

LISTE DES ABREVIATIONS

CHNEAR : Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer

FFN : Folliculite fibrosante de la nuque

HALD : Hôpital Aristide Le Dantec

HTA : Hypertension artérielle

IHS : Institut d'Hygiène Sociale

IMC : Indice de masse corporelle

M3 : 3 mois d'évolution

M4 : 4 mois d'évolution

Rapport TT/TH : Rapport tour de taille / tour de hanche

TA : Tension artérielle

TG : Triglycérides

TH : Tour de hanche

TT : Tour de taille

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge	10
Figure 2: Lésions papulo-pustuleuses d'une folliculite fibrosante de la nuque .	18
Figure 3: Lésions papulo-nodulaires d'une folliculite fibrosante de la nuque ..	18
Figure 4: Folliculite fibrosante de la nuque à composante chéloïdienne prédominante	19
Figure 5: Lésions d'alopécie cicatricielle reposant sur un fond érythémateux d'une folliculite fibrosante de la nuque.....	19
Figure 6: Surinfection d'une folliculite fibrosante de la nuque	20
Figure 7: Stade 1 : Lésions papulo-pustuleuses d'une folliculite fibrosante de la nuque	20
Figure 8: Stade 2 : Lésions papuleuses cicatricielles d'une folliculite fibrosante de la nuque	21
Figure 9: Stades 3 : Lésions chéloïdiennes d'une folliculite fibrosante de la nuque	21
Figure 10: Évolution des lésions à M3 du traitement	24
Figure 11: Évolution des lésions à M4 du traitement	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition en fonction du site de recrutement	9
Tableau II : Répartition de la fréquence en fonction du site de recrutement	9
Tableau III : Répartition selon l'ethnie	10
Tableau IV : Répartition selon la profession	11
Tableau V : Répartition selon la durée d'évolution.....	12
Tableau VI : Répartition en fonction du type de rasage.....	13
Tableau VII : Répartition en fonction du nombre de rasage par mois.....	13
Tableau VIII : Répartition en fonction de l'indice de masse corporelle	15
Tableau IX : Répartition en fonction du rapport tour de taille / tour de hanche	16
Tableau X : Répartition en fonction de la glycémie.....	16
Tableau XI : Répartition selon le bilan lipidique	16
Tableau XII : Répartition des traitements en fonction des stades évolutifs de la folliculite fibrosante de la nuque	22
Tableau XIII : Relation entre le nombre de rasage et le stade 3	25
Tableau XIV : Relation entre utilisation de peigne et nodule	26

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE	3
I. Objectifs de l'étude	4
II. Méthodologie.....	4
II.1. Type d'étude.....	4
II.2. Cadre d'étude.....	4
II.3. Population d'étude	5
II.4. Critères d'inclusion.....	6
II.5. Critères de non-inclusion	6
II.6. La technique de collecte.....	6
II.7. L'aspect éthique.....	7
II.8. La saisie et l'analyse des données	7
RESULTATS	8
III.1. Étude descriptive	9
III.1.1. Aspects épidémiologiques	9
III.1.1.1. Répartition selon le site de recrutement	9
III.1.1.2. Répartition en fonction de la fréquence hospitalière	9
III.1.1.3. Répartition selon le sexe	9
III.1.1.4. Répartition selon l'âge	10
III.1.1.5. Origine géographique	10
III.1.1.6. Ethnie	10
III.1.1.7. Répartition selon la profession.....	11
III.1.1.8. Répartition selon le niveau socio-économique	11
III.1.1.9. Répartition selon le statut matrimonial	11
III.1.2. Étude clinique descriptive.....	11
III.1.2.1. Le motif de consultation	11
III.1.2.2. La durée d'évolution.....	12
III.1.2.3. L'itinéraire thérapeutique	12

III.1.2.4. Antécédents et ou terrains	12
III.1.2.5. Habitudes et mode de vie	13
III.1.2.6. Les aspects cliniques	14
III.1.3. Recherche des tares associés.....	15
III.1.4. Recherche de retentissement psychologique	17
III.1.4. Les aspects thérapeutiques.....	22
III.2. Étude analytique	24
III.2.1. Relation entre type de rasage et les aspects cliniques	24
III.2.2. Relation entre le nombre de rasage et les stades cliniques de la folliculite fibrosante de la nuque	25
DISCUSSION	27
IV.1. Données sociodémographiques	28
IV.1.1. Fréquence	28
IV.1.2. Âge.....	29
IV.1.3. Sexe	29
IV.2. Les aspects cliniques	30
IV.3. Les tares associées.....	32
IV.4. Les aspects thérapeutiques	33
IV.5. Évolution.....	34
IV.6. Prévention	35
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	36
REFERENCES	40
ANNEXES	

A horizontal pink banner with a scroll-like design, featuring a vertical strip on the left and rounded ends on the right.

INTRODUCTION

La folliculite fibrosante de la nuque (FFN), anciennement appelé « acné chéloïdienne de la nuque », est un processus inflammatoire chronique impliquant le follicule pileux de la nuque et du cuir chevelu occipital après un rasage excessif ; survenant presque exclusivement chez les hommes jeunes d'ascendance africaine ayant des cheveux crépus. Toutefois sa survenue chez les hommes à peau claire n'est pas exceptionnelle [25,10].

Il s'agit d'une maladie d'étiologie inconnue et représentant un motif courant de consultation médicale chez les patients de phototype VI tant en Afrique subsaharienne qu'en Europe, aux États Unis ou aux Antilles, variant entre 0,16% et 1,7% au cours du XX^{ème} siècle [26] causant 0,4% à 3,7% des dermatoses chez ces derniers [8,9,16]. Il n'existe pas d'argument en faveur d'une infection ni d'un caractère familial ou héréditaire.

Le diagnostic est clinique évoluant grossièrement en trois stades, où ils coexistent des lésions pustuleuses, papuleuses et papulo-nodulaires puis des plaques et des placards fibro-cicatriciels d'aspect chéloïdien. [15]. Cependant il ne faut pas la confondre avec les autres folliculites du cuir chevelu tels que : les chéloïdes post-traumatiques de la nuque, le mycétome dermatophytique et la folliculite décalvante de Quinquaud [15,22] .

Bien que la folliculite fibrosante de la nuque ne mette pas en jeu le pronostic vital, la suppuration chronique entraîne des préjudices esthétiques et psychologiques importants [31,19]. Son traitement est essentiellement médical reposant sur un arrêt temporaire ou définitif du rasage, une antibiothérapie par voie locale ou générale, des dermocorticoïdes et des injections intra lésionnelles de corticoïdes parfois associé à un traitement chirurgical. [14]. La chronicité de son évolution nécessite un traitement d'entretien indéfini. L'éducation est la clé de la prévention basée sur l'évitement des frottements et des coupes courtes, en particulier le long de la racine des cheveux postérieure.

Les études en Afrique sont rares ; au Togo, l'étude réalisée par Saka.B portant sur les facteurs de risque associés aux folliculites fibrosantes de la nuque avait

identifié trois facteurs favorisant à savoir le saignement lors de la coiffure, la fréquence des coiffures inférieure à une fois par semaine et la coupe de cheveux à ras [5].

Au Sénégal, une étude antérieurement réalisée en 2014 par Diallo et al. avait supposé qu'un facteur génétique semblerait être impliqué, mais la pathologie n'est pas spécialement associée à des antécédents familiaux de folliculite fibrosante de la nuque ni à la tendance personnelle à la formation de chéloïdes [21].

Aucune étude portant exclusivement sur les facteurs associés à la survenue de la folliculite de la nuque au Sénégal n'a été faite. Ainsi nous avons jugé opportun de faire ce présent travail dont l'objectif était de rechercher les facteurs associés à la survenue de la folliculite fibrosante de la nuque. Dans un premier temps nous allons définir notre méthodologie de recherche, ensuite nous présenterons nos résultats que nous discuterons avant d'apporter nos conclusions et formuler des recommandations.



METHODOLOGIE

I. Objectifs de l'étude

L'objectif général de notre étude était de :

- Rechercher les facteurs de risque associés à la survenue de la folliculite fibrosante de la nuque.

