

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de
la Recherche Scientifique

Université des sciences techniques et
Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2012-2013

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

L'ACNE DE LA FEMME NOIRE ADULTE A BAMAKO

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DE CES
DERMATOLOGIE – LEPROLOGIE – VENEREOLOGIE

Présentée et soutenue le.....2013 à.....Devant la faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Madame KEITA BINTA GUINDO**

Pour obtenir le certificat d'étude spécialisé en dermatologie – léprologie –
vénérologie (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Somita Keita

Membre : Professeur Habibatou Diawara Konaré

Codirecteur : Dr Adama Dicko

Directeur de mémoire : Professeur Ousmane Faye

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
1/ METHODOLOGIE.....	3
2/ RESULTATS.....	9
3 /ICONOGRAPHIE.....	22
4 / COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	25
5/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	30
6/ REFERENCES.....	32
7/ ANNEXES.....	34
• Fiche d'enquête	
• Outils	

ABREVIATIONS ET SIGLES :

ATCD : Antécédents

GEA: Global Evaluation Acné

UPCD : Utilisation des produits cosmétiques dépigmentants

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

ESPT : Etablissement Public à Caractère Scientifique et Technologique

FMC : Formation Médicale Continue

% : Pourcentage

IEC : Information Education Communication

OCCGE : Organisation pour la Coopération et la Coordination dans la lutte contre les Grandes Endémies.

MES REMERCIEMENTS VONT :

A tout le personnel du service de dermatologie, votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable, et il fait aussi bon d'être à votre compagnie ; merci pour tout, je vous serai reconnaissante.

A tous mes maîtres de stage : Pr Keita Somita, Pr Habibatou Diawara Konaré Pr Ousmane Faye, Dr Traoré Pierre, Dr Karim Coulibaly, Dr Adama Dicko, Dr Berthé Siritio. Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie : sans vous ce travail serait périlleux, je vous suis reconnaissante.

A mes collègues CES du service : Nous avons partagé tant de moment de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles !

A mes cadets du service : En témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail

A NOS MAITRES ET JUGES

A Notre Maître et président du jury

Professeur SOMITA KEITA

- **Professeur titulaire en dermato-lépro- vénéréologie,**
- **Chef du département dermato-lépro-vénéréologie à la FMPOS,**
- **Chevalier du mérite de la santé,**
- **Chef de service dermato-lépro-vénéréologie au CNAM.**

Votre sens de l'organisation, votre rigueur scientifique, votre simplicité et disponibilité constante nous ont fasciné et font de vous un maître admiré de tous.

Vos critiques seront les bienvenues et contribueront à son amélioration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de nos remerciements les plus respectueux.

A Notre Maître et juge Professeur Habibatou Diawara Konaré

- **Maitre de conférences à la FMPOS**
- **Chef de service de l'unité dermatologique de CHU Gabriel Touré**

Votre savoir, votre rigueur dans le travail, votre attention, sans pareils vis à vis des autres vous valent toute notre admiration.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de faire prendre à ce jury et ceux, malgré vos multiples occupations.

Recevez, à travers ce mémoire, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

A notre maitre et co-directeur de mémoire

Docteur ADAMA DICKO

➤ **Maitre Assistant à la FMPOS**

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la réussite de la dermatologie font de vous un maître exemplaire.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre Maître et directeur de mémoire : Professeur OUSMANE FAYE

- □ .Assistant chef de clinique à la FMPOS
- Chef de service de l'unité dermato-lépro-vénérologie au CNAM.
- Chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM)

Je ne trouverai certainement pas la formule idéale pour vous exprimer ma reconnaissance et mon entière gratitude.

C'est un privilège pour moi de bénéficier de votre encadrement. Votre disponibilité et votre engagement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants.

Votre rigueur scientifique, malgré vos multiples occupations, a contribué à la réussite de ce travail.

Veillez accepter ici l'expression de mon admiration.

Introduction

L'acné est une pathologie bénigne du follicule pilo-sébacé survenant fréquemment chez les jeunes adolescents au décours de la puberté [1]. La maladie évolue pendant quelques années et peut guérir soit spontanément, ou après un traitement anti acnéique autour de 20 ans. On parle d'acné de la femme adulte lorsque celle-ci survient au delà de 25 ans. Ce cas commence à constituer un motif fréquent de consultation dermatologique [2].

Le mécanisme étiopathogénique à l'origine de cette survenue tardive est mal élucidé. Celle-ci survient dans la continuité d'une acné juvénile ou d'une rechute d'acné juvénile ; on peut se poser la question de savoir si l'acné juvénile différerait de celle de la femme âgée au delà de 25 ans. La plupart d'études disponibles sont généralement focalisées sur l'acné juvénile. On a très peu de données sur les femmes âgées au delà de 25 ans et encore moins sur les populations noires africaines.

Le but de ce travail est d'étudier les aspects épidémio-cliniques de l'acné de la femme noire adulte.

OBJECTIFS GENERAUX :

Étudier les aspects épidémio-cliniques de l'acné observés chez les femmes noires adultes en consultation dermatologique au CNAM

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1. Déterminer le profil sociodémographique et épidémiologique des patientes inclus pour acné dont l'âge est supérieur à 25ans
2. Déterminer le profil clinique de l'acné chez ces femmes
3. Mesurer la gravité des lésions d'acné à l'aide de l'échelle GEA chez nos patientes.

2. Méthodologie

1. Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM).

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) rattaché au ministère de la santé. Il a été créé par l'ordonnance N 036 du 15 août 2001, ratifiée par la loi N 02-009 du 4 mars 2002 en lieu et place de l'institut Marchoux après la dissolution de l'OCCGE

Ses missions principales sont entre autre la formation médicale continue (FMC)

- La promotion de la recherche sur les maladies endémo-épidémiques,
- le maintien des acquis en matière de recherche, de formation et --
- l'appui aux structures périphériques sur la lèpre, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et SIDA (IST /SIDA), la vaccinologie, le paludisme, et les autres maladies endémo-épidémiques.

2. Type et durée d'étude : Il s'agissait d'une enquête transversale à visé descriptive de tous les cas d'acné survenus chez les femmes de plus de 25 ans dans le service de dermatologie du CNAM. L'étude a été menée de septembre 2012 – février 2013).

3. Echantillonnage

3.1 Définition des cas : Le diagnostic de l'acné étant en général clinique, nous avons défini comme cas d'acné toute femme de

carnation noire malienne non métissée âgée de plus de 25ans présentant une éruption faciale faite de microkystes et ou de comédons, de papules, pustules ou nodules.

3.2 Inclusion des malades

Ont été inclus tous les cas répondant à la définition ci-dessus.

