



Ministère des Enseignements

République du Mali

Secondaire, Supérieur et de la
- Une Foi

Recherche Scientifique
UNIVERSITÉ DE BAMAKO



Un Peuple – Un But

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../

Thèse

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE
L'ACNE DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE
DU CHU GABRIEL TOURE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Fousseine TRAORE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr. Abdoulaye AG RHALY

Membre : Pr. Sounkalo DAO

Dr. Idrissa Ahmadou CISSE

Directeur: Dr. KONARE Habibatou DIAWARA

DEDICACES

DEDICACES

Après avoir rendu grâce à Allah le Tout-puissant le Miséricordieux je dédie ce modeste travail à:

Mon père **Gaye**

C'est toi qui m'as dit de prendre ce train et tu m'as conduit jusqu'à la gare. Sans toi je suis convaincu que je ne serai pas là aujourd'hui.

Toute mon estime.

Ma mère **Fatoumata Sacko**

Tu as tant souffert et je sais que tu souffres tant pour moi, mais saches que ta patience ne sera pas vaine.

Maman je t'aime.

Ma mère **Awa Gassama**

Toi aussi tu as tant souffert pour moi et tu souffres tant pour moi, mais saches également que ta patience ne sera pas vaine.

Mère je t'aime

Ma petite sœur **Kandji**

A la gare tu étais là ; pendant tout le voyage tu m'as soutenu et aujourd'hui encore tu es là. Toute ma vie je te serai reconnaissant.

Ma petite soeur.

Ma grande mère Feue **Assamoula Gassama**

Tout ce qui m'attriste c'est que tu ne sois pas présente aujourd'hui.

Que ton âme repose en paix.

Mon oncle **Demba Traoré**

J'espère qu'un jour je serai aussi gentil et drôle comme tu l'aies.

Respect.

Mes frères et sœurs **Waly, Assamoula, Haby, Demba, Idrissa, Diaby, Diadié, Khamana, Médicoulé, Bidia, Bambi et Souboulou.**

Que ce même sang qui circule dans nos veines nous unis

JE REMERCIE

La famille du Docteur KONARE Habibatou Diawara :

Pour la sympathie et l'amitié

Toute ma reconnaissance

Tous mes camarades et/ou amis Cheick Amala Doumbia, Tany koné, Bassirou Sanogo, bréhima Samaké, Déllé Oumar Guindo, Dian Diallo, Sory Coulibaly, Zié Coulibaly, Makan Keita, Oumar Dao, Oumar Dembélé, Fifi Timbo, Mariam Bagayogo, Oumou Sacko, korotoumou Diarra, Korotimé Karambeta, Fatoumata Dao.

Sans vos conseils et vos encouragements je suis sûre que je n'en serai pas là aujourd'hui.

Tous les agents du CSCOM de Kalaban-Coura (docteur Samaké, docteur Baye, docteur N'Golo, Issa, Djénéba, Seydou, Djélika, Boua, Oumou, Nana, Maman, Awa, Koro, Diané, Dah, Ténin, Assa, Amadigué, Bakary, Aminata, Madame Diallo, Petit Guindo,)

Merci beaucoup.

Tous mes collègues de l'hôpital Gabriel Touré du service de dermatologie.

Vous êtes formidables

Tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin.

Je ne vous oublierai jamais.

Je ne saurai terminer sans rendre hommage à mon amour Néné sa nièce Maï et son ami Macou qui m'ont soutenu tout le long de ce travail. **Merci beaucoup**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

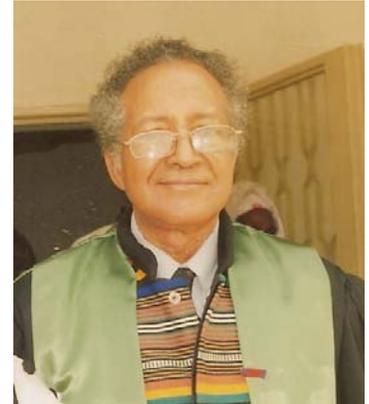
Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Aux Membres du Jury

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

**Professeur titulaire en Médecine interne ;
Ancien Directeur Général de l'INRSP ;
Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE ;
Secrétaire Permanent du Comité d'Ethique National pour la
Santé et les Sciences de la vie ;
Chevalier de l'Ordre International des Palmes Académiques
du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement
Supérieur**



Vous nous avez fait honneur en acceptant d'être le président du jury de ce travail. Votre modestie et votre rigueur scientifique pour l'encadrement des étudiants nous ont beaucoup émerveillés. Votre éloquence qui nous fait rêver, fait de vous un enseignant hors du commun.