L'objectif spécifique de notre étude était de :

- Connaitre les différentes présentations cliniques de la folliculite fibrosante de la nuque.
- Identifier les facteurs favorisant la survenue de la folliculite fibrosante de la nuque.

II. Méthodologie

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive multicentrique sur une période de cinq mois allant du 10 août 2020 au 31 décembre 2020, avec un recueil prospectif des données.

II.2. Cadre d'étude

Notre étude a été effectuée dans les Services de Dermatologie de Dakar à savoir le Centre Hospitalier Aristide le Dantec (HALD), l'Institut d'Hygiène Social (IHS), et du Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer (CHNEAR).

- Le service de dermatologie de HALD constitue le centre de référence en dermatologie à Dakar et même au Sénégal. Les ressources humaines comportent 7 dermatologues dont 2 professeurs titulaires et 2 maîtres de conférences agrégées, 1 maître-assistant, 3 internes et 58 médecins en cours de formation pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées en dermatologie-vénéréologie. Le service compte 20 lits et reçoit en moyenne 7000 patients par an en consultation avec environ 250 hospitalisations annuelles.

- Le service de dermatologie de l'IHS est le premier centre de référence des maladies sexuellement transmissibles et le 2^{ème} centre de référence en dermatologie au Sénégal. Les ressources humaines sont constituées par des médecins dermatologues dont un professeur titulaire, un maître de conférences agrégées, deux internes, et par un personnel paramédical. Le service a une triple vocation de soins, de formation et recherche. Le service reçoit en moyenne 17000 patients par an en consultation avec environ 200 hospitalisations annuelles. Il reçoit chaque année en moyenne 15 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie- vénéréologie, de Médecine interne, de maladies infectieuses, de rhumatologie et plus d'une soixantaine d'étudiants en médecine.

- Le service de dermatologie du centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer (C.H.N.E.A.R) de Dakar. Il s'agit d'un centre de référence national pédiatrique de niveau III. Il se situe dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Fann de Dakar. Les ressources humaines comportent 3 dermatologues dont 1 professeur titulaire, 1 maître-assistant, 1 internes et 4 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénéréologie.

II.3. Population d'étude

La population cible de notre étude était constituée par l'ensemble des malades consultant dans les services de dermatologie suscités durant la période de l'étude.

II.4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les patients consultant dans les services de dermatologie suscités durant la période de l'enquête et présentant une folliculite fibrosante de la nuque, quel que soit l'âge et le sexe.

Le diagnostic de la folliculite fibrosante de la nuque était clinique basé sur l'examen clinique se présentant sous forme de :

Papule, nodule, pustule, d'érythème, cicatrice hypertrophique et d'alopécie cicatricielle.

La folliculite fibrosante de la nuque était classée en trois stades :

- Un stade inflammatoire avec des lésions papulo-pustuleuses.
- Un stade de papules cicatricielles.
- Un stade de chéloïdes.

II.5. Critères de non-inclusion

Nous n'avons pas inclus les patients qui refusaient de participer à l'étude, ainsi que les patients qui avaient une folliculite du cuir chevelu autre que la FFN.

II.6. La technique de collecte

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire.

L'interrogatoire et l'examen clinique ont été réalisés par la même personne au niveau des trois centres de recrutement.

Les résultats de ce questionnaire ont été consignés dans une fiche préétablie.

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire confectionné et validé. Il a permis de recueillir les informations concernant :

- Les données sociodémographiques : l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la situation matrimoniale, la profession, les habitudes et mode de vie, les antécédents de folliculite fibrosante de la nuque, les circonstances de découverte, les facteurs favorisants et la durée d'évolution.

- Terrain : diabète, atonie, dermatoses associées.
- Les données cliniques : les motifs de consultations, l'itinéraire thérapeutique, la prise en charge initiale, signes fonctionnels, et physiques.

- Le diagnostic et la prise en charge.
- L'évolution clinique des patients avec une surveillance mensuelle.

II.7. L'aspect éthique

Le consentement oral libre et éclairé du participant était requis.

Le respect de la confidentialité était également requis.

L'autorisation du chef de service était préalable pour l'exploitation des données des dossiers.

Le refus de participer n'avait aucun impact sur la prise en charge.

II.8. La saisie et l'analyse des données

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office Excel pour Mac version 16.43 (2011).

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS (Statistical package for Sciences Socials) version 25.

L'étude descriptive a été réalisée par le calcul de fréquences pour les variables qualitatives. Pour les données quantitatives, l'étude a été réalisée par le calcul des moyennes.

L'étude analytique a été faite avec des croisements de variables à l'aide de tableaux de contingence à double entrée. Pour comparer les fréquences, le test du KHI 2 et celui de Fischer ont été utilisés selon leur condition d'applicabilité, avec un seuil de significativité alpha inférieur à 0,05.

RESULTATS

III.1. Étude descriptive

III.1.1. Aspects épidémiologiques

III.1.1.1. Répartition selon le site de recrutement

Nous avons colligé 37 malades présentant une folliculite fibrosante de la nuque. Ils s'agissaient tous de patients de phototypes VI selon la classification de Fitzpatrick (Annexe II) et dont le type de cheveux était crépus.

Le tableau I illustre la répartition des patients en fonction du site de recrutement :

Tableau I : Répartition en fonction du site de recrutement

Site de recrutement	Effectif	Pourcentage %
HALD	23	62,16
IHS	09	24,32
CHNEAR	05	13,52

III.1.1.2. Répartition en fonction de la fréquence hospitalière

Dans notre étude, la fréquence hospitalière moyenne était de 6,85 ‰ .

Le tableau II illustre la répartition de la fréquence hospitalière de la folliculite fibrosante de la nuque en fonction du site de recrutement.

Tableau II : Répartition de la fréquence en fonction du site de recrutement

Fréquence	Effectif	Pourcentage ‰
HALD	23	7 ‰
IHS	09	6,7 ‰
CHNEAR	05	6,85 ‰

III.1.1.3. Répartition selon le sexe

Notre série était composée exclusivement d'hommes, soit un effectif de 37.

III.1.1.4. Répartition selon l'âge

La moyenne d'âge de nos patients est de 34,45 ans et des extrêmes d'âge de 19 ans à 55 ans.

La répartition en fonction de la tranche d'âge est illustrée sur la figure 1.

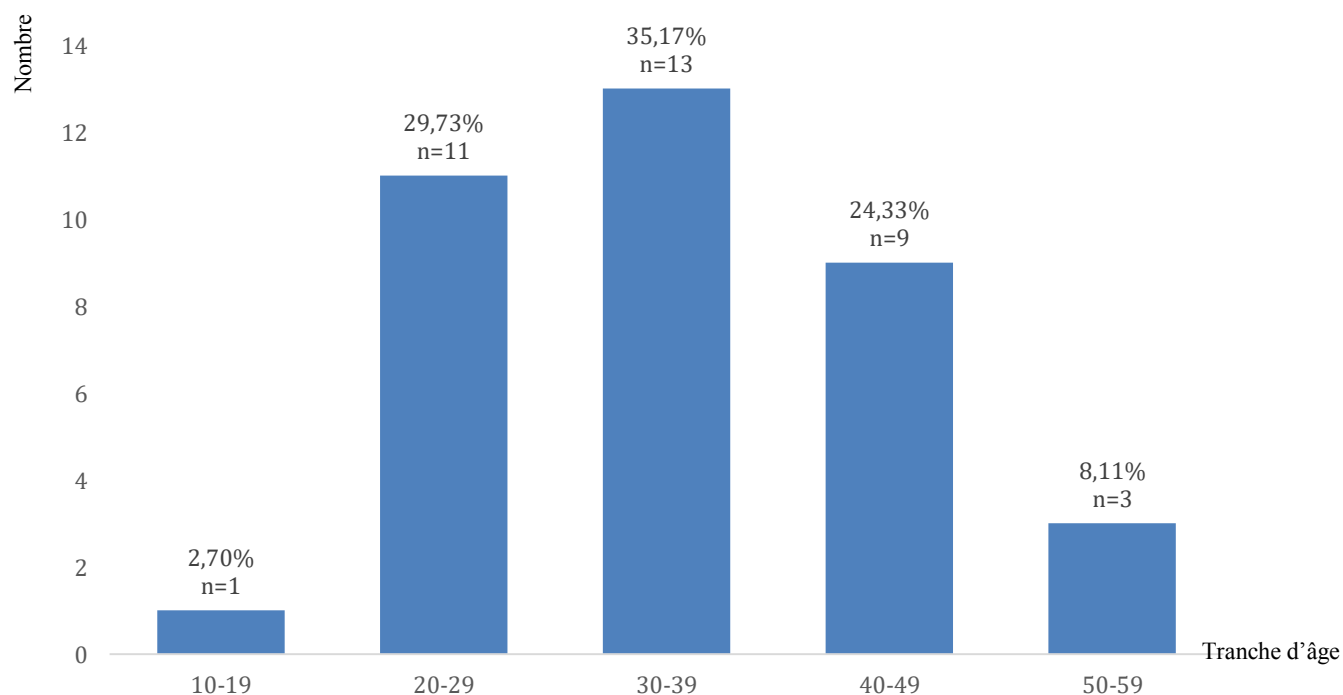


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge

III.1.1.5. Origine géographique

Tous nos patients étaient originaires de Dakar dans 37 cas soit 100 %.

