

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but - Une foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2024– 2025 N°...../

THESE

**FACTEURS ASSOCIES A LA SURVENUE DU
PITYRIASIS ROSE DE GIBERT A L'HOPITAL
DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO : ETUDE
CAS TEMOIN**

Présentée et soutenu publiquement le 31 / 12 /2025

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Mariam dite Nah KONE

Pour l'obtention du Doctorat de médecine (Diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT : M. Ousmane Faye, (Professeur)

DIRECTEUR : M. Adama Aguisa Dicko, (Maitre de conférences)

MEMBRES : M. Mamadou Gassama, (*Maitre de conférences*)

: M. Lamissa Cissé (*Dermatologue*)

**DEDICACES ET
REMERCIEMENT**

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

DEDICACES

O nom d'ALLAH

Le tout clément,

Le très miséricordieux,

Maitre des cieux et de la terre, louange a lui qui m'a donné la vie, la santé et la chance d'accomplir ce travail je rends grâce à Dieu et a son prophète MOHAMED (paix et salut sur lui sur toute sa famille et tous ses compagnons).

A mon papa SEYDOU KONE : l'homme à qui je dédie ce travail,

Je ne sasserai jamais de te remercier pour la bonne éducation que tu m'as enseignée, tu es celui qui a tracé et éclairé ce chemin que j'ai empreinte, le courage, la dignité la sagesse et la bravoure son des qualités qui te fond remarquer ;

Ton esprit de partage, d'aider les autres, ton humour, ta foi, et ton amour envers tes enfants et les enfants d'autrui sont des qualités qui me rend fier de toi, et qui continue d'éclairer mon chemin. Je sais que tu es fier de moi et je donnerai tout pour que cette fierté que tu as envers moi soie éternelle.

A ma maman Feue DJENEBA TRAORE :

Celle à qui je dois tout : le rêve de devenir médecin pour te soigner m'a inspiré à prendre cette route depuis toute petite ; mais hélas DIEU a fait ce qu'il fallait, mais malheureusement pour moi ta perte a bouleversé ma vie.

Ce jour, ce malheureux jour de ma vie où tu es parti a jamais (le 09 MARS 2017) suite aux maladies (diabète, hypertension, insuffisance rénale), m'a fait tomber dans l'ombre de désespoir et de dépression.

A un moment où je voulais tout laissé tomber, j'ai pensé à ce que tu m'avait dit juste 40 jours avant ta disparition, que « la seule peur de ta vie n'était pas de mourir , mais de me laisse seule dans cette vie méprisable où on ne peut compter sur personne , mais que tu ne me confie qu'à Dieu le tout clément le très miséricordieux , que si je suis dans le besoin ou que si j'ai un souci de me diriger vers Dieu et de prier en ta grâce et en ton nom et que je n'allais jamais souffrir dans m'a vie car tu as aimé élevé avec bon cœur les enfant d'autrui »

Et je peux dire que c'est cette grâce qui m'a accompagné durant ce trajet de ma vie et qui continue à éclairer mon chemin

Tu es cette bonne mère qui n'a mis que moi seule au monde après 15ans de mariage sans enfant mais qui a été une bonne mère pour tout le monde. De par ta gentillesse, ta sagesse, ta dignité,

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

ton courage, ta bonne éducation tu as su surmonter les épreuves de la vie et nous a légué ces bonnes valeurs. Je suis fière d'être ta fille.

Qu'ALLAH t'accorde son paradis éternel, je sais que tu me protège et que tu es fière de cette brave que je deviens et je me battrais pour te rendre encore plus fière de moi.

Repose en paix la reine mère.

A mon fiancé OUMAR DJIGUIBA :

Tu as été la plus belle rencontre de ma vie,

Ta sagesse, ton amour, ta foi, ton courage, ta dignité, ta joie de vivre, l'espoir et le respect que tu me donnes, ta bonne vision pour l'avenir et dans nos projets futurs me rassure d'avoir fait un bon choix de bon mari et de bon père pour mes futurs enfants.

Malgré la distance BAMAKO-CANADA tu as toujours su communiquer et contribuer par ta présence et ton accompagnement que ce soit physique, moral et financier. Sache que je ne saurais jamais assez te remercier. Compte sur moi pour t'honorer, te respecter, être reconnaissante et être une bonne épouse pour toi toute notre vie. Je te dédie également ce travail dont tu as contribué pour la bonne élaboration.

A mes sœurs :

Feue OUMOU TRAORE la fille de mon oncle que ma mère a élevé depuis toute petite, tu as été pour moi une véritable grande sœur protectrice et aimable tu as toujours été aux petits soins de ma vie, et malheureusement pour moi encore tu as disparue à jamais juste 02ans après maman (le 16 septembre 2019), et pourtant tu avais promis à ma maman de prendre soins de moi mais c'est seul Dieu qui détient le dernier mot, tu es et restera à jamais dans mon cœur repose en paix ma grande sœur adoré

Mme BERTHE MARIAM BADA pour moi tu as été plus qu'une sœur tu as été une mère pour moi, ton amour envers-moi ta générosité ta courtoisie et ta présence me faisait souvent oublier la nostalgie de ma maman. Merci beaucoup pour ta présence et tes contributions morales physiques et même financières,

A TONTON YOUSOUF KONE je n'oublierais jamais les aides que vous m'avez apporté, merci beaucoup pour tout oncle BA Issou.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Ames tante Alima Tirera, Tenin Tirera, Oumou Traore et Haoussa Traore : merci du fond du cœur pour tous ce que vous avez fait pour moi, vôtres générosités, vos soutient et vos encouragements n'ont pas fait défaut, longue vie à vous à mes côtés.

A mes grands-parents, oncles, tantes, frères, cousins, cousines, neveux et nièces je vous remercie beaucoup pour vos soutient, encouragements, et bénédictions pour l'élaboration de ce travail.

A Dr Sidi Touré commandant, Dr Balla Traore

Chers mentors merci beaucoup de m'avoir considérer et protéger comme votre propre petite sœur de m'avoir pris sous vos ailes et de m'avoir formé. Puisse Allah vous rendre au centuple ce que vous m'avez apporté.

Aux docteurs Amadou Dicko, , Lamissa Cissé, Tall Koureissi , Labassou Dissa, Bekaye Traoré, Mamoudou Diakite, et Dr Binta Guindo : Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail ; vous avez été pour moi comme des pères, frères exemplaires, rigoureux, simples, gentils et aimables et surtout objectifs. Les moments que j'ai passés avec vous, m'ont été une véritable école de la vie. J'ai vu en vous des grands hommes, imperturbables quelques soit les circonstances. Mes très chers Maîtres, les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon affection. Merci pour vos conseils et pour tous les bons moments passés ensemble et mes excuses pour tout le tort que je vous ai causé. Voici le fruit de votre œuvre commune. A vous ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

REMERCIEMENT

Je remercie le bon **Dieu** pour sa grâce sa protection son accompagnement et sa bienveillance dans toutes les épreuves de ma vie, Je prie Dieu qu'il m'accorde le courage, la chance, sa protection, une longue vie pieuse et une bonne fin de vie ainsi qu'à tous les musulmans.

A mes maitres de l'école primaire : ABDOUL KARIM CAMARA dit CABRAL AKC, Mme BAMOU, Mme AICHA, Mme ADJA, le directeur feu SEYDOU FEMORY KONE et plus spécialement à Mr OUMAR TRAORE, mes camarades de classe, vous avez tous contribué pour l'enseignement de qualité et la bonne éducation de base que j'ai reçu.

A mes maitres de l'école secondaire : ECOLE FONDAMENTALE KENEDOUGOU de Sikasso : le promoteur Mr BAKARY BETHE, Benjamin Berthe, mes maitres, tous les enseignants de l'établissement, mes camarades de classe, je vous remercie tous pour votre accompagnement vos encouragements et les nombreux défis que vous m'avez fait relever avec le mérite qu'il a fallu à savoir les tableaux d'honneur, le TCHIWARA et le NIELENI que j'ai obtenu.

A tous mes enseignants, maitres, professeurs et camarade de classe du lycée MONSEIGNEUR DIDIE DE MONCLOS à Sikasso, du lycée KANKOU MOUSSA à Bamako de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie merci pour votre accompagnement pour l'enseignement reçu.

Au personnel de L'Hôpital de Dermatologie de Bamako

Vous avez été pour moi comme des pères, des mères, des sœurs et frères exemplaires, je n'oublierais jamais ces bons moments passés avec vous. C'est l'occasion pour moi de vous demander pardon pour toutes les fois où je ne me suis pas bien comporté à votre égard

- **A tous mes encadreurs du service de Dermatologie à HDB :** Pr Ousmane Faye, Pr Adama Aguisa Dicko, Pr Gassama Mamadou, Pr karabenta Yamoussa, Dr Binta Guindo, Dr Amadou Dicko, Dr Madou Sissoko, Dr chata Traore, Dr Awa K Coulibaly, Dr Karidiatou Diarra, Dr Zeinabou Diallo, Dr Mariam Diarra, Dr Aissata Samake, Dr Alima Keita, Dr Tall Koureissi, Dr Sylla Ousmane, Dr Bekaye Traoré, Dr Lamissa Cissé, Dr Abdoulaye Kanoute, Dr Diakité Mamoudou, Dr Dissa Labassou, , Dr Awa K Coulibaly, Dr Maïmouna Diallo, Dr Tati Traore, Dr Mahamé Diarra, Dr Ali Coulibaly, Dr Piere Kitha, Dr Péguidouendé Ima

- **Aux internes et collègues de l'HDB** Cheick O. Diourté, Mamadou Sogo, Bintou Guindo, Salif Bah, Dr Alfousseyni Niamazié Dissa, , Dr Madeleine Claude Camara, Dr Yaya Doumbia

- **Aux DES** Dr Sidi Toure, Dr Balla Traore, Dr Lélé La Fortune, Dr Ismael Bamba, , Dr Djénèba Keita, Dr Habibatou Zita Diabagaté, Dr Fatoumata Dembélé, Dr Mariam Sangare, Dr

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Nana Kadidia Diallo, Dr Moumini Poudjougou, Dr Promoubé Kamaté , Dr Aminata Ha Sangho, Dr Dramane Traoré, Dr Aminata K Sangaré, Dr Soumana Samaké, Dr Ibrahim Traoré, Dr Djelika Sidibé Faye, Dr Fatoumata Tiero, Dr Dassoni Coulibaly, Dr Maimouna Toure.