3.3 Critères de non inclusion des malades:

- Ont été exclus :- Toutes malades dont l'âge était inférieur à 25ans,
- - tous cas survenu sur une peau métissée ou caucasienne
- - Toute maladie qui n'est pas acné

3.4 Nombre de sujets nécessaires :

Nous avons fait une inclusion systématique de toute patiente de peau noire âgée de plus de 25 ans consultant pour acné. Ainsi sur un total de 3200 patients nous avons reçu 61 cas, ce qui nous a permis d'avoir une prévalence de 1,9% durant les 6 mois

4. Collecte des données :

Toutes les malades retenus pour l'étude, ont fait l'objet :

- ✓ d'un examen clinique :
- ✓ L'interrogatoire recherchait : les données sociodémographiques, l'âge de début, la présence d'acné pendant l'adolescence, les habitudes cosmétiques, les poussées prémenstruelles ...etc.
- ✓ L'examen dermatologique qui portait sur la recherche des lésions d'acné, des signes d'hyperandrogénie. nous n'avons eu aucun problème d'éthique par rapport à la recherche des signes

d'hyperandrogénies tel que la pilosité abdominale losangique puisque toutes nos malades avaient une bonne coopération.

Les données étaient recueillies sur un questionnaire (cf annexe) ; l'examen durait en général 15 – 20 min selon le degré de coopération du malade

Le questionnaire administré à chaque malade comportait :

- **Les données sociodémographiques** à savoir : nom ; prénom ; âge ; date de naissance ; profession ; statut familial ; nombre d'enfant ; nombre de grossesse ; activité sexuelle ; origine géographique des parents ; phototype ; poids ; taille ; la consommation de tabac.
 - **Les données sur la santé** qui comportaient : âge des premières règles ; la régularité des règles ; patiente ménopausée ou non ; la prise de contraceptif ; la présence de signes d'hyperandrogénie ; les antécédents familiaux d'acné.
 - **Les informations sur l'historique de l'acné** : l'âge de début ; l'acné pendant l'adolescence ; la période sans acné après l'adolescence ; les poussées prémenstruelles.
 - **La gravité de l'acné à l'aide d'une échelle GEA** (Global Evaluation Acne) mise au point par le groupe Expert Acné [3]. Cette échelle est une évaluation morphologique de l'acné du visage a un moment précis. elle distingue 5 grades de sévérité et un grade 0 utile sur le plan de l'évolution thérapeutique pour définir un effacement complet des lésions. L'évaluation est basée sur la définition de chaque grade et illustrée de photographies.
- 0** Pas de lésion : une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents.

- 1 Pratiquement pas de lésions : rares comédons ouverts ou fermés dispersés et rares papules.
- 2 Légères : facilement identifiables. Moins de la moitié du visage est atteinte. Quelques comédons ouverts ou fermés et quelques papulo- pustules.
- 3 Moyenne : plus de la moitié du visage est atteinte. Nombreuses papulo-pustuleuses, nombreux comédons ouverts ou fermés. 1 nodule peut être présent.
- 4 Sévère : tout le visage est atteint, couvert de nombreuses papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules.
- 5 Très sévère : Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules.

Cette échelle est une évaluation morphologique de l'acné du visage à un moment précis. Elle ne prend pas en compte la présence ou non de cicatrices, l'atteinte éventuelle du dos et elle n'inclut pas les données de l'interrogatoire concernant l'histoire clinique.

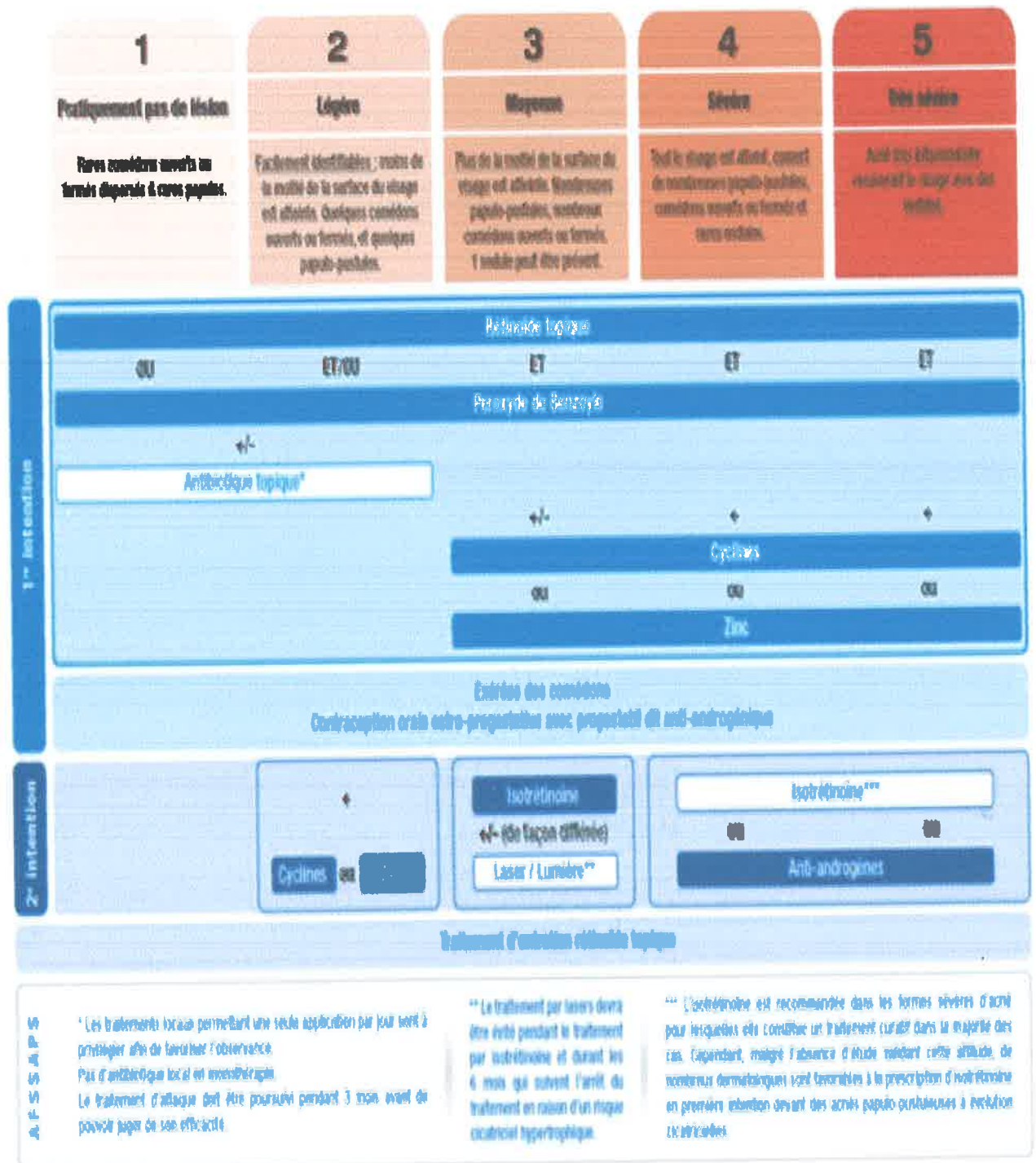
- **Les informations sur les habitudes cosmétiques** qui comportaient l'utilisation de crème hydratante du visage ; lait démaquillant ; fond de teint ; poudre ; produit capillaire gras ; le parfum ; la dépigmentation volontaire ; la dépigmentation thérapeutique