III.1.1.6. Ethnie

Les wolofs représentaient plus de 92 % des ethnies rencontrées.

La répartition selon ethnie est représentée sur le tableau III.

Tableau III : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Nombre	Pourcentage %
Wolof	34	91,89
Peul	3	8,11
Total	37	100

III.1.1.7. Répartition selon la profession

Une activité professionnelle a été retrouvée dans 31 cas soit 83,79 %, répartie dans différents secteurs.

La répartition selon la profession est représentée sur le tableau IV.

Tableau IV : Répartition selon la profession

Profession	Nombre	Pourcentage %
Commerçant	16	43,24
Enseignant	4	10,81
Informaticien	3	8,11
Administrateur	2	5,4
Chauffeur	2	5,4
Policier	2	5,4
Agent de banque	1	2,7
Technicien mécanique	1	2,7
Total	31	83,76

III.1.1.8. Répartition selon le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique était bas dans 17 cas soit 45,95 % et moyen dans 20 cas soit 54,05 %.

III.1.1.9. Répartition selon le statut matrimonial

La répartition des patients selon le statut matrimonial était le suivant :

- Marié dans 21 cas soit 56,76 %.
- Célibataire dans 16 cas soit 43,24 %.

III.1.2. Étude clinique descriptive

III.1.2.1. Le motif de consultation

Différents motifs de consultation ont été notés :

- Un prurit + éruption cutanée dans 17 cas soit 45,95 %.

- Une douleur + éruption cutanée dans 6 cas soit 16,22 %.
- Une éruption cutanée au niveau de la nuque 14 cas soit 37,83 %.

III.1.2.2. La durée d'évolution

La symptomatologie évoluait entre 1 an et 3 ans dans 13 cas soit 35,13 %.

La répartition en fonction du délai d'apparition est illustrée dans le tableau V.

Tableau V : Répartition selon la durée d'évolution

Délai d'apparition	Nombre	Pourcentage %
Entre 1 an et 3 ans	13	35,13
Entre 4 et 6 ans	11	29,73
Entre 7 et 9 ans	7	18,92
> 10 ans	6	16,22
Total	37	100

III.1.2.3. L'itinéraire thérapeutique

- Les malades étaient suivis antérieurement par un :
 - Dermatologue dans 10 cas soit 27,02 %.
 - Tradipraticien dans 6 cas soit 16,22%.
 - Généraliste dans 5 cas soit 13,51 %.
- Les traitements antérieurs étaient :
 - Des antibiotiques généraux dans 26 cas soit 70,27 %.
 - Des dermocorticoïdes dans 20 cas soit 54,05 %.
 - Des corticoïdes injectables dans 10 cas soit 27,02 %.
 - Des antibiotiques locaux dans 7 cas soit 18,92 %.
 - Un antiseptique dans 6 cas soit 16,22 %.

III.1.2.4. Antécédents et ou terrains

➤ Terrain et antécédents personnels

Un terrain a été noté dans 7 cas, il s'agissait :

- D'une atopie dans 3 cas soit 8,11 %.

- D'un diabète dans 3 cas soit 8,11 %.
- D'une hypertension artérielle dans 1 cas soit 2,7 %.

➤ **Les antécédents familiaux :**

La folliculite fibrosante de la nuque était notée dans 3 cas soit 8,11 %.

III.1.2.5. Habitudes et mode de vie

✓ **Type de rasage :**

Le type de rasage le plus utilisé était la tondeuse dans 35 cas soit 94,6 %.

La répartition en fonction des types de rasage est illustrée dans le tableau VI.

Tableau VI : Répartition en fonction du type de rasage

Type de rasage	Nombre	Pourcentage %
Tondeuse	35	94,6
Lame de rasoir	2	5,4
Ciseaux	0	0
Total	37	100

✓ **Nombre de rasage/mois :**

Les patients se rasaient une à cinq fois par mois (48,65%), avec une moyenne de trois rasages.

La répartition en fonction du nombre de rasage par mois est illustrée sur le tableau VII.

Tableau VII : Répartition en fonction du nombre de rasage par mois

Nombre de rasage / mois	Nombre	Pourcentage %
1	2	5,4
2	13	35,14
3	18	48,65
4	3	8,11
5	1	2,7
Total	37	100

✓ **Utilisation de peigne en bois ou plastique :**

L'utilisation de peigne en bois ou en plastique avait été retrouvé chez 11 cas de nos patients soit 29,73%.

III.1.2.6. Les aspects cliniques

✓ **Circonstances de découverte**

Dans notre étude, trois circonstances de découvertes avaient été retrouvé :

- La palpation des boutons au niveau de la nuque dans 19 cas soit 51,35 %.
- Le saignement lors du rasage dans 12 cas soit 32,43 %.
- La sensation de douleur lors du rasage dans 6 cas soit 16,22 %.

✓ **Signes fonctionnels**

Les signes fonctionnels étaient à type de :

- Prurit dans 17 cas soit 45,95 %.
- Douleur dans 6 cas soit 16,22 %.

✓ **Signes physiques**

Les différents aspects cliniques lésionnels retrouvés sont :

- Des papules dans 37 cas soit 100 % (Figures 2).
- Des nodules dans 32 cas soit 86,49 % (Figures 3).
- Des cicatrices hypertrophiques dans 31 cas soit 83,78 % (Figures 4).
- Une pustule dans 27 cas soit 72,98 %.
- Un érythème 4 cas soit 10,81 %.
- Une alopécie cicatricielle dans 2 cas soit 5,4 % (Figures 5).

Ces lésions pouvaient coexister chez un même malade.

✓ **Surinfection :**

Une surinfection des lésions a été notée chez 2 patients soit 5,4 % (Figures 3).

✓ **Topographie :**

La topographie des lésions au niveau du cuir chevelu était la suivante :

- La région occipitale dans 35 cas soit 94,6 %.
- La région extra-occipitale (pariétale) 2 cas soit 5,4 %.

Ces topographies pouvaient être atteintes chez le même patient.

✓ **Les stades cliniques :**

Les différents stades cliniques qui étaient retrouvés chez nos patients sont illustrés dans la figure 7,8,9 dont le stade le plus fréquent était le stade 2 avec 62,16 % des cas.

III.1.3. Recherche des tares associées

➤ **Tension artérielle :**

Dans notre étude, trois patients présentaient une hypertension artérielle (HTA) soit 8,11 % des cas.

➤ **Indice de masse corporelle (IMC) :**

Un surpoids et une obésité (modérée/sévère) étaient observés chez 19 cas soit 51,35%.

La répartition en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) est illustrée sur le tableau VIII.

Tableau VIII : Répartition en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) :

IMC	Effectif	Pourcentage %
18,5 – 24,9 (Normale)	18	48,65
25 – 29,9 (Surpoids)	11	29,73
30 – 34,9 (Obésité modérée)	3	8,11
35 – 39,9 (Obésité sévère)	5	13,51

➤ **Rapport tour de taille / tour de hanche (TT/TH) :**

Dans notre étude, six patients avaient un rapport de tour de taille / tour de hanche élevé soit 16,22 %.