A L'ETAT MAJOR LES BATISSEURS : mes aînés, camarades, militants et pédagogues de la familles bâtisseuse, merci beaucoup à tous pour vôtres disponibilité, et vos contributions pour les formations en leadership, les cours d'initiation et de rattrapage de la faculté qui était des cours de qualité.

A famille NIARE du point G : Merci beaucoup à vous **Mr Niaré** mon bailleur de maison et ses épouses **Mariam** et **Ramata** et m'avoir considéré comme votre fille, rien n'a manqué chez vous, la considération, la bonne humeur, les nourritures, et les remise que vous nous faisiez pour les loyers, qu'ALLAH vous le rende au centuple.

A mes amies, camarades le classe et Co chambrières : Fatoumata Konipo, Abibatou Diakité, Fatoumata Nene Konipo, Sanata Sanou, Aminata T Coumaré, Issa Kokeina, Fatoumata Kotiné Coulibaly, Fatoumata Coulibaly, Yapégné, Obi Kassogué, Djeneba Diakité : ces bon moments partagés avec vous ont été mes plus beaux souvenirs , votre rencontre a été pour moi une bénédiction car vous êtes des personne merveilleux qui ont contribué pour la bonne version de moi qui suis aujourd'hui, je regretterais jamais de vous avoir rencontrer dans ma vie , je vous remercie de la courtoisie dont vous avez fait preuve, qu'Allah nous accorde le bonheur.

Aux FAMILLES KONE, TRAORE, BADA TIRERA DJIGUIBA merci beaucoup à tous de m'avoir aimé aider et soutenus dans toutes les épreuves de ma vie, longue vie à nous tous

A ma chère patrie le MALI je te remercie ma chère patrie, pour tout ce que tu m'as donné. C'est à moi de faire la gloire et de la bâtir à mon image pour qu'elle soit la plus enviée du monde

A tous ceux dont les noms ne figurent pas dans ce document, je vous remercie beaucoup du fond du cœur.

A toutes ces personnes qui, de près ou de loin ont contribué à mes victoires, mes défaites et ma réussite-ci de ma naissance à mon passage à la FMOS/FAPH.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Ousmane Faye

- **Professeur titulaire en Dermatologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Spécialiste en Dermatologie-léprologie-vénérologie et en anatomopathologie**
- **PhD en santé publique épidémiologie et science de l'information biomédicale de l'université Pierre Marie Curie**
- **Coordinateur du DES de Dermatologie-léprologie-vénérologie**
- **Coordinateur du projet Télédermatologie du Mali**
- **Ancien Vice Doyen de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Directeur de l'hôpital de Dermatologie de Bamako (2019-2024)**
- **Membre de l'académie française**
- **Président de la société malienne de Dermatologie vénérologie (SOMADEV)**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales**

Cher maitre,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre générosité, votre disponibilité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous même un exemple qui fait de vous un professeur émérite. Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer. Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration aux vues de vos qualités humaines et d'enseignant.

Soyez assuré ici de notre sincère reconnaissance.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Adama Aguisa Dicko

- **Dermatologue-léprologue-vénérologue**
- **Professeur titulaire à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**
- **Chef de service de Dermatologie de l'HDB**
- **Président du comité Médical d'établissement de l'HDB**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales**

Cher maître,

Votre courage, votre ponctualité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre compréhension, votre amabilité, votre sens élevé pour le respect de la dignité humaine sont entre autres des qualités enviées de tous. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Les mots nous manquent pour vous remercier.

Cher maître recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Mamadou Gassama,

- **Maitre de conférences agrégé en dermatologie-léprologie-vénérologie**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital de Dermatologie de Bamako**
- **Point focal des personnes atteintes d'albinismes au Mali**
- **Membre de la société malienne de Dermatologie-léprologie-vénérologie.**

Cher maitre,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être membre du jury ce travail malgré vos multiples occupations.

Vos suggestions ont été très pertinentes pour l'amélioration qualitative de ce travail. Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent l'admiration.

Veillez trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Lamissa CISSE

➤ **Spécialiste en dermato-vénéréologie**

Diplôme d'études spécialisées approfondie dermatologie ; université des Antilles, Martinique

➤ **Praticien hospitalier au centre de santé de référence de Koulikoro**

➤ **Membre de la société malienne de dermatologie vénéréologie**

Membre de l'académie européenne de dermatologie vénérologie (EADV)

➤ **Maître de recherche à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.**

Cher maitre,

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Nous avons été profondément marqués par votre abord facile, Vos qualités humaines et sociales, de praticien infatigable votre générosité, votre disponibilité, votre sollicitude et votre sens du travail bien fait.

Nous avons bénéficié de vos conseils éclairés et de votre expertise

Sachez que nous vous serons toujours reconnaissant pour tout ce que vous nous avez apporté.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

SIGLES ET ABREVIATIONS

Cm : centimètre

CNAM : Centre national d'appuis à la lutte contre la maladie

HDB : Hôpital de dermatologie de Bamako

HHV : Human Herpes Virus

INSP : Institut national de sante publique

Kg : Kilogramme

Mg : milligramme

ml : millilitre

MK : Maladie de kaposi

OMS : Organisation mondiale de la sante

P : Prévalence

PCR : Polymerase chain reaction

PEV : Programme élargie de vaccination

PRG : Pityriasis Rosé de Gibert

TPHA: Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la présence d'une notion de rhinite :	15
Tableau II: Répartition selon la notion d'angine chez les cas et les témoins	16
Tableau III: Répartition selon la notion de paludisme chez les cas et les témoins	16
Tableau IV: Répartition selon le programme élargi de vaccination	16
Tableau V: Répartition selon la notion de voyage récent.	17
Tableau VI: Répartition des cas selon la notion l'atopie	17
Tableau VII: Répartitions des témoins selon la notion d'atopie	17
Tableau VIII: Répartition selon la présence de cas dans l'entourage	18
Tableau IX: Répartition selon l'utilisation du filet pour lavage corporel	18
Tableau X: Répartition selon le port de vêtements serrés	18
Tableau XI: Répartition selon notion de prise médicamenteuse avant l'éruption cutanée	19
Tableau XII: Répartition selon la notion de prise d'antipaludique	19
Tableau XIII: Répartition selon la notion de changement de cosmétique	19
Tableau XIV: Répartition selon le délai de changement de cosmétique et la survenue du PRG	20
Tableau XV: Répartition selon l'utilisation antérieur du bain de feuille	20
Tableau XVI: Répartition selon les signes fonctionnels.	20
Tableau XVII : Répartition selon la durée d'évolution des lésions.	21
Tableau XVIII: Répartition selon la surface corporelle atteinte en fonction de la règle de wallace :	21
Tableau XIX: Répartition selon l'eczématisation des lésions	21
Tableau XX: Répartition selon la pigmentation post inflammatoire	22
Tableau XXI: Répartition selon la présence de carie dentaire	22

LISTE DES FIGURES

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des cas de PRG selon le sexe.	15
--	-----------

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I.	Introduction :	1
II.	Objectif	3
1	Objectif Général :	3
2	Spécifiques :	3
III.	Généralités	4
A.	Introduction	4
1.	définition :	4
2.	Intérêt :	4
3.	Epidémiologie :	4
B.	Signes	4
1.	Type de description : PRG chez un enfant de 9 ans	4
2.	Autres formes cliniques :	6
C.	Diagnostic :	7
1.	Diagnostic positif :	7
2.	Diagnostic étiologique :	7
3.	Diagnostic différentiel :	7
D.	Traitement	8
1.	But.	8
2.	Moyens	8
2.1	Non médicamenteux :	8
2.2	Médicamenteux	8
3.	Indication :	9
IV.	Patient et méthodes	11
1.	Lieu d'étude	11
2.	Période d'étude :	12
3.	Type d'étude :	12
4.	Population :	12
5.	Déroulement de l'étude :	13

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

6. Définition opérationnelle :	13
V. Résultats :	15
VI. Discussion :	25
VII. Conclusion	29
VIII. Recommandations :	29
IX. Références	31
X. Annexes	35

INTRODUCTION

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

I. Introduction :

Le pityriasis rosé de Gibert (PRG) est une dermatose bénigne aigue caractérisée cliniquement par des lésions à type de médaillon et histologiquement par un infiltrat lymphocytaire au niveau des papilles du derme [1].