Acceptez ici nos sincères remerciements

A notre Maître et Juge

Professeur Soukalo DAO



**Maître de conférence à la FMPOS ;
Responsable de l'Enseignement des maladies infectieuses à la
FMPOS.**

En acceptant de siéger dans ce jury, vous nous avez fait honneur. Votre rigueur, votre souci du travail bien fait, font de vous une élite. Votre simplicité et votre expérience font de vous une personne ressource, une référence.

Nous vous remercions beaucoup

A notre Maître et Juge

Docteur Idrissa Ahmadou CISSE

Maître Assistant à la FMPOS ;

Spécialiste en Médecine tropicale et parasitaire ;

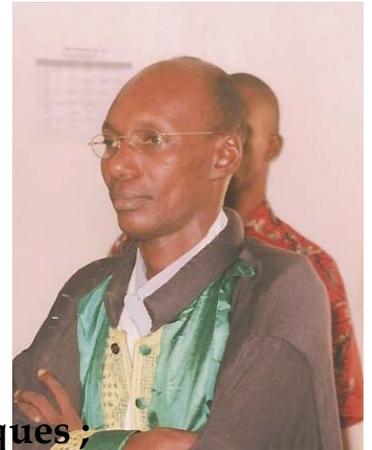
Spécialiste en Endoscopie digestive ;

Spécialiste en Dermatologie ;

Spécialiste en Rhumatologie et Maladies systémiques ;

Chargé des cours de Rhumatologie à la FMPOS ;

Chef du service de Rhumatologie du CHU du Point G.



Votre présence dans ce jury nous réconforte. Votre facilité de transmettre les messages nous ont beaucoup marqué et sera pour nous un modèle.

A notre Maître et Directrice de thèse

Docteur KONARE Habibatou DIAWARA

Spécialiste en Dermatologie ;
Maître Assistant à la FMPOS ;
Chef de service de la Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE.



Vous nous avez confiés ce travail. Je ne trouverai certainement pas la formule pour vous exprimer ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour votre soutien total tout au long de ce travail.

Votre simplicité, votre capacité d'écoute, votre rigueur scientifique et sans doute votre constante disponibilité ont beaucoup contribué à la qualité de ce travail.

Votre désir de servir le pays, votre caractère sociable font de vous une référence.

Cher maître, retrouvez à travers ces quelques phrases l'expression de ma profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALAT : Alanine Aminotransférase

ASAT :Aspartate Aminotransférase

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DHEA : DeHydroepiandrosterone

DHT : Dihydrotestosterone

DHT-RC :Dihydrotestosterone-Recepteur Cytosolique

EA : Effectif Absolu

E N I : École national d'ingénieur

FSH: Hormone folliculo stimulante

HGT: Hopital Gabriel Toure

LH: Hormone Luteinisante

mg: Milligramme

mm : Millimètre

ng : nanogramme

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SUC : Service Urgence Chirurgicale

U P C : Utilisation de Produits Cosmétiques

SOMMAIRE

A- INTRODUCTION	1
➤ OBJECTIFS	
B- GENRALITES	6
I- INTRODUCTION	7
II- CLINIQUE DE L'ACNE	11
1- Lésions élémentaires de l'acné	11
a- Séborrhée	11
b- Comédons	11
c- Microkystes	11
d- Papules	12
e- Pustules	12
f- Nodules	12
g- Autres lésions élémentaires secondaires	12
2- Tableau cliniques de l'acné	12
a- Acné papulopustuleuse	13
b- Acné rétentionnelle	14
c- Acné nodulaire	14
d- Acné fulminans	15
e- Acné inversa	15
3- Formes étiologiques particulières de l'acné	16
a- Acné néonatale et infantile	16
b- Acné médicamenteuse	17
c- Acné exogène	18
d- Acné féminine tardive	19
e- Acné excoriée des jeunes filles	20
f- Acné nævus	20
g- Acné liée au caryotype XYY	21
h- Acné associée à l'intérieur par le virus de l'immunodéficience humaine(VIH)	21

III- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE L'ACNE	21
a- Acné de la face	21
b- Acné du tronc	22
c- Acné d'autres localisations	23
IV- COMPLICATIONS DE L'ACNE	24
1- Complications locales	24
a- Cicatrices	24
b- Oedème faciale induré	25
2- Rhumatisme acnéique	25
VI- TRAITEMENT DE L'ACNE	26
1- moyens thérapeutiques	27
1-1- Traitement local	27
1-2- Traitement systémique	28
1-3- Prophylaxie	28
2- indications thérapeutiques	28
2-1- Local	28
2-2 Systémique	29
2-3 Situations particulières	32
3- effets indésirables	33
3-1- Traitement local	33
3-2- Traitement systémique	34
4- suivi des patients	34
5- résultats	35
C- METHODOLOGIE	38
1- Cadre d'Etude	39
1-2. Situation géographique	39
1-2. local	39
2- Type d'étude	40
3- Période d'étude	40

4- Echantillonnage	40
4-1. Critères d'inclusion	40
4-2. Critères de non inclusion	40
5- Plan du travail	40
5-1. Fiche d'enquête	40
5-2. recueil des données	40
6- Support des données	40
7- Aspect Ethique	40
8 - Traitement et analyse des données	41
<u>D- RESULTATS</u>	<u>42</u>
I- Résultats socio-demographiques	43
II- Résultats cliniques	47
<u>E- COMMENTAIRES ET DISCUSSION</u>	<u>51</u>
I- Commentaires de la méthodologie	52
1- cadre de l'étude	52
2- échantillonnage	52
II- Commentaires des résultats	52
1-données sociodémographiques	52
2- données cliniques	54
<u>F- CONCLUSION</u>	<u>55</u>
<u>RECOMMANDATIONS</u>	<u>57</u>
<u>G- REFERENCES</u>	<u>59</u>
ANNEXE	64

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'acné désigne des lésions folliculaires qui surviennent à l'adolescence et qui sont liées à la séborrhée et à la formation des comédons.

C'est une maladie extrêmement fréquente, affectant 90 % des adolescents, mais seulement 30 à 20 % d'entre eux nécessitent le recours à un avis médical et 1 % de ceux-ci (3 à 4 % chez les hommes et 0,4 % chez les femmes) pose des problèmes de prise en charge.

L'acné commence généralement à l'approche de la puberté. Les lésions folliculaires caractéristiques sont précédées par la survenue d'une séborrhée. La puberté sébacée est généralement plus précoce que la puberté génitale et notamment chez les filles la peau peut devenir grasse et boutonneuse, bien avant l'âge des premières règles, dès l'âge de 8 à 9 ans. Ce qui peut aussi constituer un facteur prédictif de gravité. L'acné devient manifeste plus tardivement, 12 ans chez les filles, 13 ans en moyenne chez les garçons. [1]

L'évolution est spontanément régressive dans la majorité des cas ; la genèse spontanée est généralement atteinte avant l'âge de 20 ans dans le sexe masculin ; dans le sexe féminin l'acné peut se prolonger. Cette évolution ne comporte pas vraiment d'explication : la prise de contraceptifs oestro-progestatifs et l'usage de produits cosmétiques gras peuvent contribuer à aggraver et à pérenniser les lésions [1].

En France c'est la raison la plus fréquente de consultation en pratique dans les cabinets privés dermatologiques selon une étude effectuée entre 1996-2000. Selon cette même étude l'acné est un état commun affectant 8 % des jeunes entre 12-18 ans [2].