La répartition en fonction du tour de taille / le tour de hanche est illustré sur le tableau IX.

Tableau IX : Répartition en fonction du rapport tour de taille / tour de hanche (TT/TH) :

Rapport TT/TH	Effectif	Pourcentage %
< 0,95 (normal)	31	83,78
> 0,95 (élevé)	6	16,22

➤ **Diabète :**

Chez dix de nos malades, un diabète était noté soit 27,03 % des cas.

La répartition en fonction de la glycémie est illustrée sur le tableau X.

Tableau X : Répartition en fonction de la glycémie

Glycémie	Effectif	Pourcentage %
Normal	26	70,27
Pré diabète	1	2,7
Diabète	10	27,03

➤ **Dyslipidémie :**

Dans notre étude, trois patients avaient un déséquilibre lipidique soit 8,11 %.

La répartition en fonction du bilan lipidique est illustrée sur le tableau XI.

Tableau XI : Répartition selon le bilan lipidique

Bilan lipidique	Effectif	Pourcentage %
Hypertriglycémie	3	8,11
Hypercholestérolémie	3	8,11
LDL-C	2	5,4

III.1.4. Recherche de retentissement psychologique

La qualité de vie de 29 patients de notre étude, soit 78,38% avait été considérablement impacté due au caractère affichant de leur pathologie. Résultant à un refus de sortir, ou au port systématique de casque, afin d'emmitoufler les lésions.



Figure 2: Lésions papulo-pustuleuses d'une folliculite fibrosante de la nuque
(*Dermatologie IHS*)



Figure 3: Lésions papulo-nodulaires d'une folliculite fibrosante de la nuque
(*Dermatologie Fann*)



Figure 4: Folliculite fibrosante de la nuque à composante chéloïdienne prédominante (*Dermatologie Dantec*)



Figure 5: Lésions d'alopecie cicatricielle reposant sur un fond érythémateux d'une folliculite fibrosante de la nuque (*Dermatologie Dantec*)



Figure 6: Surinfection d'une folliculite fibrosante de la nuque (*Dermatologie Dantec*)



Figure 7: Stade 1 : Lésions papulo-pustuleuses d'une folliculite fibrosante de la nuque (*Dermatologie IHS*)



Figure 8: Stade 2 : Lésions papuleuses cicatricielles d'une folliculite fibrosante de la nuque (*Dermatologie Fann*)



Figure 9: Stades 3 : Lésions chéloïdiennes d'une folliculite fibrosante de la nuque (*Dermatologie IHS*)

III.1.4. Les aspects thérapeutiques

➤ Traitement institué

L'éducation thérapeutique est la clé de la prévention. Elle est basée sur l'évitement des frottements et des coupes courtes, en particulier le long de la racine des cheveux postérieurs. L'utilisation de rasoir et de tondeuse doit être définitivement interdite. Plus tard, l'utilisation de la tondeuse peut être possible en respectant la direction des cheveux.

Divers traitements ont été prescrits chez nos patients illustrés dans le tableau XII en fonction des stades évolutifs

✓ Traitement local :

- + Des antibiotiques locaux (érythromycine)
- + Des dermocorticoïdes
- + Des antiseptiques
- + Des infiltrations de corticoïdes, répartis comme suit :
 - Bétaméthasone injectable.
 - Triamcinolone.

✓ Traitement Général :

- + Des antibiotiques systémiques (cyclines)
- + Association du traitement général et du traitement local :
- + Association de dermocorticoïdes et antibiotiques

Tableau XII : Répartition des traitements en fonction des stades évolutifs de la folliculite fibrosante de la nuque :

Stades	Stade 1	Stade 2	Stade 3
Cyclines (100mg)	20		
Antibiotique local	17	7	
Dermocorticoïde	12	10	
Infiltration de corticoïdes		15	6
Association d'antibiotique et un dermocorticoïde		17	
Antiseptique	11	9	

➤ **Évolution**

- Un suivi mensuel des patients a été respecté.
- L'évolution était favorable dans 19cas (51,35%) ,(figure10,11) ; stationnaire dans 14 cas (37,84 %). Une évolution défavorable avait été noté dans un cas (2,7 %) et trois patients (8,11%) avaient été perdus de vue.



Figure 10: Évolution des lésions à M3 du traitement (*Dermatologie Dantec*)



Figure 11: Évolution des lésions à M4 du traitement (*Dermatologie Dantec*)

III.2. Étude analytique

III.2.1. Relation entre type de rasage et les aspects cliniques (nodule, pustule, érythème, cicatrices hypertrophiques, alopécie cicatricielle)

Dans notre étude il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre les différents aspects clinique de la folliculite et le type de rasage.



III.2.2. Relation entre le nombre de rasage et les stades cliniques de la folliculite fibrosante de la nuque

Dans notre étude il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le nombre de rasage et le stade 1 ($P < 0,186$) et le stade 2 ($P < 0,137$).

Un lien statistiquement significatif entre le nombre de rasage et le stade 3 ($P < 0,027$) avait été retrouvé.

Les résultats sont illustrés dans le tableau XIII.

Tableau XIII: Relation entre le nombre de rasage et le stade 3

Nombre de rasage	Stade 3		Total	P value
	Non	Oui		
1	2	0	2	< 0,027
2	14	0	14	
3	16	0	16	
4	4	0	4	
5	0	1	1	

III.2.3. Relation entre l'utilisation de peigne en bois/ plastique et les aspects cliniques (nodule, pustule, érythème, cicatrices hypertrophiques, alopecie cicatricielle)

Dans notre étude il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre les aspects cliniques de la folliculite (cicatrices hypertrophiques, érythème, alopecie, pustule) et l'utilisation de peigne.

Un lien statistiquement significatif entre l'utilisation de peigne et la présence de nodule ($P < 0,001$) avait été retrouvé.

Les résultats sont illustrés dans le tableau XIV.

Tableau XIV: Relation entre utilisation de peigne et nodule

Type de rasage		Nodule		Total	P value
		Non	Oui		
Utilisation de peigne	Non	0	27	27	< 0,001
	Oui	5	5	10	



DISCUSSION

Nous rapportons une étude portant sur les facteurs favorisant la survenue de folliculite fibrosante de la nuque rencontrée en consultation, avec un recueil prospectif des données sur une période de 5 mois, allant du 10 août 2020 au 31 décembre 2020, dans les différents services de Dermatologie-Vénéréologie de Dakar, au Sénégal.

- Apport de ce travail :

Il s'agirait à notre connaissance de la première étude au Sénégal qui s'intéresse aux facteurs favorisant la survenue de folliculite fibrosante de la nuque permettant d'élaborer une démarche diagnostique des différentes présentations cliniques rencontrées en consultation de dermatologie.

- Limites de l'étude :

- La situation épidémiologique particulière (COVID 19) avec une sur réduction de la fréquentation des patients envers les structures sanitaires.
- Les explorations paracliniques n'étaient pas exhaustives chez nos malades par faute de moyens.

IV.1. Données sociodémographiques

IV.1.1. Fréquence

La comparaison des résultats de différentes enquêtes suggère que c'est un motif de consultation plus fréquent aujourd'hui qu'il y'a un siècle, et plus important dans les pays industrialisés qu'en Afrique [4]. Ces disparités pourraient être liées à l'accroissement relatif des préoccupations esthétiques, le taux élevé de migration, le style de coiffure, le mode d'habillement, l'accès rapide aux soins et l'élévation du niveau socioculturel.

Aux États Unis, en France (Guadeloupe) et au Bénin la folliculite fibrosante de la nuque représentait respectivement 0,45%, 0,7% et 0,7% de toutes les dermatoses affectant les personnes de phototypes VI (afro-américaines, afro-antillaises et béninois) [29,20,2]. Tandis que dans notre étude, la fréquence moyenne hospitalière était de 6,85‰ ; cela s'explique notamment par la crise

mondiale qui a engendrée une baisse fréquentation des structures sanitaires mais également de la courte durée de notre étude.

Une prévalence plus élevée de 13,7% et 9,4% était notée chez les afro-antillais à Londres et par Salami et ses collègues [29,26].