C'est une affection fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune. Elle serait plus fréquente pendant certaines saisons (automne et printemps) [3]. Elle peut simuler plusieurs dermatoses tel que un eczéma nummulaire, un pityriasis lichénoïdes, une syphilis secondaire ou un psoriasis en goutte [8].

L'heure actuelle, les facteurs étiologiques ne sont clairement élucidés [4].

L'hypothèse d'une infection à herpes viridae a été évoqué [5].

Des auteurs ont rapporté des cas après vaccination contre la covid 19 [6].

La prévalence hospitalière est variable selon les études [7], elle serait de 3,7% au Nigeria [7].

Cette affection pose un préjudice fonctionnel et esthétique important en raison du caractère affichant des lésions prurigineuses qui peuvent durer sur 6-8 semaines. L'impact semble être plus important sur la peau noire en raison du risque de pigmentation post inflammatoire.

Cette affection bien que bénigne peut être grave chez la femme enceinte [2].

En Afrique du sud du Sahara, des auteurs ont décrits les aspect epidemio-clinique [7] ou dermatoscopique [3] de la maladie.

A notre connaissance il n'y a pas eu d'étude au Mali sur le PRG et moins sur le facteur associé à la survenue.

Quels sont les facteurs associés à la survenue du PRG au Mali ?

Le but de ce travail était de décrire les facteurs associés à la survenue du PRG à Bamako.

OBJECTIFS

II. Objectif

1 Objectif Général :

-Décrire les facteurs associés à la survenue du PRG

2 Spécifiques :

- Rapporter les caractères socio démographiques des cas et des témoins
- Rapporter les facteurs associés à la maladie
- Rapporter les caractères évolutifs du PRG

III. Généralités

A. Introduction

1. définition :

Le pityriasis rosea est une affection cutanée spontanément résolutive qui se présente sous la forme de papules et de plaques squameuses discrètes le long des lignes de Langer (lignes de clivage) sur le tronc et les membres [9]

2. Intérêt :

-Epidémiologique : la survenue fréquente chez les enfants, adolescents et adultes jeunes. Il s'agit en outre d'une dermatose saisonnière

-Diagnostic : l'aspect clinique peut faire évoquer de nombreuses affections

-Etiologique : les causes sont inconnues, plusieurs facteurs semblent être associées à la survenue (tel que l'infection au HHV6 et 7) [10]

3. Epidémiologie :

Le PRG est une maladie cosmopolite. Dans le monde, aux USA dans les années 1970, 170 cas pour 100 000 habitants ont été rapportés [11] et 0,13 % de cas de PRG en Suède dans les années 1960 [12]. La prévalence de cette affection variait entre 0,16% à 1,67% dans certains pays développés tels que Royaume-Uni [13], en Espagne [14], en Autriche, aux États-Unis, en Turquie [15], et au Brésil [16].

En Afrique, une prévalence de 0,6 % a été notée au Burkina Faso parmi 6 000 élèves d'un âge moyen de 17 ans [17]. Ce résultat, conforté par le grand nombre de PRG (2,3 à 4,8 %) chez les consultants de l'Ouganda et du Nigeria [18–20], pourrait suggérer une fréquence particulière de l'affection en Afrique noire.

Cette affection peut survenir chez tous les âges, néanmoins, le jeune adolescent semblerait être le plus touché par cette affection. L'âge de survenue de la maladie est situé entre 5 et 35 ans pour 75 % à 90 % des patients. Le PRG reste cependant possible, bien que rare, chez le nourrisson, dès l'âge de 3 mois [21], et jusque chez des octogénaires [12,22]. Au Burkina Faso, Traore et al ont rapporté une prédominance de jeune âge dans leurs études [17,22].

une légère prédominance féminine (< 70 % des cas) a été notée par plusieurs auteurs [11,12,14,15,17,18,23–27].

B. Signes

1. Type de description : PRG chez un enfant de 9 ans

Circonstance de découverte : signes généraux à type, fièvre, malaise, asthénie, anorexie, signes fonctionnels à type de céphalées, prurit.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

1-1. Examen physique :

La plaque initiale (ou plaque héraldique), ou médaillon principal, est une lésion arrondie ou ovale, bien limitée, maculo- papuleuse, de 2 à 10 cm de diamètre. La bordure est rose vif ; le centre est clair ou brunâtre et fripé ; les deux zones sont séparées par une fine collerette desquamative adhérente par la périphérie et dont le bord libre est tourné vers l'intérieur. La lésion s'accroît lentement de façon centrifuge. Ce médaillon principal siège sur le tronc le plus souvent mais aussi au cou, à la partie proximale des membres [1].

L'éruption secondaire apparaît entre 2 et 20 jours après le médaillon principal par vagues successives survenant à quelques jours d'intervalle et ce pendant une dizaine de jours. Deux types d'éléments sont identifiés :

- des petits médaillons identiques au médaillon primaire, le reproduisant en miniature et adoptant une topographie selon les lignes de tension de la peau, donnant un aspect en « arbre de Noël » ou en « baldaquin » (signe du baldaquin de Nicolas et Rousset) ;
- des lésions maculeuses ou légèrement papuleuses, érythémateuses et non squameuses, de petite taille, multiples.

L'éruption souvent symétrique touche le tronc, le cou (mais respecte le visage), les membres dans leur partie proximale. Les signes fonctionnels sont rares. Le prurit d'intensité variable est plus souvent le fait des topiques utilisés et de l'eczématisation que véritablement du PRG. L'état général est conservé [1].

L'évolution s'étant sur une période de 3 à 6 semaines, il peut disparaître sans laisser de trace ou parfois une hypo- ou une hyperpigmentation transitoire.

1-2. Paraclinique : peu spécifique, dépend du contexte de survenue

-Histologie : Bien que la biopsie cutanée ne soit pas nécessaire pour diagnostiquer le pityriasis, lorsqu'elle est réalisée, elle révèle généralement de nombreuses caractéristiques non spécifiques similaires à celles observées dans les dermatites chroniques. Les caractéristiques typiques comprennent l'absence ou la régression de la couche granulaire et l'extravasation de globules rouges dans le derme papillaire et en partie dans l'épiderme. Une dyskératose, une liquéfaction des cellules basales, une homogénéisation du collagène papillaire et des vésicules intra-épidermiques sont également observables. Il convient de noter que les biopsies des plaques précurseurs

1-3. Evolution :

Le pityriasis rosé suit généralement une évolution clinique bénigne et spontanément résolutive. La maladie disparaît généralement spontanément en quelques semaines à quelques mois. Sur le plan symptomatique, des démangeaisons légères à modérées peuvent accompagner l'éruption cutanée, mais l'impact global sur la santé est minime pour la plupart des personnes. Les récurrences sont rares (< 5 %), la plupart des cas se présentant comme un événement unique au cours de la vie d'une personne

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

2. Autres formes cliniques :

2-1. Formes sémiologiques :

-Formes profuses : Il existe des PRG profus par l'étendue et la densité des lésions.

Une évolution érythro-dermique est même citée dans la littérature [29].

Ces PRG sont souvent très prurigineux et d'évolution prolongée.

L'usage est largement répandu d'évoquer leur origine iatrogène, en incriminant une « eczématisation » secondaire à des applications topiques « intempestives » [17,30–32], plus rarement à l'ampicilline [17] ou à la corticothérapie générale [33]. Il faut souligner cependant que le PRG peut être spontanément profus et « irrité », la surenchère thérapeutique apparaissant alors comme une conséquence et non pas une cause de l'évolution défavorable.

-PRG monomorphe :

L'aspect clinique peut être celui d'un médaillon unique ou de médaillons de petites tailles. Elles peuvent être plus large avec l'évolution.

Cet aspect a été décrit par la littérature sous le nom de « pityriasis circiné et marginé de Vidal », [12,31].

Un phénomène d'isomorphisme est parfois rapporté [32]

-Formes dite trompeuses : les lésions peuvent être d'aspect psoriasiforme, urticariennes, lichénoïdes, érythrodermiques ou à type d'érythème polymorphe, dont la description est plus ou moins convaincante. Des formes purpuriques ont été décrites sur les membres inférieurs [12].

Les formes micropapuleuses, dites « folliculaires » d'après leur aspect clinique, sont caractérisées par un semis de toutes petites papules squameuses monomorphes [12,17,34]. Elles seraient plus fréquentes chez les Noirs.

2-2. Formes topographiques

Les lésions ont été décrites au niveau acrales [12], l'éruption peut être unilatérale au tronc ou aux plis [23,32].

L'atteinte unguéale : le PRG est rare et peut se manifester par des ponctuations (petits creux en surface de l'ongle) ou un épaississement de l'ongle, similaires à ceux observés dans le psoriasis. L'atteinte unguéal peut être postéruptive [32].

Atteinte des muqueuses : des lésions buccales variées ont été décrites : plaques érythémateuses centrifuges, érosions, plaques blanchâtres annulaires, ulcérations aphthoïdes [35–37].

2-3. Formes évolutives

Formes d'évolution longue : La durée d'évolution peut être supérieur à 3 mois [34], il s'agit le plus souvent de formes profuses.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Formes récidivantes : Considérées comme fréquentes par Gibert [Traite pratique des maladies [38], les formes récidivantes sont estimées en réalité à 2 ou 3 % de l'ensemble des PRG [11,12].