Toutes nos malades ont reçu :

- Un traitement selon les modalités de l'algorithme GEA. [4]
- Les informations sur les habitudes traumatisantes pouvant être cause de mauvaises cicatrices.

- Les informations et sensibilisations sur les habitudes cosmétiques comédogènes, dépigmentantes et parfumées

Algorithme du GEA (Groupe Expert Acne) [4]



ALGORITHME DU GEA (Groupe Experts Acné)

AUFFRET N., REVUZ J., POU F., FAWIN H., FAURE M., CHIVOT M., BEYLOT C., MOYSE D., DRENO B. Ann Dermatol Venerol 2011; 138: 23-29

5. Analyse des données :

Nous avons élaboré un masque de saisie avec un fichier CHECK sur le logiciel Epi info version 6. Ce qui a permis de saisir et d'analyser les données sur ce logiciel.

2 .RESULTATS

1. Données épidémiologiques

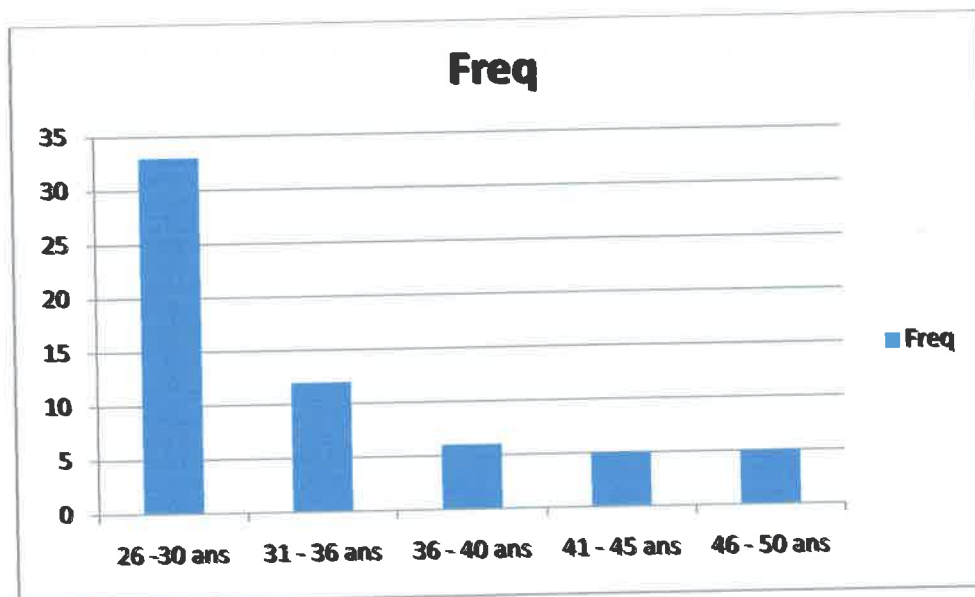
1.1. Fréquence de l'acné

De septembre 2012 à février 2013, 3 200 malades ont consulté dans le service de dermatologie du CNAM. Parmi ceux ci, nous avons noté 61cas d'acné .ce qui représente une prévalence de 1,9 % parmi les consultants

1.2. Les variables sociodémographiques :

Fig1 : Répartition des patientes selon l'âge

L'âge des malades variait de 26 – 50 ans avec une moyenne de 32,9 ans



La tranche d'âge de 26-30 ans était la plus représentée avec 54,1% des cas.

1.2.2. Tableau I : Répartition des patientes selon leur occupation

Occupation	Fréquence	pourcentage
Fonctionnaire	27	44,3%
Commerçante	14	23%
Ménagère	15	24,6%
Etudiante	5	8,2%
TOTAL	61	100%

Les fonctionnaires étaient les plus représentés avec 44,3% des cas

1.2.3. Tableau II : Répartition des patientes selon le statut marital

Statut marital	Fréquence	Pourcentage
Mariée	45	73,8%
Célibataire	14	23%
Divorcée	1	1,6%
Veuve	1	
Total	61	100%

Dans notre étude les mariées représentaient 73,8% de cas.

1.2.4. Tableau III : Répartition des malades selon la consommation du tabac

Tabac	Fréquence	Pourcentage
Non	55	90,2%
Oui	6	9,8%
Total	61	100%

La consommation du tabac était présente chez 9,8% de nos malades

2. Données sur le profil clinique des patientes

2.1. Tableau IV : Répartition des malades selon l'âge des Premières règles

Age des premières règles	Fréquence	Pourcentage
10 – 12 ans	13	21,3%
13 – 15 ans	37	60,6%
16 -18 ans	11	18,1%
Total	61	100%

L'âge des premières règles était compris entre **13 -15 ans** pour **60,6%** de nos patientes