IV.1.2. Âge

L'âge moyen de notre population d'étude était de 34,45 ans, ce qui rejoint une étude togolaise qui avaient rapporté un âge moyen de 34,9 ans dans leur population d'étude [5]. Toutefois, un âge moyen plus bas était noté dans des études faites aux États-Unis, du Bénin, du Nigéria, de la Côte d'Ivoire et de Diallo et al dont l'âge moyen était respectivement 33,3 ans, 31 ans, 29,9 ans, 31 ans et 29 ans [21,2,27,19,22].

Au Maghreb, notamment au Maroc une étude menée avait retrouvé un âge moyen plus élevé de 40 ans sur une série de 26 cas [31].

Ces données ont montré une variabilité d'âge des patients dans les différentes études qui était associée à un manque d'homogénéité dans les tranches d'âge, ce qui limitait la comparaison des données.

IV.1.3. Sexe

Un sexe exclusivement masculin avait été noté dans notre série ce qui corrobore avec les données des autres séries africaines, notamment au Benin, au Nigéria et en Côte d'Ivoire [27]. Cependant, au Maroc 92% des patients étaient de sexe masculin [31].

En effet, la prédilection de la folliculite fibrosante de la nuque chez les sujets d'ascendance africaine de phototype VI (annexe II) serait liée selon de nombreux auteurs, à la croissance oblique et au caractère crépus des cheveux, le rendant facilement incarnable après la coupe.

IV.1.4. Antécédents

Dans notre étude, 3 de nos patients avaient un antécédent familial de folliculite fibrosante de la nuque (8,11%). Nos résultats concordent avec ceux retrouvés au Maroc [31]. Toutefois, aux États-Unis, une étude sur un échantillon de 6

patients avait identifié un antécédent familial chez un seul cas [21]. Tandis qu'au Cameroun, d'après une observation publiée, une femme âgée de 18 ans avait un antécédent familial de la folliculite fibrosante de la nuque [9].

IV.2. Les aspects cliniques

La folliculite fibrosante de la nuque, est une pathologie chronique. Elle peut être assez grave, entraînant des préjudices esthétiques psychologiques importants et fonctionnels. En effet, selon Salami T. soixante pour cent des patients admettent penser constamment à leur lésion et quarante pour cent avouent avoir de mauvaises relations avec le sexe opposé en raison de la présence de la lésion. [7,27].

Dans notre étude, la maladie évoluait d'un an jusqu'à vingt-huit ans avec une durée moyenne de 6 ans. Ce résultat était moins élevé que ceux rapportés dans la littérature, notamment au Maroc (4 ans), Bénin (29 mois), Nigéria (15 mois) et au Togo (5ans) [31,2,27,5].

Dans notre série, l'utilisation de la tondeuse avait été retrouvé dans 94,6%, de lame de rasoir dans 5,4% des cas et aucun cas de coupe avec ciseaux n'avait été retrouvé ; cependant on note une discordance avec les résultats des études ivoirienne et nigérienne où la coupe des cheveux à ras avec la lame avait été retrouvé dans 79% et 10,7% des cas [24,27].

Néanmoins, d'autres facteurs favorisant avaient été retrouvés, tel que le port de casque notamment aux États-Unis, au Maroc et au Bénin [20,31,2]. La friction des cols des vêtements, le stress et des agents anticonvulsivants avaient été décrit au Bénin [2].

George et al. avaient constaté que 40% à 58% des patients avaient utilisés un peigne en bois ou en plastique. Ces enquêteurs avaient souligné que l'utilisation de ce type de peigne gratte mécaniquement la surface du cuir chevelu et pourrait ainsi être impliquée dans le développement des lésions de la folliculite fibrosante de la nuque [13]. Un taux moins élevé avait été retrouvé dans notre étude chez 11 de nos patients soit 29,73%. Le croisement entre l'utilisation de

peigne et la présence de nodule avait montré une relation statistiquement significative ($p < 0,001$).

De nombreux auteurs ont rapporté que les traumatismes locaux du cuir chevelu favorisent la constitution de lésions de folliculite fibrosante de la nuque.

Par ailleurs, une prédisposition génétique pourrait expliquer l'atteinte de certaines personnes et pas d'autres. La localisation au niveau de la nuque n'est pas encore mise au clair. La peau de la nuque serait-elle plus sensible aux microtraumatismes plus que le reste du cuir chevelu ? Plus d'études sont nécessaires à établir afin de découvrir les particularités de la peau à ce niveau et leurs implications dans le processus physiopathologiques de la folliculite fibrosante de la nuque.

Dans notre étude, le nombre de rasage variait entre une à cinq fois par mois, avec une moyenne de trois rasages par mois, soit 48,65% de nos patients, ce qui rejoint une étude togolaise qui avait retrouvé une fréquence de rasage de quatre fois par mois [5]. Le croisement entre le nombre de rasage par mois et le stade 3 de la folliculite fibrosante de la nuque avait montré une relation statistiquement significative ($p < 0,027$).

La circonstance de découverte de la folliculite fibrosante de la nuque la plus retrouvée dans notre étude était la palpation des boutons, soit 51,35 % des cas. Le saignement lors du rasage était la circonstance de découverte la plus retrouvée dans une étude togolaise, soit 22,6% des cas.

Le prurit était le symptôme le plus retrouvé chez nos patients dans 45,95 %. Nos résultats concordent avec des études marocaine et togolaise où le prurit avait été retrouvé dans 89% et 81,5%, respectivement.

Nous avons noté un polymorphisme lésionnel avec une prédominance de lésions papuleuses dans 37 cas soit 100%, de nodules dans 32 cas soit 86,49 %, de cicatrices hypertrophiques dans 31 cas soit 83,78%. Des pustules avaient été notées dans 27 cas soit 72,98%, un érythème dans 2 cas soit 5,4% et une alopécie cicatricielle dans 2 cas soit 5,4 %. Le type des lésions dépend du stade

de la maladie. Au stade du début, les patients avaient présenté des papulopustules centrées par un poil ; au stade secondaire, des papulo-nodules fibrocicatricielles. Une chéloïde de grande taille témoigne d'une longue durée d'évolution avant le traitement, se développant au fur et à mesure que la maladie devient chronique.

Dans notre étude, la majorité des patients avaient été vus au stade 2 avec un taux de 62,16% ce qui corrobore avec une étude togolaise [5]. Ce taux était plus élevé dans une étude menée au Bénin avec 82.2% [2] et moins élevé au Maroc avec 57,7% [31].

L'atteinte de la région occipitale était plus fréquente chez 94,6 % (n=35) des patients et la région extra-occipitale dans 5,4% (n=2). Une surinfection a été notée dans 2 cas soit 5,4 %.

IV.3. Les tares associées

Dans notre population, 27,03% (n=10) de nos patients avaient un diabète. Ce taux est plus élevé par rapport à la fréquence du diabète de la population générale au Sénégal qui est de 10,4%[24]. Dans une étude jamaïcaine, un taux plus bas avait été retrouvé soit 11,6% (n=5) versus 7,9% chez la population générale.

L'hypertension artérielle avait été notée chez 8,11% (n=3) de nos malades ; elle est retrouvée chez 29,8% de la population générale du Sénégal ; soit un taux plus bas que celui retrouvé par Althéa et al qui avait un taux de 14% (n=6) et un taux de 20,2% de la population générale [3].

On avait noté que dix-neuf de nos patients avaient un surpoids/obésité (modérée à sévère) dans 51,35% soit un patient sur deux était obèse ; ce qui était plus élevé que le taux retrouvé dans l'étude menée au jamaïque par Althéa et al (21%) [3]. Une étude togolaise, avait retrouvé que le risque de la folliculite fibrosante de la nuque augmente avec l'indice de masse corporelle, comme en témoigne l'Odd Ratio qui était de 4,8 pour le surpoids et de 9,2 pour l'obésité. Ils avaient conclu que l'indice de masse corporelle élevé (surpoids ou obésité)

était un facteur de risque simplement mécanique (plus de plis dans la région occipitale et plus de risque d'incarnation) [5] .

Dans notre série, trois patients présentaient une dyslipidémie soit 8,11%, Athléa et al avaient retrouvé un taux plus bas soit 2,3% (n=1) [3].