2-4. Formes Selon Le Terrain

Le petit enfant et le du nourrisson : le PRG ne présente pas de spécificité [39], bien que l'on cite une plus grande fréquence des formes vésiculeuses et purpuriques sur ce terrain [12].

Forme selon le phototype : Chez les phototypes foncées (IV à VI) la teinte rosée n'est plus perceptible [23] et le PRG serait plus souvent micropapuleux et profus [69][17,40]

Autre terrain : La femme enceinte et l'immunodéprimé ne semblent pas soumis à des risques particuliers.

C. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

Il repose sur la clinique : le jeune âge, la survenue brutale, la disposition des lésions au niveau du dos donnant un aspect en sapin de Noël, la morphologie des lésions et la normalité de l'examen général permettent généralement, même en l'absence de médaillon initial, un diagnostic aisé que la régression spontanée de l'éruption vient confirmer.

2. Diagnostic étiologique :

La cause exacte du PRG est inconnue ; des hypothèses ont été émises, les causes infectieuses et non infectieuses. Parmi les infections, les virus, les bactéries et les spirochètes ont été évoqués [4,41]. Selon Mahroum et al [10] Les infections des voies respiratoires supérieures qui précèdent le PRG suggèrent que le streptocoque joue un rôle dans le développement de cette affection. Récemment, la réactivation d'infections latentes par les virus herpétiques humains (HHV) 6 et 7 a été identifiée comme un agent étiologique possible[10].

3. Diagnostic différentiel :

-Erythème polymorphe : devant le caractère annulaire des lésions, cependant dans l'érythème polymorphe, les lésions tendent vers la nécrose, elles sont plus inflammatoires, l'atteinte muqueuse est fréquente.

-Psoriasis en Goutte : Devant l'aspect punctiforme des lésions, les squames, l'absence de prurit, la localisation sur les zones d'appui. Les deux affections sont d'autant plus proches qu'une infection à streptocoque peut être retrouvée dans les deux cas. Cependant le psoriasis en goutte évolue en poussée, alors que les récurrences sont rares.

-Sarcome de kaposi : les lésions angiomateuses planes circonscrites peuvent prêter à confusion, cependant la disposition des lésions dans la MK n'est pas systématisée. Les plaques sont de tailles variables parfois confluentes.

-Lichen plan : dans le lichen plan les lésions siègent surtout aux membres, sur les zones de friction, le prurit est plus intense, les lésions sont chroniques avec toujours une pigmentation post inflammatoire.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

-Parapsoriasis ou pityriasis lichénoïdes : l'aspect clinique est fait de plaques squameuses circonscrites +/- prurigineuses parfois localisées sur les jambes. La durée de l'éruption est souvent plus longue que dans le PRG. L'histologie est souvent nécessaire pour différencier les deux affections.

-Syphilis secondaire : la syphilis secondaire se présente sous forme plaque annulaire circonscrite sans signe fonctionnelle. Les lésions atteignent habituellement les régions palmo-plantaire par opposition au PRG. L'atteinte des muqueuses est également fréquente dans la syphilis par opposition au PRG. En cas de doute diagnostique, les tests sérologiques TPHA et VDRL doivent être réalisés pour poser le diagnostic.

-Les eczématides : les eczématides sont des lésions associées au contexte d'atopie, elles sont annulaires le plus souvent retrouvées sur les convexités. La topographie des lésions ne répond à aucune systématisation par opposition au PRG.

-Dermite séborrhéique : les lésions sont finement squameuses, il s'agit de plaques plus ou moins confluentes disposées sur les régions séborrhéiques, la zone T au visage (Front, sillon nasogénien, menton) parfois les lésions siègent également au cuir chevelu. Cette affection évolue en poussée chez les sujets de peau grasse, des comorbidités peuvent être rapportées.

-Le pityriasis versicolor : les lésions ressemblent à celles de la dermatite atopique décrite ci-dessus, elles s'étendent cependant au tronc et à la racine des membres supérieurs. L'évolution est chronique, faite de poussée fréquente en période de forte chaleur. Les lésions ne répondent à aucune systématisation. Un test de Koebner permet d'affirmer l'origine fongique de l'éruption.

D. Traitement

1. But

- le but du traitement est d'obtenir une régression des symptômes ;
- il est aussi prévenir les complications ;
- et enfin de faire la communication pour le changement de comportement.

2. Moyens

2.1 Non médicamenteux :

-La communication pour changement de comportement tels que l'éviction de l'auto-médication, de l'utilisation des médicaments traditionnels, du frottement de la peau, des pratiques de scarification et de fumigation.

-Il repose également sur l'explication claire de la maladie aux patients et à l'entourage.

2.2 Médicamenteux

2.2.1 Moyens locaux :

-Les antiseptiques : chlorhexidine, hexamidine, les syndets ;

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

-les Emollient : vaseline a l'urée 2% ou 3% en application corporel une à deux fois par jour, utile contre les lésions desquamatives.

-les dermocorticoïdes de diverse classe le plus souvent classe 2 :

Fluoré et non fluoré : hydrocortisone 0,05% crème épaisse ou pommade en application sur les lésions une fois par jour ; Bétaméthasone 0,05% crème ou pommade en application par jour

-la Préparation magistrale du Dalibour a l'ichtyol 2% : c'est une préparation magistrale qui a un effet exfoliant et asséchant il est appliqué une fois par jour en fine couche sur les lésions pendant une semaine

2.2.2 Moyens généraux :

-Les antihistaminiques de 1^{ER} et 2^e génération :

-Hydroxyzine chlorhydrate ; Atarax® chez l'adulte 25mg le soir, chez l'enfant de plus de 3 ans 1mg/kg/jour le soir soit 0,5ml de sirop/kg ;

-Méquitazine : primalan® sirop, comprimé 5mg et 10mg en raison de 1,25mg/kg/jour

Grand enfant : un comprimé de 5mg le soir

Adulte : un comprimé de 10 mg le soir

-Desloratadine : Aeruis® sirop 0,5mg/ml et comprimé de 5mg

Enfant de 1-5ans : 2,5ml le soir

6-11ans 5ml le soir

Adolescent et adulte supérieur ou égale à 12ans un comprimé par jour

-les antalgique : paracétamol (sirop, comprimé, suppositoire), 60mg/kg/jour à répartir en plusieurs prises

-les antibiotique : amoxicilline 500mg gélules, 25-50mg/kg/jour à répartir en 2-3 prises

Erythromycine : 25mg/kg/jour à répartir en 2 à 3 prises par jour

3. Indication :

La guérison spontanée survient le plus souvent chez les cas. Parfois on peut faire recours au traitement symptomatiques :

- Formes non compliquées : Emollient et ou antihistaminique si prurit
- En cas de fièvre : paracétamol
- En cas de complication infectieuse (pyodermite) : antibiotique et antiseptique
- Devant les formes eczématisées : dermocorticoïde
- Devant les formes persistantes : Préparation magistral au Dalibour à l'ichtyol 2%
- Dans tous les cas éviction de la friction cutanée

**MATERIELS ET
METHODES**

IV. Patient et méthodes

1. Lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le service de dermatologie à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB) situé au quartier Djicoroni para.

L'Hôpital (HDB) : crée selon la carte nationale hospitalière 2016-2020 par l'ordonnance N°2019-010/P-RM du 27 Mars 2019 ratifié par la loi n°2019-022 du 03 juillet 2019. Il résulte des récentes réformes du Ministère de la santé qui ont conduit à la scission du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) et à la redistribution de ces différents services entre deux nouvelles structures : une à vocation santé publique, l'Institut National de Santé Publique (INSP) et l'autre à vocation hospitalière, l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB). L'Hôpital de Dermatologie de Bamako comporte plusieurs services cliniques dont les plus importants sont :

☐ **Les services de l'HDB :**

- Un service d'imagerie médical ;
- Un service de chirurgie (onco-chirurgie, chirurgie plastique et chirurgie générale) ;
- Un service de kinésithérapie ;
- Une unité de réadaptation ;
- Un service de léprologie ;
- Un service d'anesthésie-réanimation
- Une unité de prise en charge de patient vivant avec le VIH ;
- Une pharmacie hospitalière ;
- Un service social ;
- Un service de dermatologie :
- Un laboratoire d'histopathologie ;
- 10 boxes de consultation ;
- Une salle de petite chirurgie ;
- Une salle de cryothérapie ;
- Une salle de soins ;
- Deux pavillons d'hospitalisation pour Hommes et Femmes.
- Les personnels :
- 17 dermatologues

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

- 04 chirurgiens
- 01 anesthésistes-réanimateurs
- 01 radiologues
- 01 infectiologue
- 10 infirmiers.

2. Période d'étude :

Cette étude a été réalisée entre Novembre 2024 et Octobre 2025.

3.Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale cas témoin.

4. Population :

4.1 Population d'étude :

La population d'étude était composée de l'ensemble des patients vu en consultation dermatologique au cours de la période.

4.2 Définition de cas et de témoin :

-Cas : a été défini comme cas tous patient présentant une éruption cutanée faite de médaillons disséminés sur le tronc et les membres et diagnostiqué comme PRG.

-Témoin : a été défini témoin tous patient présentant une éruption cutanée non retenu comme PRG et qui peut être apparié à un cas de PRG.

4.3 Critère d'appariement : L'appariement a été fait selon le sexe et l'âge. Le témoin était de même sexe que le cas auquel il est apparié. L'âge était compris dans une fourchette de plus ou moins (+/-) 5 ans par rapport au cas

Tous patient(e)s répondant à la définition de cas.