Gathé A. Obengui, Ibara JR du service de dermatologie du CHU de Brazzaville au Congo ont mené une étude prospective en 2005 qui a permis de conclure que l'acné était le motif le plus fréquent de consultation chez les femmes pratiquant

la dépigmentation. Des résultats superposables ont été retrouvés à Dakar d'après une étude similaire. [3]

Tchangai Walla K, et collaborateurs ont mené une étude en 1997 à Lomé et ont conclu que l'utilisation des produits dépigmentants est un facteur favorisant dans la survenue des dermatoses, surtout l'acné [4].

Mahé A., Keita S. et collaborateurs à Bamako en 1994 ont mené une étude sur l'utilisation des produits dépigmentants ; ils ont conclu que cette pratique engendre plusieurs complications et particulièrement l'acné, dont l'apparition est liée à l'emploi des dermocorticoïdes [5].

Un souci primordial de la femme est sans doute celui d'avoir une peau belle et éclatante. Le visage étant la partie la plus visible du corps, renseigne sur l'âge, l'humeur ; il est tout à fait légitime d'y prêter une attention particulière. C'est à la recherche de la brillance de la peau, de son éclat, de sa beauté, que beaucoup d'individus pratiquent la dépigmentation, malgré toutes les conséquences néfastes qu'elle engendre ; parmi elles l'acné.

Le Mali est un pays, où, de plus en plus l'usage par les jeunes femmes, des produits cosmétiques, particulièrement dépigmentants, à base d'hydroquinone et de dermocorticoïdes est à la hausse [5].

Face à cette situation nous avons jugé opportun, de mener une étude sur l'acné, qui est l'une des complications dermatologiques de l'application prolongée et abusive de corticoïdes locaux.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif Général :

- Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques de l'acné au Mali

2-Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'acné
- Déterminer les facteurs favorisants
- Décrire les différentes formes cliniques

GENERALITES

GENERALITES

I- Introduction:

1.1- Définition:

Le terme « acné », conformément aux recommandations de la commission de terminologie [6], doit dorénavant prévaloir pour désigner les lésions folliculaires qui surviennent à l'adolescence et qui sont liées à la séborrhée et à la formation de comédons. Le terme « acné vulgaire » est à rejeter en raison de l'imprécision de l'adjectif accolé au mot acné et de la nécessité de ne mettre qu'un terme par maladie nosologiquement identifiée. Il n'y a qu'une acné et ceci devrait aussi mettre fin à l'usage de termes comme « acné rosacée », qui désigne de façon erronée une autre maladie nosologiquement non apparentée.

1.2- Fréquence :

L'acné est une maladie excessivement fréquente, affectant à des degrés de gravité variables 90% des adolescents, mais seulement 10 % d'entre eux nécessitent le recours à un avis médical, et 1 de ceux-ci (3 à 4% chez les hommes et 0,4% chez les femmes) pose des problèmes de prise en charge. [7]

1.3- Les facteurs favorisants :

En dehors de la survenue de quelques cas d'acné néonatale, l'acné commence généralement aux approches de la puberté. Les lésions folliculaires caractéristiques sont précédées de la survenue d'une séborrhée : la puberté sébacée est généralement plus précoce que la puberté génitale, notamment chez les filles, dont la peau devient grasse et boutonneuse bien avant l'âge des premières règles, vers l'âge de 8-9ans : ce qui peut être, un facteur prédictif de gravité. L'acné apparaît plus tardivement chez les garçons : 12-13ans.

1.4- Modalités évolutives :

L'évolution est spontanément régressive dans la majorité des cas : avant 20ans pour le sexe masculin ; pour le sexe féminin l'acné a tendance à se prolonger jusqu'à l'âge de 22-25ans. Cette évolution prolongée ne s'explique pas.