2.2. Tableau V : Répartition des malades selon la régularité des règles

Règles régulières	Fréquence	Pourcentage
Oui	60	98,4 %
Non	1	1,6 %
Total	61	100%

Toutes nos patientes avaient des règles régulières sauf 1

2.3. Tableau VI : Répartition des malades selon l'activité génitale

Ménopause	Fréquence	Pourcentage
Non	59	96,7%
Oui	2	3,3%
Total	61	100%

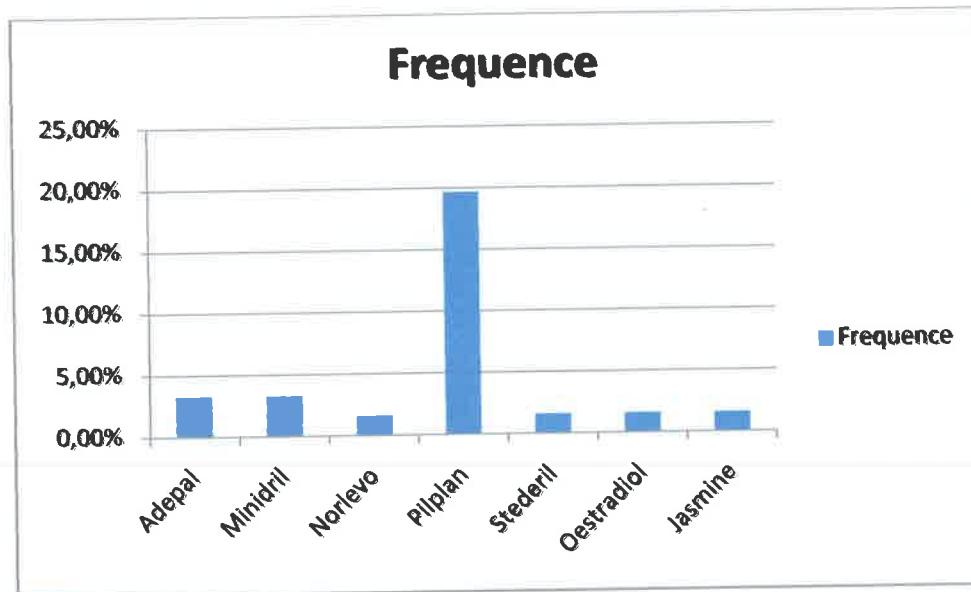
Dans notre série **3,3%** de nos patientes étaient déjà ménopausées

2.4. Tableau VII: Répartition des malades selon l'utilisation de la contraception orale

Contraception orale	Fréquence	Pourcentage
Non	41	67,2 %
Oui	20	19,67 %
Total	61	100%

Dans notre étude **19,67%** de nos patientes, étaient sous contraceptifs oraux

2.5. Figure 2 : Répartition des malades selon le type de contraceptif oral utilisé



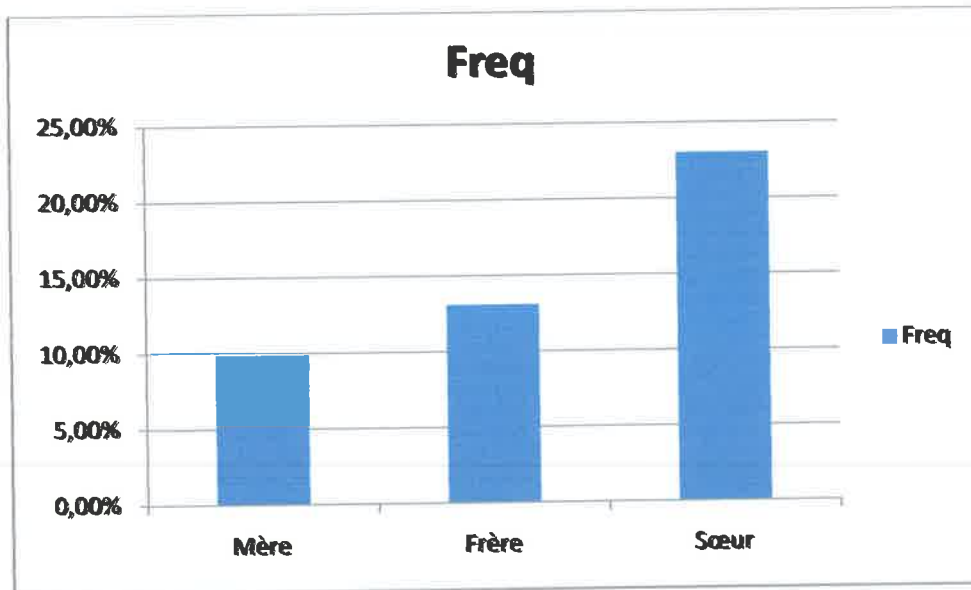
Pilplan était le contraceptif le plus utilisé par les utilisatrices de contraceptif oral (**19,67%**).

2.6. Tableau VIII: Répartition des malades selon la présence de la pilosité abdominale losangique à l'ombilic

Présence de Pilosité à l'ombilic	Fréquence	Pourcentage
Oui	16	26,2%
Non	45	73,8%
Total	61	100%

26,2% présentaient une hyperpilosité losangique jusqu'à l'ombilic soit environ 16 patientes

2.7. Figure3 : Répartition des malades selon l'existence d'antécédents familiaux d'acné

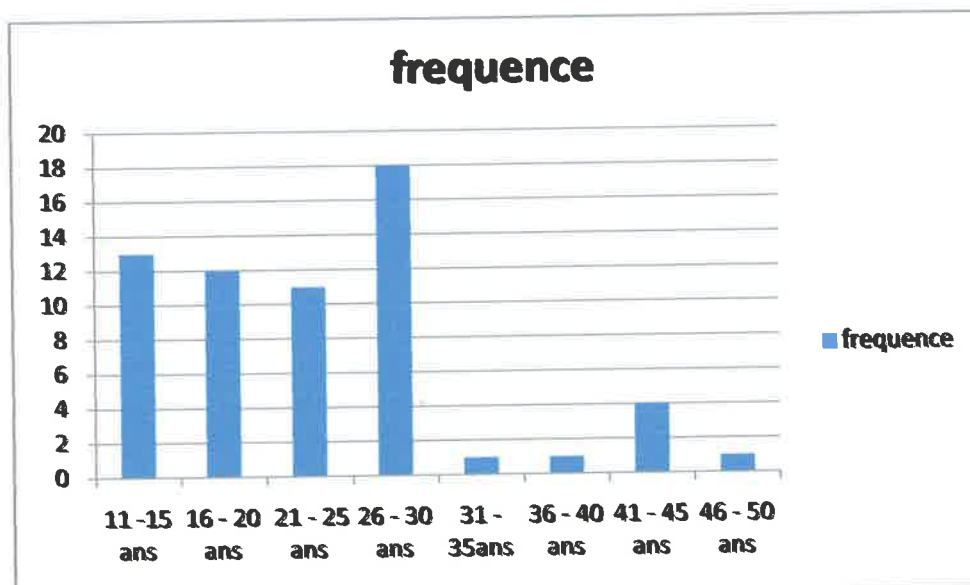


23% de nos patientes avaient au moins **une sœur** atteinte d'acné, 13,1% avaient **un frère** atteint, et 9,8% avaient **une mère** atteinte d'acné

3. Données sur l'historique

3.1. Figure 4 : Répartition des patientes selon l'âge de début :

L'âge de début d'acné variait entre 11 – 50 ans avec une moyenne de 23, 7 ans



29,5% de nos patientes avaient un **âge de début compris entre 26 – 30 ans.**

3.2. Tableau IX : Répartition des patientes selon la présence d'acné pendant l'adolescence

Acné pendant l'adolescence	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	37,7%
Non	38	62,3%
Total	61	100%

L'acné était présente chez 37,7% de nos patientes pendant l'adolescence ;

3.3. Tableau X : Répartition des malades selon l'absence d'acné après l'adolescence

Absence d'acné après adolescence	Fréquence	Pourcentage
Oui	16	26,2%
Non	45	73,8%
Total	61	100%

L'acné était absente chez 26,2% de nos patientes après l'adolescence

3.4. Tableau XI : Répartition des malades selon les poussées prémenstruelles d'acné

Poussée prémenstruelle	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	39,3%
Non	37	60,7%
Total	61	100%

Une poussée prémenstruelle de l'acné était retrouvée chez 39,3% de nos patientes.