4.4 Critère d'inclusion et de non inclusion :

-Inclusion des cas : Patient répondant à la définition de cas

-Inclusion des témoins : Patient répondant à la définition de témoin et remplissant les critères d'appariement.

-Critère de non inclusion des cas : cas présentant des lésions en phase de surinfection et ou autre dermatose associée ;

-Critère de non inclusion des témoins : patient non consentant, et/ou présentant éruption cutanée diffuse

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

5. Déroulement de l'étude :

Les cas et les témoins ont été recrutés durant la consultation dermatologique. Le diagnostic du PRG était basé sur les aspects cliniques.

Les caractéristiques démographiques ont été précisées chez les cas et les témoins.

Les caractéristiques de la maladie ont été précisées chez les cas. Il s'agit de la durée d'évolution, le mode de début, la localisation de la lésion initiale, les signes fonctionnels, les traitements antérieurs, les données de l'examen clinique. Les caractères évolutifs étaient précisés chez les cas (pigmentation post inflammatoire, eczématisation, impétiginisations).

Plusieurs facteurs ont été recherchés chez les cas et les témoins : épisode fébrile récent, vaccination récente, notion de voyage récent, de cas dans l'entourage, les habitudes cosmétiques (hydratant, savon), les habitudes d'hygiène (friction cutanée), notion de prise médicamenteuse récente, utilisation de cataplasmes.

6. Définition opérationnelle :

Adolescent âge comprise entre 10 et 19 ans selon OMS.

Catégorie d'âge adulte selon OMS : 25 à 59 ans.

- Circonstance de découverte : La circonstance de découverte se définit par le contexte dans lequel le patient a découvert l'éruption

- Traitement antérieur : la notion de traitement antérieur désigne les traitements pris avant la consultation en dermatologie et pas forcément avant l'éruption.

- Notion de prise médicamenteuse : la notion de prise médicamenteuse fait référence au traitement pris avant l'apparition de l'éruption de l'éruption.

Analyse des données : les données ont été analysées sur epi info 7.

Le Calcul de l'odds ratio avec un intervalle de confiance à 95% (degré de significativité $P < 0,05$) a permis de comparer les différents facteurs chez les cas et les témoins

-Pour un Odds ratio > 1 , le facteur étudié représente un risque de développer le PRG

-Pour un Odds ratio < 1 , le facteur étudié est un facteur protecteur contre la survenue du PRG.

-Pour un Odds ratio $= 1$, le facteur étudié n'a pas d'influence sur la survenue du PRG.

Aspects éthiques : L'anonymat des cas et des témoins était garanti, l'inclusion était volontaire et ne conditionnait pas la poursuite de la prise en charge. L'inclusion ne représentait pas un risque supplémentaire pour le patient.

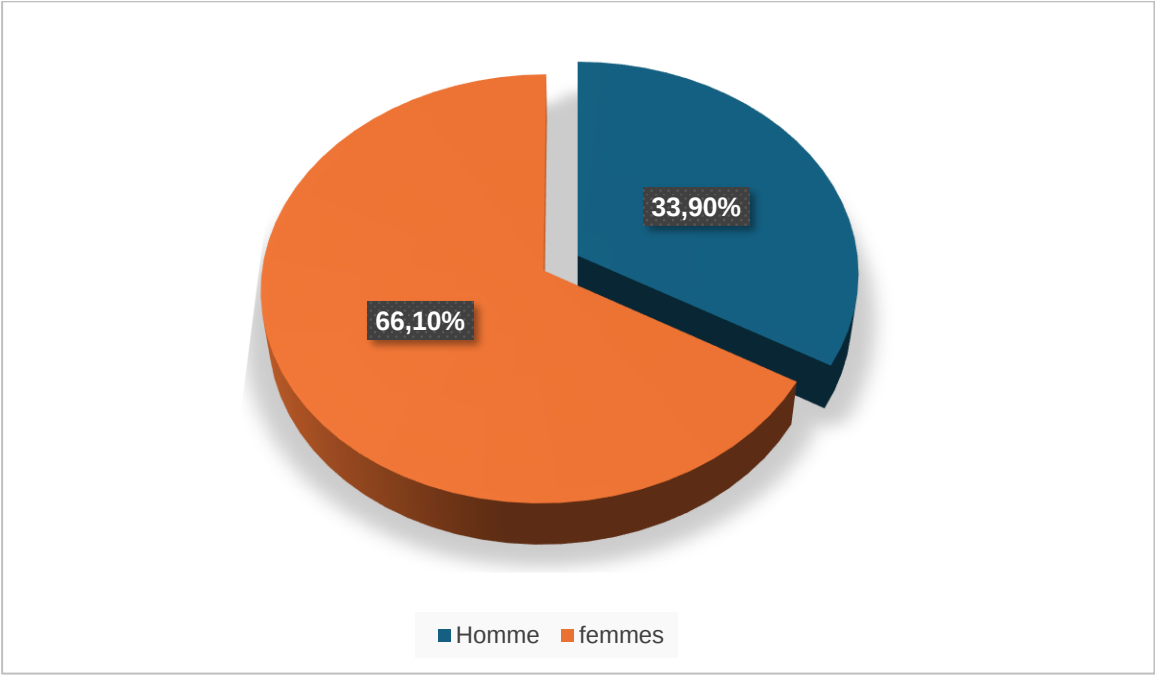
RESULTATS

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

V. Résultats :

Au total sur 39904 Consultations, nous avons recensé 963 cas de PRG, soit une fréquence hospitalière de 2,41 %. Au cours de la période d’étude allant de novembre 2024 à octobre 2025, nous avons inclus 118 cas de PRG et 236 témoins.

Figure 1 : Répartition des cas de PRG selon le sexe



Le sexe féminin représentait 66,10% des cas

L’Age moyens était de 13 ans avec des extrêmes de 1 et 70 ans et un écart type de 9

Tableau I: Répartition selon la présence d’une notion de rhinite :

Rhume	Cas	Témoin
Oui	20	19
Non	98	217

Une notion de rhinite a été noté chez 16% des cas contre 8% des témoins

Odd ratio = 2,3 P=0,007

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau II: Répartition selon la notion d'angine chez les cas et les témoins

Angine	Cas	Témoin
Oui	3	2
Non	115	234

Une notion d'angine était rapportée chez 2% des cas

Odds ratio : 3 P=0,1

Tableau III: Répartition selon la notion de paludisme chez les cas et les témoins

Paludisme	Cas	Témoin
Oui	5	8
Non	113	228

Une notion de paludisme était rapportée chez 4% des cas contre 3% des témoins

Odds ratio= 1,2 P=0,3

Tableau IV: Répartition selon le programme élargi de vaccination

PEV complet	Effectifs (n)	Percentage (%)
Ne sait pas	3	2,54%
Non	2	1,69%
Oui	113	95,76%
Total	118	100,00%

95% des cas avaient une vaccination complète selon le programme élargi de vaccination PEV

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau V: Répartition selon la notion de voyage récent

Notion voyage	Cas	Témoins	Total
Oui	10	21	31
Non	108	215	323
TOTAL	118	236	354

La notion de voyage récent était rapportée chez 8% des cas

La notion de voyage récent était rapportée chez 8% des témoin

Odds ratio : 0,94 P=0,4

Tableau VI: Répartition des cas selon la notion l'atopie

ATOPIE	Effectifs (n)	Percentage (%)
Non	61	51,69%
Oui	57	48,31%
Total	118	100,00%

Le terrain d'atopie était rapporté chez 48% des cas

Tableau VII: Repartitions des témoins selon la notion d'atopie

Atopie	Effectifs (n)	Percentage (%)
Non	131	55,51%
Oui	105	44,49%
Total	236	100,00%

Le terrain d'atopie était rapporté chez 44% des témoins

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau VIII: Répartition selon la présence de cas dans l'entourage

Cas d'entourage	Effectifs (n)	Percentage (%)
Non	115	97,46%
Oui	3	2,54%
Total	118	100,00%

La notion de cas dans l'entourage était retrouvée chez 3% des cas

Tableau IX: Répartition selon l'utilisation du filet pour lavage corporel

Statut	Filet lavage		Total
	Oui	Non	
Cas	112	6	118
Témoins	216	20	236
TOTAL	328	26	354

L'utilisaient du filet pour lavage corporel était rapportée chez 94% des cas et 91% des témoins

Odd ratio= 1,7 P=0,12

Tableau X: Répartition selon le port de vêtements serrés

Port de vêtements serrés	Statut		Total
	Cas	Témoins	
Oui	53	52	105
Non	65	184	249
Total	118	236	354

Le port de vêtements serrés était rapporté chez 44% des cas et 22% des témoins

P=0,00001 Odds ratio=2,8

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau XI: Répartition selon notion de prise médicamenteuse avant l'éruption cutanée

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Pas de Prise médicament	94	79,66%
Prise médicament	24	20,33%
Total	118	100,00%

Une notion de prise médicamenteuse a été rapportée chez 20% des cas

Tableau XII: Répartition selon la notion de prise d'antipaludique

Statut	Prise antipaludique	Pas de prise d'antipaludique
Cas	6	112
Témoin	5	231

Six de nos cas avait une notion de prise d'antipaludique contre 5 chez les témoins

Odds ratio : 2,4 P= 0,07

-La prise d'inhibiteur de la pompe à proton a été rapportée chez un cas et un témoin.