Bien que ces pourcentages doivent être normalisés selon l'âge et le sexe à titre de comparaison, il y'a une indication que le diabète et l'obésité/surpoids peuvent être plus fréquentes chez les personnes atteintes de folliculite fibrosante de la nuque. En conséquent, de nouvelles études pourraient déterminer si la résistance à l'insuline joue un rôle dans l'étiologie de cette maladie dermatologique.

IV.4. Les aspects thérapeutiques

De meilleurs résultats sont obtenus en débutant un traitement précocement. La stratégie de traitement est basée sur le stade de la maladie.

Dans notre étude, le traitement préconisé chez nos patients était toujours associé aux mesures préventives, il s'articule comme suit :

Au stade 1, les cyclines seules étaient utilisées chez 20 des patients à une dose de 100 mg/j. La molécule utilisée était la doxycycline. Au stade 2, les dermocorticoïdes étaient associés aux cyclines chez 17 cas ; des infiltrations intra lésionnelles de corticoïdes (diprostène) ont été utilisées chez 15 cas tous les 21 jours. Au stade 3, des infiltrations intra-lésionnelles étaient utilisées chez les 6 patients.

En Côte d'Ivoire, les infiltrations seules de corticoïdes retard (sans préciser la fréquence) ont été utilisés à la seringue d'insuline dans les formes papulo-nodulaires chez 76,6% des patients avec 84% des cas de stabilisation après 8 semaines de traitement, contre 12,6% de rechutes chez 6,4% des patients. Au stade de chéloïdes de grande taille, ils avaient recours à des excisions chirurgicales complétées par des infiltrations aux corticoïdes retard après cicatrisation dans 6,9% des cas [24].

Au Bénin, chez 82,2% des patients un antiseptique avait été prescrit et 47% avaient reçu un antibiotique oral ou local.

Pour prévenir l'atrophie cutanée et les autres effets secondaires des corticoïdes, l'utilisation de fenêtres thérapeutiques de deux semaines avait été rapportée dans une étude réalisée par Callender et al., où l'alternance de cycles de deux semaines de propionate de clobesterol 0,05% avait démontré une diminution significative en nombre de papules et pustules à partir de la 12^{ème} semaine de traitement [6].

L'épilation au laser peut être considérée comme une alternative ou un complément aux thérapies conventionnelles, des études faites sur des patients ayant une folliculite fibrosante de la nuque qui avaient reçu des séances au laser avec le Nd Yag, des réductions significatives du nombre des papules et la taille des lésions avaient été observées, avec un plan esthétique suscité [11,28] ;

Malgré les progrès récents, la folliculite fibrosante de la nuque n'a pas encore livré tous ses secrets, son traitement reste difficile, les rechutes sont fréquentes et les obstacles aux soins existent (l'accès limité au laser, les coûts considérablement élevés et la longue durée du traitement) [16] .

IV.5. Évolution

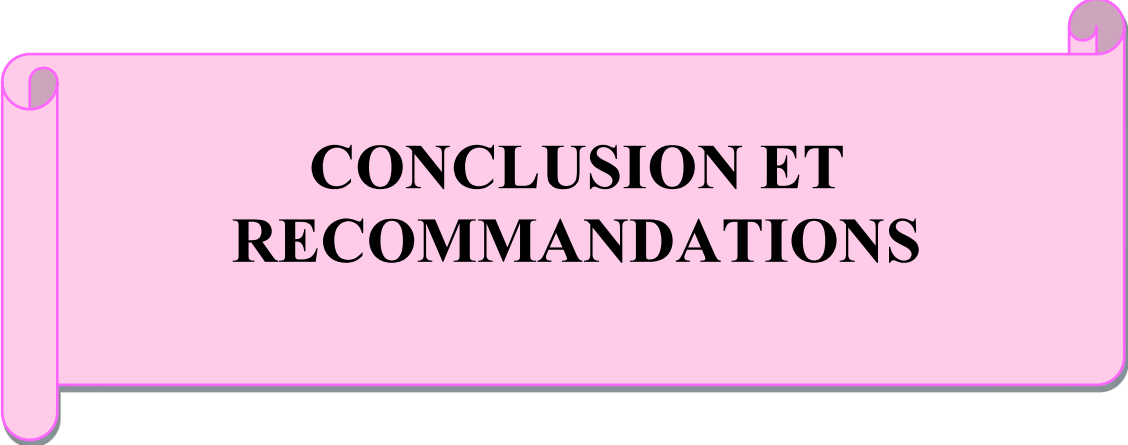
L'évolution de la folliculite fibrosante de la nuque est chronique, et peut aboutir à des vastes plages d'alopécie cicatricielle très gênantes du point de vue esthétique et psychique chez les patients, avec un retentissement considérable sur la qualité de vie. Dans notre étude, l'évolution était favorable chez 19 cas (51,4%) où le stade était précoce avec régression de 95 % de la rougeur et des papulo-pustules, seules des papules fibreuses persistaient. Elle était stationnaire chez 14 cas (37,8%), et 3 cas soit (8,11%) avaient été perdus de vue après la première ordonnance. Dans une série menée au Bénin, un tiers des patients étaient revus en consultation, la durée du suivi était de 4 mois objectivant une résolution des lésions chez 5 cas (14,70%) et une extension chez 9 cas (26,47%)

[2]. Zagaouch D. avait retrouvé une évolution favorable chez 19 cas (73,1%), et une perte de vue chez 4 cas (15,4%), dès la première ordonnance [31].

La mal observance du traitement, l'indiscipline vis-à-vis des mesures d'hygiène, le niveau socioéconomique et culturel, le coût élevé du traitement prolongé et l'ignorance sur la nature et l'évolution de la folliculite fibrosante de la nuque chez les patients étaient les facteurs qui s'opposent à une évolution favorable.

IV.6. Prévention

L'éducation est la clé de la prévention. Les patients prédisposés ou présentant une folliculite fibrosante de la nuque doivent être informés de l'aggravation de la pathologie par les coupes de cheveux courts et le rasage de près. Ils doivent être éduqués pour un lavage de la région avec des produits nettoyants non irritants (sans frotter dur), éviter l'usure de la tête (comme les casques de sport), les cols de chemise qui frottent contre l'arrière de cou et le près rasage de l'arrière-cou. En général, les personnes atteintes de la folliculite fibrosante de la nuque devraient consulter leurs médecins ou un dermatologue pour un traitement ultérieur pour prévenir la progression de la maladie .



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La folliculite fibrosante de la nuque est une pathologie inflammatoire chronique observée principalement chez les jeunes hommes d'ascendance africaine. Sa particularité réside dans sa localisation occipitale déclenchée principalement par le rasage répété des cheveux, sur un terrain génétiquement prédisposé. [22]

Nous avons mené une étude descriptive multicentrique sur une période de 5 mois, du 10 août 2020 au 31 décembre 2020 dans les services de Dermatologie du centre Hospitalier Aristide Le Dantec (HALD), l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) et le Centre National Hospitalier d'Enfants d'Albert Royer (CNHEAR) de DAKAR.

Nous avons inclus tous les malades qui consultaient pour une folliculite fibrosante de la nuque.

A notre connaissance, il s'agissait de la première étude au Sénégal sur les facteurs associés à la survenue de folliculite fibrosante de la nuque et ceci à justifier la réalisation de ce travail avec comme objectif de :

- Rechercher les facteurs associés à la survenue de la folliculite fibrosante de la nuque.
- Identifier les différentes présentations cliniques de la folliculite fibrosante de la nuque.

Une basse fréquence hospitalière était retrouvée dans notre étude (6,85‰) ; cela s'explique notamment par la crise mondiale qui a engendrée une baisse fréquentation des structures sanitaires mais également de la courte durée de notre étude.

L'âge de nos patients était compris entre 19 et 55 ans avec une moyenne d'âge de 34,45 et un sexe exclusivement masculin. La tranche d'âge la plus touchée était de 30-39 ans soit 35,17%. On avait retrouvé également 3 cas d'antécédents familiaux de folliculite fibrosante de la nuque. Les facteurs favorisants retrouvés dans notre étude étaient le type de rasage notamment la tondeuse qui avait été retrouvé dans 94,6%. Le nombre de rasage était également un facteur incriminé variant entre un à cinq rasage/mois avec une moyenne de fréquence 3 fois/mois.

L'utilisation de peigne en bois ou en plastique était retrouvé chez 11 de nos malades soit 29,73% qui selon certains auteurs pourrait être impliqué dans le développement de la folliculite fibrosante de la nuque par grattage mécanique de la surface du cuir chevelu.

Sur le plan clinique, six lésions avaient été retrouvées à type de papule dans 100% des cas (n = 37), de nodules dans 86,48% (n=32), de cicatrices hypertrophiques dans 83,78% (n = 31), de pustules dans 72,98% (n =27), d'érythème dans 5,4% (n =2) et d'alopecie cicatricielle dans 5,4% (n=2). Une surinfection a été notée chez 2,7 % des patients. Les localisations retrouvées principalement étaient sur la région occipitale (94,6%) et la région extra-occipitale (5,4%). Nous avons 3 stades cliniques dont 62,16% des cas étaient retrouvés au stade 2 (papulo-fibreux), 27,03% au stade 1 (inflammatoire : papulo-pustuleux) et 10,81% au stade 3 (tumoral).

Dix-neuf de nos patients avaient un surpoids/obésité (modérée à sévère) dans 51,35% soit un patient sur deux était obèse.

Un diabète avait été noté chez dix de nos malades soit 27,03% ; une hypertension artérielle ainsi qu'une dyslipidémie chez 3 patients soit 8,11%.

Le diagnostic était facile, basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique qui reste malheureusement tardif à cause du retard de consultation, d'où l'intérêt de sensibiliser les patients.

Une éducation thérapeutique avait été faite chez tous les patients.

Au stade 1, un antibiotique oral avait été administré chez 20 patients, un antibiotique local chez 17 patients et un dermocorticoïde chez 12 patients. Au stade 2, un dermocorticoïde avait été instauré chez 10 patients, un antibiotique local chez 7 patients, un corticoïde injectable chez 15 patients et une association d'antibiotique et dermocorticoïde chez 17 patients. Un corticoïde injectable avait été infiltré chez 6 patients au stade 3. Un suivi mensuel a été respecté.

Une évolution favorable était notée dans 51,35% (n=29) et stationnaire dans 37,84% (n=10).

Notre étude avait permis de retrouver un lien statistiquement associé au nombre de rasage et le stade lésionnels 3 ($p < 0,027$) ainsi qu'un lien entre l'utilisation de peigne et l'existence de nodule ($P < 0,001$).

Au terme de notre étude et au vu des résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'égard du personnel soignant

- Faire une étude cas témoin plus élargie sur l'ensemble des hôpitaux et sur une période plus longue, pour mieux apprécier les facteurs associés à la survenue de la folliculite fibrosante de la nuque.
- Impliquer d'avantage le personnel de santé dans l'effort d'identifications des différentes présentations cliniques de la folliculite fibrosante de la nuque.
- Établir une meilleure collaboration entre dermatologues, médecins généralistes, pour améliorer la prise en charge de la folliculite fibrosante de la nuque.

A l'égard des malades

- Faire une consultation spécialisée précoce pour toute folliculite du cuir chevelu.
- Respecter le suivi médical et de l'observance thérapeutique.
- Suivre les conseils du médecin concernant l'arrêt du rasage.
- Éviter le syndrome métabolique en menant une bonne hygiène de vie notamment la pratique de sport.

A pink scroll graphic with a dark pink border and rounded corners, featuring a vertical strip on the left side that looks like a binding or a piece of tape.

REFERENCES

1. Adegbidi H, Atadokpede F, do Ango-Padonou F, Yedomon H. Keloid
Acne of the neck: epidemiological studies over 10 years. Int J Dermatol 2005 ;
44 Suppl1 :49-50.

2. Althea DC Est-Innis et al.

Acne keloidalis nuchae :risk factors and associated disorders- a retrospective study.Int J Dermatol 2017.

3. A-M.Garcau.

Pathologie d'incarnation des poils chez les sujets d'ascendance africaine.
Ann Dermatol Venereol november 2016,133 :887-889.

4. B. Saka et al.

Facteurs de risque associes aux folliculite fibrosante de la nuque chez le sujet noir : cas témoins. Ann Dermatol venereol 2020,147:350-354.

5. Callender VD,Young CM,Haverstock CL, et al.

An open label study of clobetasol propionate 0,05% and betamethasone valerate 0,12% foams in the treatment of mild to moderate acne keloidalis.Cutis 2005;
75(6):317-21.

6. Dinehart SM, Herzberg AJ, Kerns BJ, Pollack SV.

Acne keloidalis: a review.J Dermatol Surg Oncol1989; 15:642 7.

7. Dunwell P, Rose A.

Study of the skin disease spectrum occurring in an Afro-Caribbean population.
Int J Dermatol 2003; 42:287-9.

8. D. Defo, J.M Mboua, A.C Bisseck,E.A Kouotou, J.C Wandji.

Les motifs de consultation : une approche de la dermatologie sur peau noire.
Ann Dermatol Venereol 2006;133:861-9.

9. East-Innis ADC, Stylianou K, Paolino A, Ho JD.

Acne keloidalis nuchae: risk factors and associated disorders a retrospective study. Int J Dermatol 2017; 56:828—32.

10. Elisabeth K satter et al.

Acne keloidalis nuchae treatment & management .departement of dermatology,
sharp REES stealy medical group novembre 2020.

11. Esmat SM, Abdel Hay RM, Abu Zeid OM, et al.

The efficacy of laser-assisted hair removal in the treatment of acne keloidalis nuchae; a pilot study. *Eur J Dermatol* 2012; 22(5):645-50.

12. Fox H.

Folliculitis keloidalis a better term than dermatitis papillaris capillitii. *Arch. derm. Syphilol.* 55(1), 112-113(1947).

13. George AO, Akanji AO, Nduka EU, et al.

Clinical, biochemical and morphologic features of acne keloidalis in a black population. *Int J Dermatol* 1993; 32:714-716.

14. Glenn H J, Bennet RG, Kelly AP.

Acne keloidalis nuchae. Treatment with excision and second intention healing. *J Am Dermatol* 1995; 33:243-6.

15. J.-J morand, E. lightburne Dermatologie des peaux génétiquement hyperpigmentées dites peau noire. *Med Trop* 2011; 71 (5): 443-9.

16. Kelly AP.

Pseudofolliculitis barbae and acne keloidalis nuchae. *Dermatol Clin* 2003; 21:645—53.

17. Khumalo NP, Gumedze F, Lehloenyana R.

Folliculitis keloidalis nuchae is associated with the risk for bleeding from haircuts. *Int J Dermatol* 2011; 50(10):1212-6.

18. Khumalo NP, Jessop S, Gumedze F, Ehrlich R.

Hairdressing is associated with scalp disease in African schoolchildren. *Br J Dermatol* 2007; 157(1):106-10

19. Kouame K, Gbery I, Kanga JM, Kassi K, Yoboue P.

L'acné chéloïdienne de la nuque : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en Côte d'Ivoire. *Med Afr Noire* 2009; 56:197-202

20. Knable AL Jr, Hanke CW, Gonin R.

Prevalence of acne keloidalis nuchae in football players. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 570

21. Mahé A, Mancel E.

Dermatological practice in Guadeloupe (French west indies). *Clin exp Dermatol* 1999; 24:338-360.