4. Données cliniques

4.1. Tableau XII : Répartition des malades en fonction de la gravité des lésions

Grade GEA	Fréquence	Pourcentage
Grade 2	19	31,1%
Grade 3	32	52,5%
Grade 4	10	16,3%
Total	61	100%

52,5% de nos patientes avaient des lésions cotées au grade 3 GEA : c'est-à-dire **une acné modérée selon GEA**

31,1% avaient des lésions cotées au grade 2 GEA : c'est-à-dire **une acné légère**

et 16,3% des patientes avaient des lésions cotées au grade 4 GEA : **Acné sévère.**

4.2. Tableau XIII : Répartition des malades en fonction des lésions cliniques

Lésions cliniques	Fréquence	Pourcentage
Comédoniennes	19	31,1%
Inflammatoires	1	1,6%
Mixtes	41	67,2%
Total	61	100%

Les lésions mixtes représentaient **67,2%** des cas chez nos patientes

4.3. Tableau XIV : Répartition des malades en fonction des cicatrices :

4.3.1. Tableau XIV1 : Répartition des malades selon l'existence d'une pigmentation post-inflammatoire

Pigmentation post-inflammatoire	Fréquence	Pourcentage
Présente	51	83,6%
Absente	10	16,4%
Total	61	100%

La pigmentation post-inflammatoire était observée chez **83,6% de nos patientes**

4.3.2. Tableau XIV2 : Répartition des malades en fonction d'autres cicatrices associées

Autres cicatrices	Fréquence	Pourcentage
Atrophiques	23	37,7%
Hypopigmentées	27	44,3%
Hypertrophiques	10	16,4%
Aucune	1	1,6%
Total	61	100%

Les cicatrices Hypopigmentées étaient observées chez **44,3%** de nos patientes, les **cicatrices atrophiques** chez **37,7%** et les **cicatrices hypertrophiques** chez **16,4%** des cas.

4.4. Tableau XV : Répartition des malades en fonction des sites atteints

Autres localisations	Fréquence	Pourcentage
Visage seul	44	72,1%
Visage et autres sites :	17	27,9%
Dos (4)		(6,5%)
Poitrine (8)		(13,1%)
Poitrine et dos (4)		(6,5%)
Cou et poitrine (1)		(1,6%)
Total	61	100%

L'atteinte du visage représentait 72,1% des cas.

5. Données sur les habitudes cosmétiques

5.1. Tableau XVI : Répartitions des malades en fonction de l'utilisation de crème hydratante

Crème hydratante visage	Fréquence	Pourcentage
Jamais	5	8,2%
Occasionnelle	1	1,6%
Quotidien	55	90,2%
Total	61	100%

L'utilisation de la crème hydratante était quotidienne chez 90,2% de nos patientes.

5.2. Tableau XVII : Répartition des malades en fonction de l'utilisation de lait démaquillant

Lait démaquillant	Fréquence	Pourcentage
Jamais	37	60,7%
Occasionnelle	21	34,4%
Quotidienne	3	4,9%
Total	61	100%

L'utilisation du lait démaquillant était occasionnelle chez 34,4% de nos patientes.

5.3. Tableau XVIII : Répartition des malades selon l'utilisation de fond de teint

Fond de teint	Fréquence	Pourcentage
Jamais	15	24,6%
Occasionnelle	43	70,5%
Quotidien	3	4,9%
Total	61	100%

L'utilisation du fond de teint était occasionnelle chez 70,5% de nos patientes.

5.4. Tableau XIX : Répartition des malades selon l'utilisation de poudre

Poudre	Fréquence	Pourcentage
Jamais	19	31,1%
Occasionnelle	39	63,9%
Quotidien	3	4,9%
Total	61	100%

L'utilisation de poudre était occasionnelle chez 63,9% de nos patientes.

5.1.5. Tableau XX : Répartition des malades selon l'utilisation de produit capillaire gras

Produit capillaire gras	Fréquence	Pourcentage
Jamais	13	21,3%
Occasionnelle	38	62,3%
Quotidien	10	16,4%
Total	61	100%

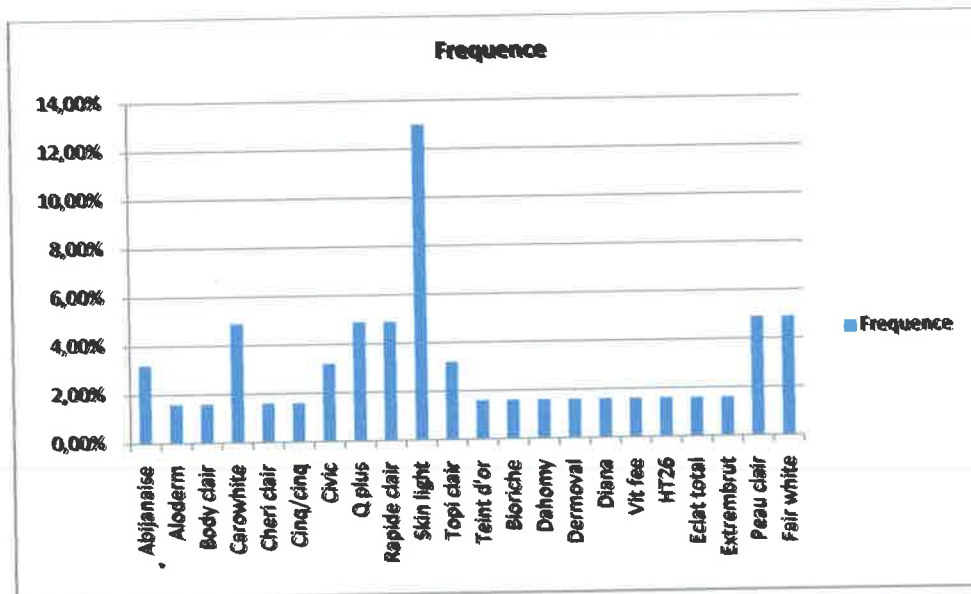
L'utilisation de produit capillaire gras était occasionnelle chez 62,3% de nos patientes.