Tableau XIII: Répartition selon la notion de changement de cosmétique

Changement de cosmétique			
Statut	Oui	Non	Total
Cas	23	95	118
Témoins	20	216	236
TOTAL	43	311	354

La notion de changement de cosmétique était rapportée chez 19% des cas et 8% des témoins

Odd ratio : 2,6 P=0,001

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau XIV: Répartition selon le délai de changement de cosmétique et la survenue du PRG

Délai de changement cosmétique	Cas	Témoin	Odd ratio	P
≤ 7 jours	11	7	3	0,007
8-30 jours	9	11	1,5	0,17

Le délai de changement de cosmétique ≤7 jours était présent chez 9% des cas contre 2% des témoins

Odds ratio : 3 P=0,007

Tableau XV: Répartition selon l'utilisation antérieure du bain de feuille

Statut			
Bain de feuille	Cas	Témoins	Total
Oui	17	31	48
Non	101	205	306
Total	118	236	354

La notion d'utilisation du bain de feuille était rapportée chez 14% des cas et 13% des témoins

Odds ratio : 1,31 P= 0,3684027620

Tableau XVI: Répartition selon les signes fonctionnels

Signe fonctionnel	Effectifs (n)	Percentage (%)
Prurit Absent	20	16,94%
Léger prurit	90	76,27%
Prurit modérée	8	6,77%
Total	118	100,00%

Le prurit était absent chez 17% des cas

-Le mode de début était progressif chez tous les cas.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau XVII : Répartition selon la durée d'évolution des lésions

Durée d'évolution	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Non connue	2	1,69%
Connue	116	98,31%
Total	118	100,00%

La durée d'évolution était connue chez 98% des cas

La durée d'évolution moyenne était de 14 jours, le mode de 7 jours, l'écart type de 41 jours et les extrêmes de 3 et 365 jours

Tableau XVIII: Répartition selon la surface corporelle atteinte en fonction de la règle de wallace :

Surface corporelle	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Etendu $\leq 50\%$	57	48,31%
Etendue $> 50\%$	61	51,69%
Total	118	100,00%

Chez 48,31% des cas avaient les lésions occupantes plus de 50% de leur surface corporelle

Tableau XIX: Répartition selon l'eczématisation des lésions

Eczématisation	Effectifs (n)	Percentage (%)
Non	88	74,58%
Oui	30	25,42%
Total	118	100,00%

Une eczématisation des lésions étaient rapportée chez 25% des cas

-Les lésions n'étaient pas impétiginisées chez les cas

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Tableau XX: Répartition selon la pigmentation post inflammatoire

Pigmentation post-inflammatoire	Effectifs (n)	Percentage (%)
Non	116	98,31%
Oui	2	1,69%
Total	118	100,00%

Nous avons retrouvé 2 cas de pigmentation post inflammatoire soit 1,69%

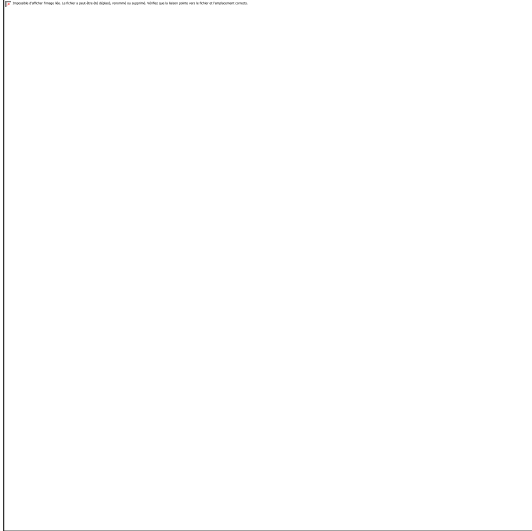
Tableau XXI: Répartition selon la présence de carie dentaire

Statut			
Carie dentaire	Cas	Témoin	Total
Non	82	177	259
Oui	36	59	95
Total	118	236	354

La carie dentaire était rapportée chez 30% des cas et 25% des témoins

Odd ratio= 0,76 P=0,1322

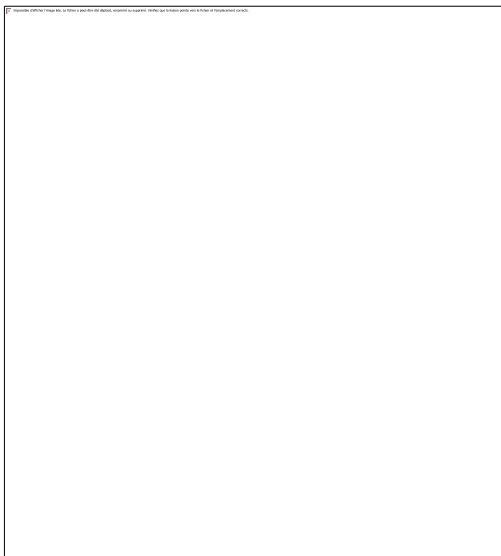
Iconographie :



*Icono1 : Dos : médaillons de taille variable
(image Mariam koné)*



Icono2 : larges médaillons au niveau du dos (image Mariam koné)



Icono3 : médaillons et papules aux cuisses (image : Mariam koné)



Icono4 : médaillons et squames au tronc (image Mariam koné)

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

VI. Discussion :

Discussion de la méthode :

Nous avons réalisé une étude sur les facteurs de risque de survenue du pityriasis rosé de Gibert à l'Hôpital de dermatologie de Bamako. Les limites de notre étude aient l'absence de bilan biologiques chez les cas et les témoins tel que la recherche du virus de l'hépatite B chez les cas et les témoins ; la recherche d'herpes virus de type 6 chez les cas et les témoins. Le recrutement des cas n'a pas concerné toutes les saisons climatiques, il s'était étendu de novembre 2024 à juillet 2025.

Toutefois ce travail nous a permis de décrire les facteurs de risques de survenue du PRG à Bamako.

Discussion des données :

Les cas étaient majoritairement de sexe féminin, (66%). Des auteurs nigériens ont rapporté cette prédominance féminine [42].

Les adolescents semblaient être les plus affectés avec un âge moyen de 13 ans.

Cette tranche représentait 36% de nos cas, plusieurs auteurs rapportaient une prédominance particulière dans cette tranche d'âge [42]. Par contre le PRG semble être plus rare chez l'adulte dans notre série, il représentait 24% des cas.

Un léger prurit était rapporté chez 76,27% de nos cas (90/118), un prurit modéré chez 6,78% (8/118). Le prurit a été rapporté par Traoré au Burkina Faso [17] chez la majeure partie des cas de PRG. Les signes fonctionnels n'étaient pas toujours constants dans le PRG et semblent dépendre des traitements agressifs utilisés ou de l'habitude vestimentaire irritant.

L'étendue des lésions était variable, elle a été mesurée selon la règle de wallace. La majorité de nos cas présentait des lésions étendues recouvrant plus de la moitié du tégument. Nous n'avons pas évalué la sévérité selon un score récemment introduit *pityriasis rosea severity index* qui recense [43] le nombre des lésions, et les caractéristiques des lésions. Ce score n'a pas encore été validé sur peau noire où les lésions sont plus étendues habituellement [44] au visage et au cuir chevelu.

Le caractère clinique de la maladie dépendait du stade auquel le cas était inclus. Les lésions de PRG ont une tendance à l'eczématisation [45] au cours de l'évolution. Chez nos cas cet aspect était retrouvé chez 25% des cas (30/118). La pigmentation post inflammation était une caractéristique fréquente sur peau noire [44], elle était rapportée chez seulement 2 de nos cas. Cette observation pourrait s'expliquer par la nature de l'étude qui était transversale avec recrutement en une seule visite. Quelle pourrait être la proportion de pigmentation post inflammatoire si le suivi s'étendait dans la durée ?

-Etude des facteurs associés :

Le changement de cosmétique était un facteur rapporté chez nos cas (odd ratio=2,6 P=0,002). Le mécanisme n'était pas clairement élucidé, l'hypothèse pourrait être celui du stress oxydatif dont le rôle a été décrit dans la survenue du PRG [46].

Ce stress oxydatif qui est un excès de radicaux libres dans la peau peut être favorisé par certains cosmétiques [47]. Selon le délai de changement du cosmétique des disparités apparaissent. Le risque de développer un PRG était de trois fois supérieur lorsque le changement était récent de l'ordre de 7 jours au plus (P=0,007).

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Un délai de changement plus long entre 8 et 30 jours n'était pas associé à un risque de survenue de la maladie.

Les cosmétiques sont connues comme facteurs pouvant entraîner un stress oxydatif [47]. Le stress oxydatif favorise certaines infections virales, en diminuant les capacités de l'hôte vis-à-vis du virus [47]. Dans ce cas comment expliquer que la différence soit significative uniquement en cas de changement récent ? L'hypothèse d'une adaptation au cosmétique dans la durée pourrait être émise. D'autres travaux sont nécessaires pour élucider ce concept.

L'utilisation de cataplasme n'était pas associée à un risque de survenue du PRG chez nos cas ($P=0,3$). L'utilisation de bain de feuille semblait répandue dans la population, il peut s'agir d'un facteur de confusion, qui comporte plusieurs caractéristiques à savoir la nature des plantes, le mode de préparation, la durée de conservation. Ces facteurs sont tous susceptible d'exercer une influence sur le résultat du test.