La prise de contraceptifs œstroprogestatifs, le tabagisme et l'application des produits cosmétiques gras peuvent contribuer à pérenniser les lésions folliculaires. Il y a une relation, de cause à effets, entre la consommation quotidienne de la cigarette, la prévalence et la gravité de l'acné commune. [8]. Le rôle aggravant du tabagisme est démontré dans l'acné inversée [9]

II- Physiopathologie de l'acné

Dans la genèse des lésions élémentaires de l'acné interviennent essentiellement trois facteurs : la séborrhée, la kératinisation infundibulaire, les activités de la flore microbienne des infundibulums pilaires et les autres facteurs de l'inflammation folliculaire.

Séborrhée

La condition nécessaire à la formation de lésions d'acné est l'hypersécrétion sébacée. Les glandes sébacées sont sous contrôle de divers stimulus androgéniques et l'on considère généralement que la sécrétion du sébum est déclenchée et entretenue par la testostérone libre d'origine testiculaire d'une part, la DHEA et la Δ 4-androstènedione d'origine surrénalienne d'autre part, la surrénale étant la principale source d'androgènes chez la femme. Chez les filles prépubères ayant une acné comédonienne, il existe une augmentation significative du taux de sulfate de DHEA, par rapport aux filles de même âge sans acné précoce [10]. Dans l'acné constituée, si l'on se réfère aux taux sériques et urinaires des androgènes on ne trouve cependant plus aucune différence significative entre un sujet normal et un sujet acnéique de même âge et de même sexe. Le fait qu'il y ait des adolescents acnéiques et normaux est lié à la réceptivité éminemment variable des glandes sébacées d'un individu à l'autre. Elle a pour substrat la présence dans les cellules sébacées d'un équipement enzymatique permettant de convertir les précurseurs androgéniques en métabolites directement actifs sur la biosynthèse de matériel lipidique sébacé : ces enzymes sont la 17β -hydroxystéroïde déshydrogénase, la 3β -hydroxystéroïde déshydrogénase et surtout la 5α -réductase ; l'effecteur

biologique endocellulaire élaboré par ces enzymes est la dihydrotestostérone (DHT) qui constitue le stimulus hormonal sélectif de la synthèse du sébum.

Deux modèles pathologiques sont récemment venus éclairer la régulation intracellulaire de la sécrétion sébacée : dans l'insensibilité complète aux androgènes, il y a une absence du récepteur cytosolique de la DHT (DHT-RC) et une absence de sécrétion sébacée ; dans le déficit en 5 α -réductase, la sécrétion sébacée est paradoxalement normale. Il y a en fait deux isoenzymes : la 5 α -réductase type 1 qui prédomine dans les glandes sébacées et la 5 α -réductase type 2 qui intéresse les territoires sexuels différenciés. Le déficit en 5 α -réductase concerne le type 2 et met en relief le rôle exclusif de l'isoenzyme 1 dans le métabolisme sébocytaire des androgènes.

Kératinisation infundibulaire [7]

La formation du comédon relève d'un processus de kératinisation vraie, de type épidermoïde, pauvre en corps d'Odland (kératinosomes) de la partie profonde de l'infundibulum ou infra-infundibulum des follicules sébacés, que Kligman considère comme le « théâtre de l'acné ». Il s'agit d'une hyperkératose de prolifération et de rétention compacte à la constitution de laquelle contribuent :

- l'augmentation de l'activité mitotique et de la cinétique cellulaire dans la paroi du follicule ;
- la rétention de la kératine infra-infundibulaire ;
- l'action directe des androgènes sur la kératinisation infra-infundibulaire : dans cette partie du follicule les cellules épithéliales ont comme les cellules sébacées une augmentation de l'activité de l'isoenzyme 1 de la 5 α -réductase leur permettant de convertir à leur profit la testostérone en DHT [11] ; ceci permet de comprendre pourquoi dans les acnés pré pubertaires on observe précocement des comédons avant l'enrichissement en acides gras du sébum et l'augmentation des propionibactéries infundibulaires ;
- un éventuel déficit folliculaire en acide linoléique et un effet stimulant direct de l'interleukine-1 sur cette hyperkératinisation.