5.2. Tableau XXI : Répartition des malades selon la pratique de la dépigmentation volontaire

Dépigmentation volontaire	Fréquence	Pourcentage
Oui	44	72,1%
Non	17	27,9%
Total	61	100%

La pratique de la dépigmentation était volontaire chez 72,1% de nos malades.

Figure5 : Distribution des cosmétiques utilisés chez nos malades



Skin light était le cosmétique le plus utilisé chez 13,1% des patientes

Un produit cosmétique éclaircissant à contenu d'hydroquinone

3. Iconographie



Figure1 : acné inflammatoire entretenue par les Manipulations perpétuelles (photos : Prof Faye)



Figure2 : acné microkystique avec multiples tâches pigmentées (photos : Prof Faye)



Figure3 : acné papulo-nodulaire (photos Prof Faye)



Figure4 : papulo-pustules, comédons et pigmentations post-inflammatoires chez une femme qui se dépigmente (photos : Prof Faye)



Figure5 : Cicatrices pigmentées après traitement (photos Prof Faye)

4. Commentaires et discussion

I Méthodologie

1. Prévalence de l'acné de la femme noire

Dans notre étude la prévalence de l'acné sur peau noire était de 1,9%. Cependant notre échantillon ne peut être considéré comme représentatif de la situation générale à cause de l'échantillonnage limité et de courte durée d'étude

Cette étude menée sur peau noire avait pour but d'obtenir une particularité de l'acné dans la population noire féminine au delà de 25 ans. Une étude comparative de l'épidémiologie de l'acné vulgaire et ses caractères cliniques chez les femmes dans différents groupes de races (les caucasiens, les asiatiques les indiens, les hispaniques et les afro-américains par AC Perkin et al [5] à Boston avait montré que la prévalence clinique de l'acné était plus élevée chez les afro-américaines et les hispaniques respectivement (37%, 32%) que les indiennes, les caucasiennes, et les asiatiques (23%, 24%, 30%).

2- données sociodémographiques

- ❖ **Age** : La tranche d'âge de(26-30)ans a été la plus représentée avec une moyenne d'âge de 32,9 ans : cela peut s'expliquer par le fait que c'est à cette tranche d'âge ou les jeunes femmes abusent beaucoup de l'utilisation des cosmétiques comédogène, ou dépigmentant par souci d'avoir une peau plus belle, brillante et éclatante , ou encore suite à une motivation esthétique avec une demande particulière à l'approche de la cérémonie de mariage. D'autres séries ont été rapporté par Goulden et al (la moyenne d'âge des consultants de 26,5 ans en1994 [6].et a définit l'acné tardive comme étant une acné qui

survient pour la première fois après l'âge de 25 ans retrouvé dans leur série chez 18% des femmes

❖ **L'âge de début** dans notre série était de (26 – 30) ans qui concordait à celui d'autres Séries [7 ,11] qui avaient défini l'acné de l'adulte comme étant une acné qui survient après 25ans et qui est retrouvé chez 38% de leurs patientes [11] et 18% dans l'étude de Goulden[7]

❖ **Sexe** : Nous avons choisi le sexe féminin parce qu'elles sont les plus fréquentes à consulter comme d'ailleurs pour toute affection cutanée surtout dans le cas de l'acné à cause du caractère affichant et donc responsable d'altération de la qualité de vie .Notre étude est similaire à celle F. Poli, B.Dreno [2] qui avaient également mené une étude sur l'acné de la femme adulte de plus de 25ans

❖ **Selon la profession**

La majorité de nos patientes était des fonctionnaires : soit 44,3% des cas, ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles ont un niveau de vie sociale élevé et un niveau d'éducation secondaire ou supérieure, donc une couche socioprofessionnelle à la quête de la perfection et de la femme idéale.

❖ **Selon le statut matrimonial :**

Les femmes mariées étaient les plus représentées dans notre série 73,8% des cas. Ceci peut s'expliquer par le contexte de l'étude puisqu'il s'agit de l'acné de la femme de plus de 25 ans ; la majorité des femmes africaines sont mariées à cet âge là.

3. Facteurs favorisants

❖ Consommation du tabac

Le tabac n'était pas un facteur favorisant dans notre étude nous n'avions pas trouvé de fumeuses actives, cela peut s'expliquer par le fait que notre culture n'admet pas la consommation du tabac chez les femmes, cela est considéré comme signe d'une mauvaise réputation de la femme en question. la consommation passive du tabac était présente chez 9,8% de nos patientes, elles inhalaient la fumée à travers leurs maris fumeurs. Contrairement à l'étude de F.Poli [2] qui avait trouvé 41,5 % de fumeuses actives. Une étude récente réalisée à Hambourg en Allemagne [8] chez 891 citadins âgés de 10 – 87 ans avait montré que 24,2% de la population d'étude était des fumeurs actifs et parmi eux 40,8% avaient des lésions d'acné et parmi les 50,8% des non fumeurs seulement 23,5% présentaient des lésions d'acné, et a conclu que le risque maximum d'avoir une acné s'obtient par l'association de trois facteurs : être un sujet jeune, de sexe masculin, être un fumeur actif

❖ Usage des contraceptives oraux

32,8% de nos patientes utilisaient les contraceptifs oraux avec $p > 0,005$ sans aucune différence statistique significative dans notre série. L'étude de Jemec GBE et al [9] réalisée en Suède a conclu que l'utilisation de contraceptif oral réduit la prévalence de l'acné chez les femmes

❖ **L'hyper pilosité abdominale losangique** était présente chez 26,2% de nos patientes et 55,7% avaient des règles régulières ; cependant nous n'avions noté aucune alopécie androgénique.