Le port de vêtements serrés augmentait de trois fois le risque de développer la maladie ($P=0,00001$). Il s'agit de facteurs traumatiques qui peuvent induire les dermatoses inflammatoires tel que rapporté par la littérature [45].

La cause du PRG demeure non élucidée, l'hypothèse la plus avancée est celle d'une infection à HHV6, HHV7 [20]. Dans notre série aucun test diagnostique sérologique n'était pratiqué, ces examens non pratiquer dans notre contexte. Cependant nous avons recherché une notion d'épisode infectieux récent chez les cas et les témoins. Parmi les participants, cet épisode infectieux était rapporté chez 44% des cas contre 55% des participants, ce qui, sur le plan statistique confère un rôle protecteur à l'épisode infectieux (Odd ratio = 0,5 $P=0,002$). Cette observation doit être nuancée, en effet, dans une zone d'endémie palustre, l'épisode infectieux qui n'était pas documenté peut faire référence à plusieurs affection.

Nous avons ainsi recherché une notion de rhinite chez les cas et les témoins. Une rhinite était retrouvée chez 16,94% des cas (20/118) contre 8% des témoins (19/236). La présence de cette rhinite augmentait de deux fois le risque de développer un PRG (Odd ratio= 2,3). Les rhinites sont souvent d'origine virale, dans la littérature plusieurs cas de PRG ont été décrit chez les patients présentant un covid 19 [6].

En zone d'endémie palustre, les populations peuvent présenter plusieurs épisodes au cours de l'année. Les poussées fébriles, les signes fonctionnelles à types de céphalées vertiges, vomissements étaient souvent rattachés au paludisme. Dans notre série, des épisodes présumés palustres ont été rapportés par 5 cas et 8 témoins avec un odds ratio de 1,2 et une différence non significative $P=0,3$. Le paludisme n'était donc ni un facteur de risque, ni encore un facteur protecteur. D'autres travaux à grande échelle sont nécessaires pour élucider le lien entre les fièvres présumés palustres et le PRG.

La proportion de cas présentant une angine était 2,54% (3/118) et celle de témoin était de 0,85% (2/236), cette différence n'était pas significative (Odd ratio :3 ; $P=0,1$).

Parmi les facteurs infectieux recherchés, la carie dentaire ne représentait pas un facteur de risque de survenue du PRG ($P=0,14$)

La carie dentaire est associée aux infections bactériennes, les bactéries ne sont pas décrites comme des facteurs de risque de la maladie dans la littérature [19].

Les bactéries sont le plus souvent associées aux complications de la maladie [19].

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Une notion de prise médicamenteuse était recherchée chez les cas et les témoins. Elle était rapportée chez 20% de nos cas. Il n'y avait de lien statistique entre la prise d'antipaludique et la survenue du PRG ($P=0,07$).

Dans la littérature, certains médicaments ont été décrit tel que la terbinafine, ou les Inhibiteurs de la pompe à proton [48].

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VII. Conclusion

Le profil des cas de PRG se rapproche de celui décrit par la littérature. Il s'agit du grand enfant de sexe féminin.

Les facteurs de risque de survenue identifiés sont la notion d'épisode infectieux, de rhinite, de changement récent de cosmétique de port de vêtements serrés.

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour décrire la nature de l'épisode infectieux à travers notamment une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) si l'infection est évolutive ou des tests sérologiques pour les épisodes passés.

La recherche sur les causes de cette affection doit s'intéresser également au stress oxydatif dont les mécanismes ne sont pas clairement élucidés et dont la compréhension pourrait aider à expliquer le lien entre changement de cosmétique et survenue de ce rash.

Une étude cohorte est nécessaire pour décrire les facteurs déterminants l'évolution de la maladie, la chronicité, les récurrences, le pronostic.

VIII. Recommandations :

➤ Aux dermatologues,

-Devant un PRG, effectuer une recherche étiologique systématique, habitudes de vie, épisodes infectieux, comorbidités.

➤ Aux patients et à la population générale :

-Eviction du port de vêtements serrés

-Eviction de changements intempestifs de cosmétiques

-Eviction de l'automédication

➤ Au personnel de santé :

-La référence diligente des cas d'éruption cutané en dermatologie.

REFERENCES

IX. Références

1. Borradori L, Lachapelle JM, Lipsker D, Saurat JH, Thomas L. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Elsevier Masson; 2017. 1287 p.
2. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Broccolo F, Parodi A. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification. *Dermatology*. 2016;232(4):431-7.
3. Hayta SB, Güner R, Çam S, Akyol M. The Relationship between Pityriasis Rosea, Seasonal Factors, and Other Herpetic Infections: A Time Series Analysis. *Dermatologica Sinica*. sept 2019;37(3):134.
4. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, Garg VK. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects. *Indian J Dermatol*. 2016;61(4):375-84.
5. Drago F, Ciccarese G, Casazza S, Parodi A. Pityriasis rosea, human herpesvirus 6 infection and pregnancy. *J Med Virol*. sept 2022;94(9):4069-70.
6. Ciccarese G, Drago F, Marinaro E, Parodi A. Pityriasis rosea during COVID-19: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Med Virol*. juill 2022;94(7):2915-6.
7. Ayanlowo O, Akinkugbe A, Olumide Y. The pityriasis rosea calendar: a 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig Q J Hosp Med*. 2010;20(1):29-31.
8. Baba K, Baba T, Ogra PL, Okuno T. Overlapping Signs and Symptoms Between Recurrent Varicella and Pityriasis rosea Gibert. *Pediatr Infect Dis J*. 1 sept 2022;41(9):696-701.
9. Pityriasis Rosea: Diagnosis and Treatment | AAFP [Internet]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0101/p38.html> consulte le 13/11/2025
10. Mahroum N, Shoenfeld Y. Classic Pityriasis Rosea. *Isr Med Assoc J*. août 2022;24(8):549.
11. Chuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT. Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. *J Am Acad Dermatol*. juill 1982;7(1):80-9.
12. Björnberg A, Hellgren L. Pityriasis rosea. A statistical, clinical, and laboratory investigation of 826 patients and matched healthy controls. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1962;42(Suppl 50):1-68.
13. Burch PR, Rowell NR. Pityriasis rosea--an autoaggressive disease? Statistical studies in relation to aetiology and pathogenesis. *Br J Dermatol*. juin 1970;82(6):549-60.
14. Marrón Gasca J, Navarro Lucia M, Grasa Jordán MP, Giménez Serrano H, Murillo Sánchez P. [Epidemiology of Gibert's pityriasis rosea]. *Actas Dermosifiliogr*. 1979;70(3-4):219-22.
15. Harman M, Aytekin S, Akdeniz S, Inalöz HS. An epidemiological study of pityriasis rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol*. juill 1998;14(5):495-7.
16. de Souza Sittart JA, Tayah M, Soares Z. [Incidence pityriasis rosea of Gibert in the Dermatology Service of the Hospital do Servidor Público in the state of São Paulo]. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 1984;12(4):336-8.
17. 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*. mai 2001;128(5):605-9.
18. Jacyk WK. Pityriasis rosea in Nigerians. *Int J Dermatol*. sept 1980;19(7):397-9.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

19. Veraldi S, Moltrasio C, Spinelli F, Nazzaro G. Anetodermic lesions following pityriasis rosea and impetigo. *G Ital Dermatol Venereol.* oct 2020;155(5):697-9.
20. Broccolo F, Drago F, Careddu AM, Foglieni C, Turbino L, Cocuzza CE, et al. Additional Evidence that Pityriasis Rosea Is Associated with Reactivation of Human Herpesvirus-6 and -7. *Journal of Investigative Dermatology.* 1 juin 2005;124(6):1234-40.
21. Pityriasis Rosea in Infancy | JAMA Dermatology | JAMA Network [Internet]. [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/540391>
22. Tay YK, Med M. One-year Review of Pityriasis Rosea at the National Skin Centre, Singapore.
23. Ahmed MA. Pityriasis rosea in the Sudan. *Int J Dermatol.* avr 1986;25(3):184-5.
24. Bari M, Cohen BA. Purpuric vesicular eruption in a 7-year-old girl. Vesicular pityriasis rosea. *Arch Dermatol.* nov 1990;126(11):1497, 1500-1.
25. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10,000 cases. *Pediatr Dermatol.* 1999;16(1):6-11.
26. Olumide Y. Pityriasis rosea in Lagos. *Int J Dermatol.* mai 1987;26(4):234-6.
27. Vollum DI. Pityriasis rosea in the African. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc.* 1973;59(2):269-71.
28. 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.* févr 2000;42(2 Pt 1):241-4.
29. Parsons JM. Pityriasis rosea update: 1986. *J Am Acad Dermatol.* août 1986;15(2 Pt 1):159-67.
30. Pityriasis rosé de Gibert - Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 11 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/psoriasis-et-dermatoses-desquamantes/pityriasis-rosé-de-gibert>
31. BROCCO L. - Traité de dermatologie comprenant les syphilides cutanées. [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.livre-rare-book.com/book/12714138/5047>
32. Dupré A, Lassère J, Christol B, Bonafé JL, Caussanel J, Soumet MT. [Gibert's pityriasis rosea with intraoral localization]. *Ann Dermatol Venereol.* déc 1977;104(12):873-5.
33. Leonforte JF. Pityriasis rosea: exacerbation with corticosteroid treatment. *Dermatologica.* 1981;163(6):480-1.
34. Parsons JM. Pityriasis rosea update: 1986. *J Am Acad Dermatol.* août 1986;15(2 Pt 1):159-67.
35. Dupré A, Christol B, Albarel N, Rumeau H. LiSSa - « Pigmentation éruptive maculeuse idiopathique » au décours d'un pityriasis rosé de Gibert. Présentation de 2 observations. *Ann Dermatol Venereol.* mai 1980;107(5):413-7.
36. Oral lesions in pityriasis rosea - PubMed [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4051532/>
37. Vidimos AT, Camisa C. Tongue and cheek: oral lesions in pityriasis rosea. *Cutis.* oct 1992;50(4):276-80.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

38. Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis. T. 2. Syphilis / par C.-M. Gibert,... | Gallica [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5732334z.texteImage>
39. Hendricks AA, Lohr JA. Pityriasis rosea in infancy. Arch Dermatol. juill 1979;115(7):896-7.
40. Allen RA, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis rosea. Cutis. oct 1995;56(4):198-202.
41. Lennhoff VC. Demonstration of spirochaetes in puncture fluid from axillary lymph glands of two cases of pityriasis rosea (mercuric-sulfide stain). Acta Derm Venereol. 1949;29(5):524-8.
42. Yahya H. Pityriasis Rosea in Kaduna, North-West Nigeria: A 20-Year Experience. West Afr J Med. 28 juill 2023;40(7):704-10.
43. Sonthalia S, Kumar A, Zawar V, Priya A, Yadav P, Srivastava S, et al. Double-blind randomized placebo-controlled trial to evaluate the efficacy and safety of short-course low-dose oral prednisolone in pityriasis rosea. J Dermatolog Treat. sept 2018;29(6):617-22.
44. Amer A, Fischer H, Li X. The natural history of pityriasis rosea in black American children: how correct is the « classic » description? Arch Pediatr Adolesc Med. mai 2007;161(5):503-6.
45. Litchman G, Nair PA, Syed HA, Le JK. Pityriasis Rosea. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448091/>
46. Emre S, Metin A, Demirseren DD, Akoglu G, Oztekin A, Neselioglu S, et al. The association of oxidative stress and disease activity in seborrheic dermatitis. Arch Dermatol Res. nov 2012;304(9):683-7.
47. Baek J, Lee MG. Oxidative stress and antioxidant strategies in dermatology. Redox Rep. juill 2016;21(4):164-9.
48. Pityriasis rosea - Symptoms & causes - Mayo Clinic [Internet]. [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pityriasis-rosea/symptoms-causes/syc-20376405>

ANNEXES

X. Annexes

Fiche signalétique

Nom : KONE

Prénom : Mariam Dite Nah

Email : mariamditenahkone@gmail.com

Tel : 79-53-23-72

Titre : FACTEURS ASSOCIES A LA SURVENUE DU PITYRIASIS ROSE DE GIBERT A L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO : ETUDE CAS TEMOIN

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de soutenance : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie de Bamako (F.M. OS) de l'université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (U.S.T.T.B)

Secteur d'intérêt : Dermatologie, léprologie, vénérologie

Résumé (Français) :

Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose aigue bénigne spontanément résolutive de cause inconnue. L'hypothèse d'une infection virale a été rapporté par certains auteurs cependant les étiologies restent méconnus. Plusieurs travaux ont décrit les profil epidemio clinique caractérisé par une éruption à type de médaillon de taille variable qui s'étend sur le tronc et les membres. Le but de ce travail était de décrire les facteurs de risque associé à la survenue du Pityriasis rosé de Gibert.

Nous avons réalisé une étude cas témoin d'une année. Le diagnostic reposait sur la clinique. Pour chaque cas deux témoins étaient appariés.

Au total 118 cas et 236 témoins ont été inclus. Les cas de sexe féminin représentaient 66% de l'échantillon. Les facteurs de risques identifiés étaient les infections notamment une rhinite ($P=0,007$), la notion de changement récent de cosmétique ($P=0,007$) ; le port de vêtement serré ($P=0,00001$).

Les facteurs infectieux corroborent les données de la littérature qui évoquent l'infection à HHV8 comme étiologie possible du PRG. Le changement récent de cosmétique, le port de vêtements serrés favorisent le stress oxydatif qui peut secondairement favoriser les dermatoses réactionnelles comme le PRG.

Une étude cohorte est nécessaire pour décrire les facteurs déterminants l'évolution de la maladie, la chronicité, les récurrences, le pronostic.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

ABSTRAT (English) :

Pityriasis rosea Gibert is a benign, acute dermatosis of unknown cause that resolves spontaneously. Some authors have suggested that it may be caused by a viral infection, but the etiology remains unknown. Several studies have described the clinical epidemiological profile, characterized by a medallion-like rash of varying size that spreads across the trunk and limbs. The aim of this study was to describe the risk factors associated with the onset of pityriasis rosea Gibert.

We conducted a one-year case-control study. The diagnosis was based on clinical findings. For each case, two controls were matched.

A total of 118 cases and 236 controls were included. Female cases accounted for 66% of the sample. The risk factors identified were infections, particularly rhinitis ($P=0.007$), recent changes in cosmetics ($P=0.007$), and wearing tight clothing ($P=0.00001$).

The infectious factors corroborate data in the literature suggesting HHV8 infection as a possible etiology of PRG. Recent changes in cosmetics and wearing tight clothing promote oxidative stress, which can secondarily promote reactive dermatoses such as PRG.

A cohort study is needed to describe the factors determining disease progression, chronicity, recurrence, and prognosis.

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

FICHE D' ENQUETE

Facteurs associés à la survenue du PRG a l' HDB

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Q1. N° de la fiche d' en : Date de
réception du malade :

Q2. CAS ☐ Témoins : ☐

Q3. Prénom : Nom :
.....

Q3. Age :

Q4. Sexe ☐

1. Masculin

2. Féminin

Q5. Profession ☐

1. Fonctionnaire

2. Ménagère

3.

Elève/ étudiant

4. Ouvrier

5. Enfant

6. Autres :

II. DONNEES CLINIQUES :

Q6. Traitement antérieur ☐

1. Oui

2. Non

Q7. Si traitement antérieur, précisé :

.....

Q8. Episode infectieuse récente ($\leq 1m$) ☐

1. Oui

2. Non

Q9. Si épisode infectieuse récente, précisé :

.....

Q10. Vaccination récente ☐

1. Oui

2. Non

3. Ne sais pas

Q11. Si vaccination récente, précisé (délai, type) :

Q12. Vaccination du PEV complète ☐

1. Oui

2. Non

3. Ne sais pas

Q13. Notion de voyage récent ☐

1. Oui

2. Non

Q14. Si notion de voyage récent :

A. Précisé la zone :

B. Délais entre le voyage et l' éruption :

.....

Q15. Notion d' atonie (UK Working party) ☐

1. Oui

2. Non

Q16. Notion de cas dans l' entour ☐

1. oui

2. Non

Q17. Friction cutanée :

1. Por ☐ serré

2. Habit Synthétique

3.

Filet pour lavage corporel

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

4. Non
- Q18. Notion de prise médicamenteuses ☐
1. Oui 2. Non
- Q19. Si notion de prise médicamenteuses ; précisé (délais, méd) :
.....
- Q20. Habitude cosmétique ☐
1. Savon sans odeur 2. Hydratant sans odeur
3. Savon avec odeur 4. Hydratant avec odeur 5. Parfum
- Q.21 Changement de cosmétique ☐
1. Oui 2. Non
- Q.22 Si changement de cosmétique précisé (produit, délai):
.....
- Q23. Habitude de vie ☐
1. The 2. Tabac 3. Café 4. Alcool
5. Cola 6. Aucun
- Q24. Utilisation de cataplasme (≤ 1 mo) ☐ :
1. Oui 2. Non
- Q25. Si utilisation de cataplasme p ☐ :
0. Aucun 1. Bain de feuille 2. Voie oral 3. Topique 4. Fumigation 5. Scarification
- Q.26. Toux ☐
1. Oui 2. Non
- Q27. Signe fonctionnel ☐
1. Prurit légère 2. Prurit modéré 3. Prurit intense
4. Lésions 5. Absent
- Q28. Mode de début ☐
1. Brutal 2. Progressif
- Q29. Localisation de la lésion i ☐ ale :
1. Visage 2. Cou 3. Thorax 4. Abdomen
5. Dos 6. Bras 7. Avant-bras 8. Main 9. Fesses 8. Cuisse 11. Autres
- Q30. Durée d' évolution en j ☐ : ; ☐ Ne sait pas
- Q31. Etendu des lésions (selon les 9 de WALLACE) : %
- Q32. Caractère évolutif :
1. Pigmentation ☐ inflammatoire 2. Eczématisation 3. Impétiginisations 4. Aucun
- Q33. Carie(s) dentaire ☐ :
1. Oui 2. Non
- Q34. NFS ☐
1. Oui 2. Non

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

Q35. Quelle(s) particularité(s) à la NFS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Q36. Biopsie cutanée ☐

1. Oui

2. Non

Q37. Résultat biopsie cutanée :

.....
.....

Facteurs associés à la survenue du PRG à HDB : Etude cas témoin

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux
lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les
secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser
le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de
classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales
contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que
j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !