus longtemps. (3)



**La plaque initiale**



**La plaque initiale sur la peau d'un enfant de race noire**

**4.1.3- *L'éruption secondaire*** survient en poussées successives avec des éléments d'âge différent, la plaque initiale étant encore présente. Cette éruption atteint son maximum en une dizaine de jours. Elle est composée de deux types d'éléments :

– des médaillons ovalaires, bien limités, d'un diamètre de 1 à 2 cm, reproduisant la plaque initiale en plus petit ;(2)



Cliché : Professeur Lambert, service de Dermatologie, CHU de DIJON



**L'éruption secondaire**

– des macules érythémateuses multiples, à surface lisse, parfois finement squameuse, de 5 à 10 millimètres de diamètre, pouvant évoluer vers un médaillon. (19)



#### **L'éruption secondaire sous forme de macules érythémateuses multiples**

**4.1.4- La topographie** est caractéristique : les lésions sont symétriques, avec une orientation des médaillons le long des lignes de tension de la peau, Dans le dos cette disposition donne une image en « sapin de Noël (12,22) ». Sont fréquemment atteints le tronc, la partie proximale des membres (5) et le cou. Le visage est habituellement respecté. En générale, elle ne touche pas les paumes des mains et les plantes des pieds (19).Mais un auteur a rapporté une atteinte palmoplantaire. (23)



L'éruption secondaire dans le dos donnant une image d'un « Sapin de Noël »



**Une éruption secondaire sur le tronc, les membres, le cou**



#### **Cas rare avec une éruption sur les paumes des mains**

**4.1.5- *Le prurit*** est présent dans 75% des cas avec intensité variable. (19)

**4.1.6- *Les signes accompagnateurs*** sont présents seulement dans 5% des patients. Il s'agit d'un petit malaise et des maux de tête.

#### **4.2- Formes atypiques**

**4.2.1-*La plaque initiale*** peut être absente ou multiple ou rester la seule manifestation. Elle peut être papuleuse (24), vésiculeuse (11), pustuleuse, urticarienne, purpurique, ou polymorphe (25).

**4.2.2-La topographie** de l'éruption peut être atypique : localisée (26), unilatérale (10, 25, 2, 26 ,27)

**4.2.3-La morphologie de l'éruption secondaire** peut être psoriasiforme, vésiculeuse, papuleuse, urticarienne, voire purpurique, pustuleuse ou bulleuse, plus étendue à  $a > 2\text{cm}$  de diamètre

**4.2.4-L'atteinte de la muqueuse buccale** se présente sous forme d'hémorragies punctiformes, ulcères (12).

**4.2.5-Le terrain** favorise certaines variantes.

- L'enfant est plus exposé aux formes vésiculeuses, urticariennes et faciales. (5)
- Le sujet de race noire présente plus souvent des éruptions profuses, lichénoïdes ou vésiculeuses, une distribution périphérique, une polyadénopathie superficielle, une hyperpigmentation ou hypopigmentation résiduelle et des récidives assez fréquentes. (12)
- La positivité associée de la sérologie VIH induit une altération de l'état général avec fièvre, mais l'éruption garde sa forme typique. (2)
- La grossesse n'entraîne pas de particularité et le PRG n'a pas d'impact sur le fœtus. (2, 28)

## 5- EVOLUTION

L'éruption peut être de quelques heures à 2 mois pour la plaque initiale et de 1 semaine à 3 mois pour l'éruption secondaire. (2)

L'évolution du PRG est cyclique et se fait spontanément vers la guérison dans 80% des cas en 6 semaines en moyenne (9, 29) mais peut aller jusqu'à 8 semaines(25) ou 10 semaines ou même 3 mois (19) : les lésions cutanées disparaissent complètement sans laisser de traces .Mais elles peuvent donner parfois une hypo- ou hyperpigmentation transitoires surtout chez le sujet noir. (2)

Les traitements locaux intempestifs peuvent compliquer cette évolution, en provoquant une irritation et une eczématisation prurigineuses, une impétiginisation. (2)

Les récidives sont rares (2 à 3% des cas), en général unique après quelques mois ou années (2, 12). Le stress, la nervosité, la saison de transition sont à l'origine de ces récidives.

## 6- DIAGNOSTIC

### 6.1. Diagnostic positif

Le diagnostic du PRG est facile et repose sur la clinique (9,19) ; il ne nécessite aucun examen complémentaire dans les formes habituelles. Les constantes biologiques ne sont pas modifiées, ou occasionnellement, de façon non significative.

Le diagnostic positif nécessite la présence des 3 signes cliniques suivants (6) :

- ☞ le médaillon initial, avec collerette périphérique squameuse,
- ☞ la répartition sur le tronc et les racines des membres,
- ☞ l'orientation des médaillons le long des lignes de tension de la peau donnant l'aspect d'un « Sapin de Noël »

## 6.2-DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Le PRG peut être confondu avec plusieurs dermatoses:

- ✓ **Le pityriasis lichenoïde chronique ou para psoriasis en goutte** (19) : c'est une dermatose papulo-érythémateuse, lisse, ferme, de 5mm de diamètre environ qui quelques jours devient brune squameuse qui s'affaisse devenant une macule brune persistante. Cette éruption est disséminée sur le tronc, les membres en particulier les faces de flexion.
- ✓ **Le pityriasis versicolore** : macule hypo ou hyper chromique à surface finement squameuse à bordure régulière, de dimension variable, prédominant sur les zones séborrhéiques. (6)
- ✓ **La dermatophytie** de la peau glabre : Lésion arrondie ou circinée ou ovalaire, légèrement papuleuse d'extension centrifuge, très bien limitée, prurigineuse, avec bordure périphérique érythémato-vésiculo-croûteuse active, et centre squameux. (6)
- ✓ **La dermatite atopique** : lésion érythémato-vésiculeuse prurigineuse, bilatérale, symétrique : prédominant au niveau des zones convexes chez les nourrissons, et au niveau des plis chez l'enfant et l'adulte. (7)
- ✓ **Le psoriasis**: lésion élémentaire sous forme de maculo-papule érythémato-squameuse bien limitée ; arrondie ou ovalaire ou parfois poly cyclique ; avec une topographie évocatrice. (7)

- ✓ **L'eczéma nummulaire** : éruption érythémato-vésiculeuse faite de médaillons arrondis bien limités au fond sombre recouvert tantôt de vésicules suintantes évoluant vers de petites croûtelles tantôt de petites squames sèches. (19)
  
- ✓ **Le lichen plan** : une dermatose prurigineuse, chronique, évoluant par poussée récidivante ; la lésion élémentaire et une papule ferme polygonale mesurant 1 à 5mm de diamètre avec une surface légèrement plane d'aspect brillant à reflet argenté ; sur une peau foncée ces lésions sont pigmentées, sur une peau clair ces lésions sont rose violette. (19)
  
- ✓ **La roséole syphilitique** : petites macules de 5 à 10 mm de diamètre, arrondies ou ovalaires, séparées par des intervalles de peau saine, rosées et surtout non infiltrées, non squameuses, non prurigineuses. (30)
  
- ✓ **Les toxidermies** : des médicaments tels que le bismuth, les barbituriques, le captorpril, la griséofulvine, la BCG thérapie peuvent provoquer des éruptions ressemblant à celles du PRG mais l'absence du médaillon initial élimine le diagnostic du PRG. (28,31,32,38,33,34,35,36,37)

### **6.3-EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

Les examens de laboratoire destiné à mettre en évidence le PRG sont inutiles : les modifications biologiques sont absentes ou non spécifiques. (2, 39)

C'est uniquement en cas de problème diagnostique en particulier en présence d'une forme atypique, que l'on aura recours à certains examens tels que : la sérologie syphilitique (9), l'examen mycologique, la biopsie cutanée pour étude histologique afin de discuter de nombreux diagnostics différentiels (2).

## 7-TRAITEMENTS (2)

La guérison spontanée est de règle en cas de PRG (2, 39). Il faut surtout éviter des médications intempestives, qui transformeraient une affection bénigne en une dermatose plus importante (eczématisation, irritation) (4). Les prurits sont contrôlés par le traitement symptomatique (9)

### 7.1- FORMES SIMPLES HABITUELLES

Dans les formes communes, asymptomatiques et limitées du PRG, l'abstention est souhaitable. Encore faut-il obtenir l'adhésion du malade à cette option, car il est inquiet par cette éruption inexpliquée ; il se plaint souvent de son caractère affichant ou encore d'un prurit. Il faudrait :

#### 7.1.1- *En premier lieu, rassurer le patient*

Cette étape d'explication est indispensable pour lui faire comprendre :

- ☞ l'évolution naturelle du PRG,
- ☞ son caractère bénin,
- ☞ sa faible contagiosité,
- ☞ régression spontanée en quelques semaines.

### ***7.1.2-Éviter tout facteur d'irritation***

- Arrêter l'application de topiques irritants, soit par automédication, soit par prescription médicale inadéquate.
- Eviter :
  - ☞ les bains antiseptiques, moussants ou non,
  - ☞ les savons acides,
  - ☞ les pommades grasses ou encore les vêtements de laine ;
  - ☞ la transpiration excessive provoquée par les bains à l'eau chaude et les activités physiques intenses.
- Conseiller la toilette avec un syndet

### ***7.1.3-Évaluer l'importance du prurit***

En cas de prurit léger, on se limitera aux applications d'émollients, de topiques non gras tels qu'une pâte à l'eau, d'une lotion à la calamine (4,19).