- ❖ **Habitudes cosmétiques** :la majorité de nos patientes utilisaient les produits cosmétiques de façon quotidienne ou occasionnelle : le lait démaquillant, le fond de teint ; la poudre, et le produit capillaire gras qui sont connus responsables de la survenue des lésions d'acné et la dépigmentation volontaire était observée chez 72,1% de nos patientes avec un pic d'utilisation de skin light chez 13, 1% une crème de beauté contenant d'hydroquinone. D'autres études ont été réalisées en ce sens [2,10, 14,15]
- ❖ **Les Poussées prémenstruelles** d'acné ont été observées chez 39,3% de nos patientes comparable à d'autres séries [2,10, 11] l'étude de F. poli qui avait rapporté dans sa série 78% des cas l'étude de Lucky[16]réalisée dans une population de femmes âgées de 18- 44 ans dans le but d'observer cliniquement à plusieurs moments donnés de deux cycles menstruels avait noté une augmentation des poussées prémenstruelles tant dans l'acné inflammatoire que comédonienne . L'investigation avait montré que : dans la phase lutéale tardive, chez 63% des femmes il y avait une augmentation de 25% de poussées inflammatoires prémenstruelles; et 54% des femmes avaient une augmentation de poussées comédoniennes prémenstruelles de 21%. Yi Sheng YU et al [11] ont rapporté 69% de poussées prémenstruelles d'acné

II Données Cliniques :

L'acné persistante a été observée chez 37,7% de nos patientes et l'acné tardive chez 26,2%. Nos séries vont dans le sens des études antérieures [2, 6, 7, 10,11,]. L'étude de F. poli [2] avait retrouvée 59% d'acné persistante et 41% d'acné tardive et a confirmé qu'il n'ya aucune différence clinique ou évolutive entre les deux types. Samia et al ont trouvé 50, 2% d'acné persistante [10] ; Goulden et al [6,7] dans leur série ont rapporté 82% d'acné persistante et 18% d'acné

tardive et enfin Yi sheng Yu et al [11] en Taiwan ont rapporté 87% d'acné persistante, 13% d'acné tardive en 2005

Gravité de l'acné : grade GEA : Dans notre étude, 52,5% de patientes avaient une acné modérée ; 31,2% avaient une acné légère ; 16,3% avaient une acné sévère. Notre série est similaire à celles

[7, 10] Samia et al qui ont également trouvé dans leur série : une acné légère chez 39,3% des patientes ; une acné modérée chez 49,3% des patientes et une acné sévère chez 11,4% des patientes sur une population d'étude de 169 femmes âgées de plus de 25 ans à Casablanca au Maroc .L'étude effectuée en Australie[13] avait également rapporté 81,2% d'acné légère ; 17% d'acné modérée et 1,8% d'acné sévère sur une population d'étude de 457 sujets âgés de plus 20 ans du centre victoria. Dans la plupart des données nous avons constaté que l'acné de la femme n'est sévère que pour une minorité de cas et est faite de lésions légères à modérées.

Les lésions cliniques mixtes étaient les plus observées chez 67,2% de nos patientes,.L'étude F. poli [2] avait rapporté que les lésions inflammatoires : 24 % des patientes avaient l'acné minime avec une moyenne de 1,3 lésion inflammatoire, 17% des patientes avaient une acné vraie avec une moyenne de 6,3 lésions inflammatoires et 49% avaient des cicatrices et ou des tâches pigmentées. Cependant dans notre série nous avons noté la pigmentation post inflammatoire chez 83, 6%de nos patientes, les cicatrices hypopigmentées, des cicatrices atrophiques et des cicatrices hypertrophiques respectivement chez (44,3%, 37,7%, 16,7%) des cas.

5. Conclusion et recommandations :

1. Conclusion : L'étude a porté sur l'acné de la femme noire adulte de plus de 25 ans dans le service de dermatologie du CNAM. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive sur une période de 6 mois. Ainsi nous avons inclus 61 malades suivant nos critères sur un total de 3200 consultants. Ce qui nous a permis d'obtenir une prévalence de 1,9%. La majorité de nos patientes était âgée de 26-30 ans. Parmi celles-ci 37,7% avaient l'acné pendant l'adolescence, les poussées prémenstruelles étaient observées chez 72,1% de nos patientes, les lésions étaient minimales chez 31,1% des cas et modérées chez 52,5% des patientes.

Cliniquement nous avons noté les lésions mixtes chez 67,2%, de lésions comédoniennes chez 31,1%, et de lésions inflammatoires chez 1,6% des cas. La pigmentation post-inflammatoire était observée dans 83,6% des cas, les cicatrices hypopigmentées, les cicatrices atrophiques et hypertrophiques étaient observées respectivement chez (44,3%, 37,7% ; 16,7%). La dépigmentation volontaire était pratiquée chez 72,1% de nos patientes avec pratique de différents cosmétiques associés, comme le lait démaquillant, le fond de teint, la poudre et le produit capillaire gras de façon quotidienne ou occasionnelle. Le tabac et les contraceptifs oraux n'étaient pas un de nos facteurs.

2. Recommandations :

1- Aux dermatologues du mali :

- Faire des campagnes d'information et de sensibilisation radiodiffusées et télévisées sur les méfaits de la dépigmentation volontaire qui est l'un des principaux facteurs favorisant de l'acné

2- Aux personnels de la santé :

- Référer le plus rapidement possible les cas d'acné vers les spécialistes

3- A la population :

- Eviter la dépigmentation volontaire et l'auto médication.
- Consulter rapidement un spécialiste en cas d'éruption persistante sur le visage.

6. Références bibliographiques :

- 1- J. H.SAURAT, E. GROSSHANS, P. LAUGIER, J. M. LACHAPELLE. Pathologie des glandes sébacées : l'acné. Précis et vénéréologie de dermatologie Masson 1986, Page 637 – 646.
- 2- Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. JEADV 2001; 15:541-5.
- 3-DRENO B, POLI F, PAWIN H, et al. Development and evaluation of a global acne severity scale (GEA scale) suitable for France and Europe. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2011 25:43-48.
- 4-Auffret.N, Revuz.J, Poli .F, Pawin. H, Faure .M, Chivot. M, Beylot .C, Moyse .D, Dreno .B. Algorithme du groupe GEA: Ann dermatol venereol 2011; 138:23 - 29
- 5- AC Perkins, CE Cheng, GG Hillbrand, K Miyamoto, AB Kimball: comparaison of the epidemiology of acne vulgaris among Caucasian, Asian, continental Indian and African American women journal of the European Academy Dermatology and Venereology 2010.
6. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. Br J Dermatol 1977; 41: 577-80.
7. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. J Am Acad Dermatol 1999, 41 :577 -80.
- 8- Schäfer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. Br J Dermatol 2001; 145: 100-4.