- 22. Marcia J.Glenn , MD,and A.Paul Kelly , MD Los Angeles,California.**
Acne keloidalis nuchae: Treatment with excision and second-intention healing.
- 23. M.-N.Mbaye et al.**
Aspect epidemiologique du diabete au senegal,medecine des maladies métabolique,december 2011-vol.5.N°6.
- 24. Moussa Diallo et al.**
Acne keloidalis nuchae Departement of dermatology, Hopital Aristide Le Dantec, Cheikh Anta Diop University,Dakar,Senegal (European Journal of acne and related Diseases volume 5,1,2014
- 25. Ogunbiyi A, George A.**
Acne keloidalis in females: case report and review of literature. J Natl Med Assoc 2005; 97(5):736-8.
- 26. Ogunbiyi A.**
Acne keloidalis nuchae: Prevalence, impact, and management challenges. Clin Cosmet Investig Dermatol 2016 ; 9:483-9.
- 27. Petit A.**
Les motifs de consultation : une approche de la dermatologie sur peau noire. Ann Dermatol Venereol 2006; 133:861-9.
- 28. Salami T, Omeife H, Samuel S.**
Prevalence of acne keloidalis nuchae in Nigerians. Int J Dermatol 2007; 46:482-4.
- 29. Shah GK.**
Efficacy of diode laser for treating acne keloidalis nuchae.Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005;71(1):31.
- 30. Tawfik A, Osman MA, Rashwan I.**
A novel treatment of acne keloidalis nuchae by long-pulsed alexandrite laser. Dermatol Surg 2018 ; 44:413-20.
- 31. Thibaut S, Gaillard O, Bouhanna P,et al.**
Human hair shape is programmed from the bulb.Br J Dermatol 2005;152: 632-638.
- 32. Zagaouch Dalal.**
La folliculite fibreuse de la nuque, expérience du service de dermatologie à l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès (à propos de 26 cas)
Thèse Med USMBA 2015, N :92/15

A horizontal pink scroll with a darker pink border and rounded ends, featuring a vertical strip on the left side.

ANNEXES

Annexe I : Fiche d'enquête

FICHE D'ENQUETE

Hôpital Aristide Le Dantec
Service de dermatologie
Dakar

➤ PATIENT :

- Nom:
- Prénom :
- Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
- Age :
- Profession :
- Téléphone :
- Ville:

➤ ANTECEDANTS :

- Antécédents Personnels :

Atopie ☐

Autres ☐ :

- Antécédents Familiaux :

Cas similaire dans la famille ☐

Non ☐

➤ MOTIFS DE CONSULTATION :

➤ HISTOIRE DE LA MALADIE :

- Circonstances de découverte :

Saignement lors du rasage ☐ Palpation des boutons au niveau de la nuque ☐

Douleur ou gêne au niveau de la nuque ☐ Autres ☐

- **Facteurs favorisants :**

Rasage de la nuque ☐

Type de rasage ☐

- Lame
- Tondeuse
- ciseaux

Nombre de rasage/mois ☐

Utilisation de peigne en bois ou en plastique ☐

Autres ☐

- **Durée d'évolution des lésions** (entre apparition et consultation médicale) :

- **Traitement antérieur** (à préciser s'il y'a lieu).....

- **Signes Fonctionnels :**

Prurit ☐

Douleur ☐

Autres ☐

➤ **EXAMEN CLINIQUE:**

- **Etat général :**

TA..... Poids..... Taille..... TT..... TH..... Rapport TT/TH.....
IMC.....

- **Lésions cutanées :**

Papules ☐

Erythème ☐

nodule ☐

Cicatrices hypertrophiques ☐ Pustule ☐

Cicatrices non

hypertrophiques ☐ Alopécie ☐

- **Stades cliniques :**

Stade 1 ☐

Stade 2 ☐

Stade 3 ☐

- **Localisation :**

Occipitale ☐

Autres zones du cuir chevelu ☐

- **Association :**

Visage ☐

Tronc ☐

- **Autres pathologies associées :**

- **Complications:**

Surinfection ☐

Autres ☐

- **Paraclinique :**

- Biochimie : Glycémie à jeun HBA1C

- Bilan lipidique (TG, Cholestérol total , HDL , LDL)

- **Traitement :**

- Cyclines : Dose :..... Type :.....durée :.....

- Corticothérapie : locale (Diprolène) ☐ injectable ☐

- Cryothérapie : oui ☐ non ☐
- Chirurgie : oui ☐ (nombre de fois) non ☐
- Autres :.....

➤ **Evolution des lésions après traitement :**

Favorable ☐ Non favorable ☐

Perte de vue ☐ Stationnaire ☐

Annexe II : Classification des différents phototypes cutanés selon Fitzpatrick :

Phototype	Couleur de la peau, des cheveux et des yeux	Réaction au soleil
I	Peau très claire avec taches de rousseur Cheveux blonds ou roux Yeux clairs	Ne bronze pas Coups de soleil systématiques
II	Peau très claire Taches de rousseur au soleil Cheveux châains ou blonds Yeux clairs	Bronze difficilement Coups de soleil fréquents
III	Peau claire Cheveux châains ou blonds	Bronze progressivement Coups de soleil occasionnels
IV	Peau mate Cheveux châains ou bruns Yeux foncés	Bronze bien Coups de soleil peu fréquents
V	Peau foncée Cheveux foncés Yeux foncés	Bronze facilement Coups de soleil rares
VI	Peau noire Cheveux foncés Yeux foncés	Jamais de coups de soleil

TITRE	LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVENUE DE LA FOLLICULITE FIBROSANTE DE LA NUQUE A DAKAR A PROPOS DE 37 CAS (2020)
INTRODUCTION La folliculite fibreuse de la nuque est une inflammation chronique du follicule pileux, d'étiologie mal connue, affectant l'homme jeune d'ascendance africaine ayant les cheveux crépus, dont le diagnostic est clinique. Bien que, n'étant pas une affection mettant en jeu le pronostic vital du patient, elle demeure préoccupante, par les suppurations chronique et les préjudices esthétiques et moraux qu'elle cause. PATIENTS ET METHODES : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique descriptive des différents facteurs associés à la survenue de la folliculite fibreuse de la nuque, à propos de 37 cas recrutés aux services de dermatologie à l'Hôpital Aristide le Dantec, l'Institut d'Hygiène Sociale, Centre Hospitalier National d'Enfants d'Albert Royer de DAKAR durant la période allant du 10 aout au 31 décembre 2020. RESULTATS : Nous avons colligé 37 cas de folliculite fibrosante de la nuque durant la période d'étude soit une fréquence hospitalière de 6,85%. L'âge moyen de nos patients était de 34,45 ans. Le sexe était exclusivement masculin. La durée moyenne d'évolution était de 6 ans. Les facteurs favorisants retrouvé étaient le type et le nombre de rasage ainsi que l'utilisation de peigne en bois ou en plastique. Les signes cutanés étaient à type de lésions papuleuse (37cas), nodulaire (32 cas), de cicatrices hypertrophiques (31 cas), pustuleuses (27 cas), d'érythème (4 cas) et d'alopécie cicatricielle (2 cas). La topographie prédominante était la région occipitale (35cas). Il y'avait un lien statistiquement très significatif entre l'existence de nodule et l'utilisation de peigne avec $p < 0,001$ ainsi que le nombre de rasage par mois et le stade 3 de la folliculite fibrosante de la nuque avec $p < 0,027$. Nous avons retrouvé comme tares associées dans notre étude: un surpoids/obésité (19 cas), un diabète (10 cas) ,une hypertension artérielle (3 cas) et une dyslipidémie (3 cas). Une éducation thérapeutique avait été faite chez tous les patients. Au stade 1, un antibiotique oral avait été administré chez 20 patients, un antibiotique local chez 17 patients et un dermocorticoïde chez 12 patients. Au stade 2, un dermocorticoïde avait été instauré chez 10 patients, un antibiotique local chez 7 patients, un corticoïde injectable chez 15 patients et une association d'antibiotique et dermocorticoïde chez 17 patients. Un corticoïde injectable avait été infiltré chez 6 patients au stade 3. Un suivi mensuel a été respecté. Une évolution favorable était notée dans 51,35% (n=29) et stationnaire dans 37,84% (n=10). CONCLUSION : Le diabète, le surpoids/ obésité, la fréquence et le type de rasage ainsi que l'utilisation de peigne sont des facteurs associés significativement à la folliculite fibrosante de la nuque de l'adulte jeune. Les résultats de cette étude incitent à limiter les traumatismes lors de la coiffure et de ne pas raser ou tondre les cheveux. Le traitement étant très difficile, l'identification de ses facteurs de risque permet une prise en charge préventive adaptée.	
MOTS CLES	Folliculite fibrosante de la nuque, Facteurs associés, Ascendance africaine, Dakar