Si le prurit est plus gênant, on aura recours aux dermocorticoïdes de classe III ou II qui n'entraînent aucun risque d'aggravation de l'éruption. On peut adjoindre un antihistaminique anti-H1 per os qui va réduire le prurit. (4, 19)

## **7.2-ÉRUPTIONS INTENSES**

Les éruptions très étendues, les formes vésiculeuses, les prurits rebelles et pénibles peuvent justifier l'utilisation de moyens thérapeutiques complémentaires.

### **7.2.1-Photothérapie UV (40, 41)**

- En Europe, les expositions solaires tôt le matin ou tard dans l'après midi peuvent être conseillées durant la période d'extension de l'éruption car elle peut la faire disparaître. (40)
- La photothérapie en cabine avec des rayons UVB est aussi efficace. Les UVB sont administrés 5 jours par semaine, pendant 1 à 2 semaines, en commençant à 80 p. 100 de la dose érythémateuse minimale (DEM) UVB. On augmente ensuite la dose de 20 p. 100 en l'absence d'érythème, de 10 p. 100 si l'érythème est léger.

### **7.2.2- Érythromycine (21)**

L'érythromycine est administré per os à la dose de 1g/j en quatre prises durant 14 jours chez l'adulte (25 à 40 mg/kg/j chez l'enfant) et serait efficace pour traiter le PRG. (11,42 ,44)

### **7.2.3-Acyclovir (6,43)**

L'étiologie virale du PRG a suggéré qu'un traitement général dirigé contre HHV peut guérir plus rapidement les patients. L'acyclovir serait efficace chez les traités dans la première semaine de la maladie, d'où l'activité réplicative du HHV est probablement très haute. (4, 15, 16, 43)

## **8-REMARQUE**

Le PRG n'est pas une indication de toutes les thérapeutiques citées précédemment. La prescription d'un dermocorticoïde ou d'un antihistaminique per os est couramment admise pour une dermatose inflammatoire et prurigineuse.

La corticothérapie générale est contre-indiquée, en raison d'un risque d'exacerbation de l'éruption si le traitement est précoce et de rechute ou de rebond à l'arrêt du traitement. (44, 45)

## METHODOLOGIE ET RESULTATS

### 1- METHODOLOGIE

#### 1.1-Les Patients

Il s'agit d'une étude prospective effectuée durant une période de 10 mois allant du mois d'Avril 2007 au mois de Janvier 2008 dans le Service de dermatologie du CHUM.

Nous avons recensé les patients présentant un PRG. Toutes les données concernant ces patients étaient inscrites sur des fiches d'observations médicales.

Les paramètres étudiés sont :

- Age
- Sexe
- Profession
- Histoire de la maladie
- Examen clinique

#### 1.1.1-Critère d'inclusion

Tous les cas représentant un PRG ont été inclus dans cette étude.

#### 1.1.2-Critère d'exclusion

Sont exclus dans ce travail les cas de PRG en dehors de cette période.

#### 1.1.3 -Les moyens utilisés

**Ressource humaines** : nous même et les équipes du service de dermatologie du CHUM, les patients venus en consultations externes pendant cette période.

**Ressources matériels** : fiches d'observations médicales des malades.

## 1.2-Méthodes :

Nous nous sommes basé sur l'interrogatoire

☞ Les patients sont groupés en tranche d'âge de :

- 0 à 15 ans
- 16 à 30 ans
- 31 à 45 ans
- Supérieur à 45 ans

☞ La profession comprend 4 types :

- Les sans emplois
- Les élèves et les étudiants
- Les emplois manuels
- Les emplois du bureau

Dans l'histoire de la maladie sont notés : l'antécédent, les prodromes, les traitements antérieurs de la maladie, la présence ou non de prurit.

A l'examen clinique, sont observés :

- ☞ médaillass initiale : sa présence ou non, forme, taille, localisation
- ☞ éruptions secondaires : aspect clinique, siège
- ☞ la présence ou non d'adénopathie

Ces différents paramètres seront ensuite analysés afin de faire ressortir les aspects caractéristiques du PRG chez les patients du service de dermatologie du CHU d'Androva.

## II-RESULTATS

53 de cas de PRG ont été recensés sur un total de 561 malades vue en consultation dans le Service Dermatologique d'Avril 2007 à Janvier 2008, soit sur un pourcentage de 9,64%.