- 9-Jemec GBE, Linneberg A, Nielsen NH, Frolund L, Madsen F, Jorgensen T: Have oral contraceptives reduced the prevalence of acne? A population-based study of acne vulgaris, tobacco smoking and oral contraceptives. *Dermatology* 2002;204:179–184.
10. Benchikhi, Hakima ,Ouhazzou, Samia :Acné de la femme adulte ; étude de 169 cas à casablanca au Maroc . *Journal de la société dermatologique de la femme Egyptienne*, juillet 2011 volume 8 ; numéro2- P115- 117.
- 11- Yi-Sheng Yu, Yu-Wen Cheng, Wen Chieh Chen: Lifetime Course of Acne: A Retrospective Questionnaire Study in School Teachers From the Department of Dermatology, Chang Gung Memorial Hospital-Kaohsiung Medical Center, Chang Gung University College of Medicine, Taiwan Accepted for publication: September 20, 2007
- 12- Schäfer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol* 2001;145: 100-4.
13. Plunkett A, Merlin K, Gill D, Zuo Y, Jolley D, Marks R. The frequency of common non-malignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia. *Int J Dermatol*, 1999; 38 :901-8.
14. Mahé A, Blanc L, Halna JM, et al. Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants par les femmes de Bamako (Mali). *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:870-3
- 15 .Mahé A, Keïta S, Bobin P. Complication dermatologique de l'U P C D à Bamako (MALI). *Ann dermatol vénéréol* 1994 ; 121 :142-146.
- 16-Lucky AW. Quantitative documentation of a premenstrual flare of facial acne in adult women. *Arch Dermatol* 2004; 140: 423–424.

7 .Annexes

• FICHE D'ENQUETE

Adresse du service de dermatologie :

Nom du dermatologue :

Données démographiques

Nom (3 premières lettres):/...../...../ Prénom :/...../..... Photo :

Age (> 25 ans) : ans Date de naissance : | |

Profession :

Statut familial Célibataire : Mariée : Divorcée : Veuve :

Nombre d'enfants : |__|

Nombre de grossesse : |__| Date des grossesses : ...|...|...| ...|...|...|
...|...|...| ...|...|...|

Activité sexuelle Sans Rare Occasionnelle Régulière

Origine géographique des parents

Père :

Mère :

Phototype :

Poids (kg) : Taille (m)

Tabac Oui Non

Si oui, Nombre cigarettes/jour :

Depuis combien d'années :

Questionnaire santé

Age des premières règles :

Règles régulières Oui Non

Si non, cycle long > 30 jours Oui

Non

Ménopausée Oui Non

Si oui, THS Oui Non

Contraceptif oral Oui Non Lequel (DCI) :

Autre Contraceptif Oui Non Lequel:

Hyperpilosité abdominale losangique Oui , jusqu'à l'ombilic : Non

Alopécie androgénique franche Oui Non

Hyperpilosité autres zones : Oui Non

Si oui, localisation : ancienneté :

Antécédents familiaux d'acné : Père : Mère : Frères (Nb): Sœurs (Nb): ...
Aucun :

Historique de l'acné

Age de début:

Acné pendant l'adolescence Oui Non

Période sans acné après adolescence Oui Non

Poussées prémenstruelles Oui Non

Gravité de l'acné : grade GEA: Cochez les zones atteintes sur le dessin.

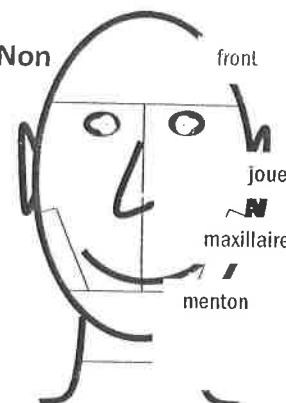
Prédominance comédonienne : Prédominance inflamma: Mixte :

Pigmentations Post Inflammatoires : Si oui, grade GEA :

Autre cicatrices : hypopigmentées : atrophiques hypertrophiques

Autre localisation d'acné Oui Non

Si oui, la(es) quelle(s) :



Habitudes cosmétiques

❖ Crème hydratante visage (nom commercial) : Usage quotidien occasionnel jamais

Nb d'application par jour :

❖ Lait démaquillant (nom commercial) : Usage quotidien occasionnel jamais

❖ Fond de teint : Usage quotidien occasionnel jamais

❖ Poudre : Usage quotidien occasionnel jamais

❖ Produit capillaire gras : Usage quotidien occasionnel jamais

❖ Dépigmentation volontaire : Oui Si oui, laquelle : Si oui, depuis quand :
Non

Contient un dermocorticoïde Oui Non Si oui lequel.....

Contient de l'hydroquinone Oui Non

❖ Dépigmentation thérapeutique Oui Non Si oui, laquelle :.....

❖ Remarques.....

• Outils

ACNÉ Echelle GEA*



0

Pas de lésion

Une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents.



1

Pratiquement pas de lésion

Rares comédons ouverts ou fermés dispersés et rares papules.



2

Légère

Facilement identifiable : moins de la moitié du visage est atteinte. Quelques comédons ouverts ou fermés, et quelques papulo-pustules.



3

Moyenne

Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte. Nombreuses papulo-pustules, nombreux comédons ouverts ou fermés, 1 nodule peut être présent.



4

Sévère

Tout le visage est atteint, couvert de nombreuses papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules.



5

Très sévère

Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules.

* Development and evaluation of a Global Acne Severity Scale (GEA Scale) suitable for France and Europe. B. Dreno et al. J. EAU 2010 Article in press

** Algorithmie de traitement de l'acné juvénile. A. Duhot et al. Annals de Dermatologie et de Vénérologie 2010 Article in press.

Résumé:

Les objectifs de notre étude étaient de décrire les aspects épidémiocliniques observés chez 61 patientes de peau noire âgées de plus de 25 ans. Ainsi sur un total de 3200 consultants, il a été dépisté 61 patientes ; ce qui représentait une prévalence de 1,9%. L'âge des patientes variait de 26 à 50 ans avec une moyenne d'âge de 32,9 chez 54,1% des patientes, l'âge de début était compris entre 26 et 30 ans ; l'acné persistante a été observé chez 37,7% des cas et l'acné tardive dans 26,2% des cas. L'âge des premières règles était compris entre 13 – 15 ans chez 60,6% des malades et 55,7% avaient un cycle menstruel régulier ; 26,2% de nos patientes avaient une hyperpilosité jusqu'à l'ombilic.

52,5% de nos patientes avaient une acné légère selon le grade GEA ; 31,1% avaient une acné modérée ; et 16,3% des patientes avaient une acné sévère avec une prédominance mixte des lésions (comédons, papules, pustules, nodules.) chez 67,2% de nos patientes. La pigmentation post-inflammatoire était observée chez 83,6% des patientes ; les cicatrices hypopigmentées, atrophiques, et hypertrophiques étaient observées respectivement chez 44,3%, 37,7% et 16,4% de nos patientes. La dépigmentation volontaire était pratiquée chez 72,1% de nos patientes avec un pic d'utilisation de skin light chez la majorité des patientes ; d'autres cosmétiques comme la crème hydratante visage, le lait démaquillant, la poudre , le fond de teint, le produit capillaire gras étaient aussi utilisé par nos patientes de façon quotidienne et ou occasionnelle. Les contraceptifs oraux, le tabac ne faisaient pas partir de nos facteurs favorisants.