Selon l'âge, les patients étaient regroupés en tranche d'âge de 1 à 15 ans, de 16 à 30 ans, de 31 à 45ans et de supérieur à 45 ans; et les résultats étaient les suivants (Tableau 1) :

- 26 malades de 0 à 1 ans soit 49,06%
- 16 malades de 16 à 30 ans soit 30,19%
- 8 malades de 31 à 45 ans soit 15,09%
- 3 malades supérieur à 45 ans soit 5,66%

Dans la répartition par sexe des patients présentant le PRG recensés au CHUM, les sujets féminins étaient atteints à une fréquence de 69,81% contre 30,19% du sexe masculin (Tableau 2).

Selon la profession la répartition du PRG se fait comme suit (Tableau 3) :

- 13,21% de cas de PRG avec les sans emploi ;
- 52,83% de cas avec les étudiants et les élèves ;
- 5,66% de cas avec les emplois du bureau
- et 28,3% de cas avec emploi manuel.

Ces patients ne présentaient aucun antécédents de maladies bien définis dans 86% des cas. Un cas de Fièvre Typhoïde et un cas de Tuberculose ont été noté (Tableau 4).

Comme prodrome, il s'agit d'un syndrome grippal dont se plaignait 37,74% des patients. Ces prodromes étaient absents chez 62,26% des cas (Tableau 5).

Le médaillon initial est présent chez tous les malades (100%) (Tableau 6) et se localise (Tableau 7) dans :

- 19 cas de PRG ont eu la localisation du médaillon initial sur la tête et le cou soit 35,85%,
- 19 cas de PRG ont eu également la localisation sur le tronc (35,85%)
- 12 cas de PRG ont eu la localisation sur les racines des membres soit 22,64%.
- 3 cas de PRG ont eu d'autres localisations soit 5,66%.

La taille du médaillon initial étant inférieur ou égale à 5cm de diamètre chez 58,49% des cas et supérieur 5cm chez 41,51% des cas (Tableau 8) avec une forme ovalaire chez 67,92% et arrondie chez 32,08% (Tableau 9).

L'éruption secondaire est généralisée chez 62,26% des patients. Elle se limite à la tête et au cou dans 9,43% des cas, au tronc des 11,32% des cas et aux membres dans 3,77% des cas. Elle est absente chez 13,21% des patients (Tableau 10).

20,755 des patients ne présentent pas d'éruption secondaire. Mais la durée d'évolution de ces éruptions jusqu'à la première consultation (Tableau 11) est variable :

- ❖ 24,53% avec une durée de 1 à 7 jours
- ❖ 16,98% avec une durée de 8 à 21 jours
- ❖ 37,74% avec une durée de 21 jours et plus

Le prurit est présent chez 77,36% et absent chez 22,64% des cas (Tableau 12).

Il n'y a pas d'adénopathie avec l'éruption dans 94,33% des cas. 5,66% ont présenté une adénopathie lors de l'examen clinique (Tableau 13).

79,25% de patients ont déjà utilisé un ou des médicaments soit en topique ou en per os ou en injection pour traiter leur éruption, 20,75% n'ont pas reçu un traitement antérieur pour leur éruption (Tableau 14).

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le PRG est une dermatose érythémato-squameuse éruptive subaiguë ou chronique, fréquente, d'évolution spontanée, et de faible contagiosité. C'est une infection cosmopolite, d'origine virale. Cette dermatose est très courante dans le monde entier. Le PRG est évalué à 2% des consultations dermatologiques à l'échelle mondiale. (1,2)

Dans notre étude, la fréquence du PRG est de 9% (53 cas sur 561 patients vu en consultations de dermatologie). Le PRG touche surtout les enfants et les adultes jeunes à une fréquence de 79,25% (Tableau 1). Les sujets de sexe féminin sont les plus concernés (69 ,81%) par rapport à de sujet de sexe masculin (30 ,19%) (Tableau 2). Nos résultats se rapprochent de ceux de TRAORE (1) qui ont aussi une prédominance chez les adolescents et les adultes jeunes et encore chez les sujets de sexe féminin (11). Les femmes s'inquiètent plus de leur santé, en particulier de leur apparence physique, d'où la fréquence élevée du PRG chez les femmes dans notre étude.

Nous avons aussi trouvé que le PRG est le plus fréquent chez les élèves et les étudiants 52,83% (Tableau3). Ceci vient du fait que les élèves et les étudiants appartiennent au groupe d'âge cible : et adulte jeune. Ils font aussi des efforts physiques et intellectuels qui pourraient avoir un impact sur leur immunité. L'action du stress et de la nervosité, faisant apparaître ou récidiver le PRG, est aussi mentionner dans la littérature (17).

Dans la majorité des cas (90,65%) (Tableau 4), aucun antécédent pathologique bien défini n'a précédé l'éruption du PRG. De même, dans la plus part des cas (65,26%) (Tableau5) il n'y a pas eu de prodrome. Seule une infection respiratoire est mentionnée comme pathologie précédent l'apparition de la plaque d'après Robert A Allen et ses collaborateurs(7). Dans notre étude, nous avons constaté le syndrome grippal qui précède l'apparition du médaillon initial étant le prodrome chez 37,74%.

Le médaillon initial a été présent chez tous les malades (Tableau 6). Dans 71,70% des cas, le siège se trouve au niveau de la partie supérieure du corps : tête, cou,

ou tronc (Tableau 8). Chez plus de la moitié des cas (58,49%), le médaillon initial a une taille inférieure ou égale à 5cm (Tableau 9). Sa forme est ovalaire (67,92% des cas) (Tableau10). Dans la littérature, le médaillon initial est la première lésion constatée (10). Sa taille varie autour de 1 à 10cm comme dans notre étude (2,9).

L'éruption secondaire est constituée de lésions maculo-érythémateux squameuses et surtout des lésions maculo-hypo chromiques toujours squameuses dans notre étude. Dans 37,74% des cas, l'éruption secondaire a évolué pendant 21 jours et plus jusqu'à la première consultation. Ces patients ont trainé leur maladie avant de se consulter. Elle est généralisée chez 62,26% de nos malades. Cette généralisation est secondaire soit à l'utilisation de médicaments inadaptés (79,25%) (Tableau 14), soit en automédication. Cette situation a été aussi mentionnée par TAY YK (4) et DELAPORTE (2).

Le prurit est présent dans 77,36% des cas. Ce prurit peut être exacerbé par une eczématisation ou une irritation à la transpiration excessive.

En cas de prurit majeur, nos patients ont reçu un antihistaminique et un dermocorticoïde de courte durée relayé par un émollient.

En cas de prurit modéré, nous avons prescrit uniquement un émollient. Tous les patients ont reçu des conseils d'hygiène corporelle afin de limiter l'exacerbation du prurit et de l'éruption : arrêter tout médicament antérieur inadapté, se laver avec un savon doux et bien se sécher après la douche, changer de vêtements en cas de transpiration excessive, éviter les expositions au soleil, informer le patient sur l'évolution de la maladie.

Les auteurs ont proposé également le traitement avec la photothérapie UV soit l'exposition solaire, soit la photothérapie en cabine avec des rayons UVB, selon LEENUTAPHONG V (41). Il y a aussi le traitement par érythromycine per os, rapporté par CHUH A et ses collaborateurs en 2007(42). Enfin, DRAGO F et ses collaborateurs (43) suggèrent l'utilisation de l'acyclovir.

Le PRG est une affection bénigne qui disparait en général spontanément au bout de 6 semaines d'évolution en moyenne. (9,29)

La méconnaissance de cette maladie est à l'origine de l'exacerbation et de la persistance de l'éruption secondaire à cause d'un traitement inadapté.

## CONCLUSION

Le PRG est une maladie fréquente à Mahajanga. Il touche les 9% des patients venus à la consultation externe du service de dermatologie du CHUM.

C'est dermatose érythémato-squameuse subaiguë ou chronique. Elle est bénigne et disparait spontanément au bout de 6 semaines d'évolution en moyenne.

Les patients référés dans le service de dermatologie sont surtout des enfants et des adultes jeunes, avec une prédominance féminine.

Son diagnostic clinique est facile et repose sur trois éléments essentiels : la présence du médaillon initial, l'éruption secondaire sur le tronc et les racines des membres, et l'orientation des médaillons dans le dos sous l'aspect d'un « sapin de Noël ». Les examens complémentaires sont inutiles.

Cette pathologie reste mal connue par les praticiens à Mahajanga. Ce qui explique la multiplicité des complications observées au CHU suite au traitement inadéquat ou à la méconnaissance du diagnostic.

L'abstention thérapeutique est conseillée en cas de PRG. Les formes étendues et prurigineuses nécessitent un traitement symptomatique.

## **SUGGESTION**

Nos recommandations :

- Pour les personnels de santé sont :
  - ✓ Savoir décrire les lésions élémentaires cutanées et les rattacher à un groupe de maladie telle que la dermatose érythémato-squameuse.
  - ✓ Savoir faire de la recherche diagnostique parmi ce groupe de dermatose et les conduites à tenir.
  
- Pour les malades :
  - ✓ Bien s'informer sur la maladie et son évolution.

## 0BIBLIOGRAPHIE

- 1-Traore A, Korsaga-Some N, Niamba P, Barro F, Sanou I, Drabo YJ. Pityriasis rosea in secondary schools in Ouagadougou, Burkina Faso. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128 : 605-9.
- 2- Delaporte E, Piette F, Bergoend H. Pityriasis rosé de Gibert. *Encycl Méd Chir (Paris), Dermatologie* ; 12-315-B-10, 1995, 4 pages
- 3--Ahdi Amer, MD ; Howard Fischer, MD ; Xiaoming Li, PhD The Natural History of Pityriasis Rosea in Black American Children How Correct Is the "Classic" Description? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161 : 503-506.
- 4-Tay YK, Goh CL. One-year review of pityriasis rosea at the National Skin Centre, Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2000 jul ; 29 (4) : 548
- 5-Chuh AA, Molinari N, Sciallis G, Harman M, Akdeniz S, Nanda A. Temporal case clustering in pityriasis rosea: a regression analysis on 1379 patients in Minnesota, kuwait, and diyarbakir, Turkey. *Arch Dermatol*. 2005 Jun ; 141 (6) : 767-71.  
*Arch Dermatol*. 2006 Jul ; 142 (7) : 942-3.
- 6-Antonio A. T. Chuh, Albert Lee, Nicolas Molinari. Case Clustering in Pityriasis Rosea: A Multicenter Epidemiologic Study in Primary Care Settings in Hong Kong. *Arch Dermatol*. 2003 ; 139 : 489-493.
- 7-Robert A Allen et Coll. Pityriasis rosea. American Academy of dermatology. 2007 Janv
- 8-Harman M, Aytekin S, Akdeniz S, Inaloz HS. An epidemiological study of pityriasis rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol* 1998 ; 14 : 495-7.
- 9-I Bukhari. Pityriasis rosea with palmoplantar plaque lesions. *Dermatology Online Journal* 2005 ; 11 (1) : 27
- 10- Brar BK, Pall A, Gupta RR. Pityriasis rosea unilateralis. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2003 Jan-Feb ; 69 (1) : 42-3.
- 11-Miranda SB, Lupi O, Lucas E. Vesicular pityriasis rosea: response to erythromycin treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004 Sep ; 18 (5) : 622-5.
- 12- Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea--an update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2005 Sep-Oct ; 71 (5) : 311-5.
- 13- Kempf W, Burg G. Pityriasis rosea-a virus induced skin disease? An update. *Arch Virol*. 2000 ; 145 (8) : 1509-20.

- 14- [Yildirim M](#), [Aridogan BC](#), [Baysal V](#), [Inaloz HS](#). The role of human herpes virus 6 and 7 in the pathogenesis of pityriasis rosea. *Int J Clin Pract.* 2004 Feb ; 58 (2) : 119-21
- 15-Watanabe T, Kawamura T, Jacob SE, Aquilino EA, Orenstein JM, Black JB, et al. Pityriasis rosea is associated with systemic active infection with both human herpesvirus-7 and human herpesvirus-6. *J Invest Dermatol* 2002 ; 119 : 793-7.
- 16- Broccolo F, Drago F, Careddu AM, Foglieni C, Turbino L, Cocuzza CE, Gelmetti C, Lusso P, Rebora AE, Malnati MS. Additional evidence that pityriasis rosea is associated with reactivation of human herpesvirus-6 and -7. *J Invest Dermatol.* 2005 Jun ; 24 (6) : 1234-40
- 17-Drago F, Ramen E, Malaguiti F et al. Human Herpes Virus 7 in patients with pityriasis rosea *Dermatology* 1997, 195 : 374-78.
- 18- [Chuh A](#), [Chan H](#), [Zawar V](#). Pityriasis rosea--evidence for and against an infectious aetiology. *Epidemiol Infect.* 2004 Jun ; 132 (3) : 381-90.
- 19-Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. *Am Fam Physician.* 2004 Jan 1 ; 69 (1) 87-91.  
Comment in : *Am Fam Physician.* 2004 Sep 1 ; 70 (5) : 821.
- 20-Truhan AP. Pityriasis rosea. *Am Fam Physician.* 1984 May ; 29 (5) : 193 -6
- 21-Sharma PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L. Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 : 241-4
- 22-Chuh AA. Rash orientation in pityriasis rosea: a qualitative study. *Eur J Dermatol.* 2002 May-Jun ; 12 (3) : 253-6.
- 23-Karnath B, Hussain N, Berin M. Pityriasis ros  a. Appearance and distribution of macule and diagnosis. *Postgood med.* 2003 May ; 113 (5) : 93-4,97
- 24-Bernardin RM, Ritter SE, Murchland MR. Papular pityriasis rosea. *Cutis.* 2002 Jul ; 70 (1) : 51-5 ; quiz 48. Links
- 25-[Chuh A](#), [Zawar V](#), [Lee A](#). Atypical presentations of pityriasis rosea : case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005 Jan ; 19 (1) : 120-6.
- 26-Ahmed I, Charles-Holmes R. Localized pityriasis rosea. *Clin Exp Dermatol.* 2000 Nov ; 25 (8) : 624-6.
- 27-[Vidimos AT](#), [Camisa C](#). Tongue and cheek: oral lesions in pityriasis rosea. *Cutis.* 1992 Oct ; 50(4) : 276-80.

- 28-Bianca S, Ingegnosi C, Ciancio B, Gullotta G, Randazzo L, Ettore G. Pityriasis rosea in pregnancy. Reprod Toxicol. 2007 Nov-Dec ; 24 (3-4) : 277-8. Epub 2007 May 18.
- 29- Cheong WK, Wong KS. An epidemiological study of pityriasis rosea in Middle Road Hospital. Singapore Med J 1989 ; 30 : 60-2.
- 30- Cavanaugh RM Jr. Pityriasis rosea in children. A review . Clin Pediatr (Phila). 1983 Mar ; 22(3) : 200-3.
- 31-Laura Atzori MD, Anna Luisa Pinna MD, Caterina Ferreli MD, Nicola Aste MD. Pityriasis rosea-like adverse reaction: Review of the literature and experience of an Italian drug-surveillance center. Dermatology Online Journal 12 (1): 1
- 32- Wilkin JK, Kirkendall WM. Pityriasis rosea-like rash from captopril. Arch Dermatol. 1982 Mar ; 118 (3) : 186-7.
- 33--Sasmaz S, Karabiber H, Boran C, Garipardic M, Balat A. Pityriasis rosea-like eruption due to pneumococcal vaccine in a child with nephrotic syndrome. J Dermatol. 2003 Mar ; 30 (3) : 245-7.
- 34-Kaplan B, Grunwald MH, Halevy S. Pityriasis rosea-like eruption associated with BCG vaccination. Isr J Med Sci. 1989 Oct ; 25 (10) : 570-2.
- 35-Honl BA, Keeling JH, Lewis CW, Thompson IMA. Pityriasis rosea-like eruption secondary to bacillus Calmette-Guérin therapy for bladder cancer. Cutis. 1996 Jun; 57(6) : 447-50.
- 36-Ghersetich I, Rindi L, Teofoli P, Tsampau D, Palleschi GM, Lotti T. Pityriasis rosea-like skin eruptions caused by captopril. G Ital Dermatol Venereol. 1990 Oct ; 125 (10) : 457-9.
- 37-Helfman RJ, Brickman M, Fahey J. Isotretinoin dermatitis simulating acute pityriasis rosea. Cutis. 1984 Mar ; 33 (3) : 297-300.
- 38- Brazzelli V, Prestinari F, Roveda E, Barbagallo T, Bellani E, Vassallo C, Orlandi E, Passamonti F, Borroni G. Pityriasis rosea-like eruption during treatment with imatinib mesylate: description of 3 cases. J Am Acad Dermatol. 2005 Nov ; 53 (5 Suppl 1) : S2403.
- 39- Bonafé et collaborateur. Pityriasis rosé de gibert. Dictionary ac dermatologique Pédiatrique, édition Maloine, Deuxième édition. Manuel Merck, troisième édition
- 40-Ardnt KA, Paul B S, Stern R S, Parrish J A. Treatment of pityriasis rosea with U V radiation. Arch Dermatol, 1983 ; 119 : 381 – 382 .
- 41-Leenutaphong V, Jiamton S. UVB Phototherapy for pityriasis rosea: a bilateral comparaison study. J Am Acad Dermatol. 1995 ; 33 : 996 – 9 .

42-Chuh A, Dofitas B, Comisel G, Reveiz L, Morar N, Sharma V, et al. Interventions in pityriasis rosea. 2007 Apr; (2) : CD005068 .

43-Drago F, Vecchio F, Rebora A . Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea. J Am Acad Dermatol. 2006 Jan ; 54(1) : 82-5.

44- Cagnoni M L, Ghersetich I, Lotti T . Exacerbation du pityriasis rosé après corticothérapie orale Pourquoi ? Nouv Dermatol , 1994 ; 13 : 773 – 5 .

45- Leonforte J F. Pityriasis rosea : exacerbation with corticosteroid treatment . Dermatologica. 1981 ; 163 : 480 – 1 .

1- Répartition des cas de PRG selon l'âge (Tableau 1)

---

<b>CAS DE PRG</b>		
<b>AGE</b>	Nombre de cas	Pourcentage(%)
0 -15 ans	26	49,06
16 -30 ans	16	30,19
31 -45 ans	8	15,09
>45 ans	3	5,66
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

---

2-Répartition des cas de PRG selon le sexe (Tableau 2)

---

**CAS DE PRG**

---

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
<b>SEXÉ</b>	Féminin	37
	Masculin	16
	Total	53

---

3-Répartition des cas de PRG Selon la profession (Tableau 3)

---

---

<b>CAS DE PRG</b>			
<b>PROFESSION</b>		<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Sans emploi		7	13,21
Etudiant		28	52,83
Emploi bureau		3	5,66
Emploi manuel		15	28,3
Total		53	100

---

4- Répartition des cas de PRG selon la présence ou non de maladie durant les 3 semaines précédent le diagnostic de PRG (Tableau 4)

---

**CAS DE PRG**

---

<b>MALADIE</b>		Nombre de cas	Pourcentage (%)
	Paludisme	3	5,66
	fièvre typhoïde	1	1,89
	Tuberculose	1	1,89
	Pas de maladie	48	90,57
	Total	53	100

---

5- Répartition des cas de PRG selon la présence ou non de prodrome (Tableau 5)

---

<b>CAS DE PRG</b>			
<b>PRODROME</b>		Nombre de cas	Pourcentage (%)
	Avec prodrome	20	37,74
	Sans prodrome	33	62,26
	Total	53	100

---

6- Répartition des patients selon la présence ou non de médaillon initial lors de l'examen clinique (Tableau 6)

---

**CAS DE PRG**

---

<b>MEDAILLON INITIALE</b>	Médaillon initial présent	Nombre de cas	Pourcentage(%)
		53	100
	Médaillon initial absent	00	00
	Total	53	100

---

7- Répartition des malades selon la localisation du médaillon initial (Tableau 7)

---

**CAS DE PRG**

---

<b>TOPOGRAPHIE DU MEDAILLON INITIALE</b>		Nombre de cas	Pourcentage (%)
	Tête et cou	19	35,85
	Tronc	19	35,85
	Racine des membres supérieure ou inférieur	12	22,64
	Autres (région pubienne)	3	5,66
	<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

---

**8- Répartition selon la taille du Médailon initial (Tableau 8)**

---

**CAS DE PRG**

---

	Nombre des cas	Pourcentage (%)
$\leq 5$ cm	31	58,49
<b>TAILLE</b>		
>5 cm	22	41,51
Total	53	100

---

9- Répartition des patients atteints du PRG selon la forme du médaillon initiale  
(Tableau 9)

---

**CAS DE PRG**

---

<b>FORME DU MÉDAILLON</b>	Nombre des cas		Pourcentage (%)
arrondie	17		32,08
ovalaire	36		67,92
Total		53	100

---

10- Répartition des malades selon la topographie de l'éruption secondaire (Tableau 10)

---

<b>CAS DE PRG</b>		Nombre de cas	Pourcentage(%)
<b>TOPOGRAPHIE DE L'ERUPTION SECONDAIRE</b>	Tête et cou	5	9,43
	Généralisée	33	62,26
	Membre supérieur, membre inférieur	2	3,77
	Tronc	6	11,32
	absence d'éruption secondaire	7	13,21
	Total	53	100

---

11- Répartition des malades selon la durée d'évolution depuis l'apparition de l'éruption secondaire jusqu'à la première consultation (Tableau 11)

---

**CAS DE PRG**

---

<b>DURÉE D'EVOLUTIN</b>		<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
	0 jours	11	20,75
Entre 1 à 7 jours	13	24,53	
Entre 8 à 21 jours	9	16,98	
>21 jours	20	37,74	
Total	53	100	

---

**12-Répartition des malades selon la présence de Prurit (Tableau 12)**

---

**CAS DE PRG**

---

	Nombre des cas	Pourcentage (%)
Présence de prurit	41	77,36
<b>PRURIT</b>		
Absence de prurit	12	22,64
Total	53	100

---

13- Répartition des cas de PRG selon la présence ou non de l'adenopathie (Tableau 13)

---

<b>CAS DE PRG</b>		Nombre des cas	Pourcentage (%)
<b>ADENOPATHIE</b>			
Présence d'adénopathie		3	5,66
Absence d'adénopathie		50	94,33
Total		53	100

---

**14-Répartition des cas de PRG selon l'utilisation ou non de médicament sous prescription médicale ou par automédication (Tableau 14)**

---

**CAS DE PRG**

---

<b>MEDICAMENT UTILISÉS</b>		Nombre de cas	Pourcentage (%)
Antimycosique topique		17	32,08
Antiparasitaire per os		7	13,21
Antibiotique		6	11,32
Autres		12	22,64
Pas de médicament		11	20,75
Total		53	100

---