Microbes et facteurs de l'inflammation [7]

Normalement, le sébum sécrété est excrété vers la surface de la peau où il contribue à former le « film lipidique de surface ». Lors de son excrétion, sa composition chimique change et il s'enrichit en particulier, jusqu'à 30% de son poids, en acides gras libres. Cette hydrolyse des triglycérides est le fait de la flore diphtéroïde anaérobie des infra infundibulums des follicules sébacés (*Propionibacterium acnés*). Les autres éléments de la flore microbiologique de l'acné, les staphylocoques blancs et les levures du genre *Malassezia*, interviennent nettement moins.

Le rôle de *Propionibacterium acnés* est très certainement indirect et repose sur les faits suivants :

- les traitements antibiotiques sont efficaces dans l'acné, mais avec des durées d'administration qui dépassent de loin les délais habituels pour éradiquer une bactérie ; le facteur bactérien n'est donc pas seul en cause ;
- les pustules de l'acné sont souvent stériles ;
- même dans les lésions récentes, l'isolement du germe par culture est peu important ;
- au sein des volumineux nodules inflammatoires de l'acné, on trouve peu de bactéries ;
- quand on injecte expérimentalement *P.acnes*, on ne peut pas reproduire de lésions acnéiques, mais seulement une zone inflammatoire;
- la colonisation des lésions est identique, que ces dernières soient inflammatoires ou non.

P.acnes et, dans une moindre mesure, *P.granulosum* agissent dans le processus inflammatoire par divers mécanismes : hydrolyse des triglycérides en acides gras libres, induction d'anticorps dirigés contre des déterminants polysaccharidiques des bactéries, activation du complément et chimiotactisme neutrophilique direct ou par la voie d'activation du complément.

III- Clinique de l'acné : [7]

3.1 Les lésions élémentaires :

3.1. a- Séborrhée :

Elle est la condition préalable au développement des lésions acnéiques. La peau au toucher est grasse, elle a un aspect huileux et brillant, surtout sur le nez, le front, les joues et la région thoracique supérieure. Il existe d'autres régions séborrhéiques, où les lésions d'acné n'apparaissent que rarement : le cuir chevelu et les concavités des pavillons auriculaires. Quand la séborrhée est intense, elle est dite huileuse, fluente et elle peut être associée à une mauvaise odeur rance

3.1. b- Comédons :

Ce sont les points noirs ou petits bouchons cornés de 1 à 3 mm situés dans les orifices des follicules sébacés. Ces comédons sont faciles à expulser par la pression des doigts ou d'un tire comédon : ils apparaissent dans ce cas sous la forme de petits filaments gras, compacts, de couleur jaunâtre avec une extrémité noire. La couleur noire de la partie externe du comédon est due à l'oxydation des graisses et au dépôt de mélanine provenant de l'épithélium infundibulaire entourant le comédon. Les comédons peuvent s'expulser spontanément et ils ne sont que rarement le siège de phénomènes inflammatoires. Ils siègent dans les zones les plus séborrhéiques, y compris dans les conques auriculaires.

3.1. c- Micro kystes : [7]

Ce sont de petites élevures blanches (points blancs) de 2-3 mm siégeant aux mêmes localisations, préférentiellement sur les joues et le menton. Ils correspondent à l'accumulation, dans l'entonnoir fermé d'un follicule sébacé, de sébum et de kératine mélangés à des colonies bactériennes. Ce sont les véritables bombes à retardement de l'acné ; ils peuvent s'ouvrir et évoluer comme des comédons, ou être le siège de phénomènes inflammatoires et d'une rupture de leur paroi aboutissant à la constitution de pustules.

3.1. d- Papules : [7]

Ce sont des lésions inflammatoires, d'un diamètre inférieur à 5mm, généralement issues des microkystes. Ce sont des élevures rouges, fermes, quelquefois douloureuses, pouvant évoluer vers la résorption ou la formation de pustules.

3.1. e- Pustules: [7]

Ce sont habituellement des élevures à contenu purulent jaune, apparaissant à leur partie apicale. La survenue de pustules d'emblée, notamment dans la région péri orale, doit faire suspecter une surinfection par des staphylocoques dorés, des germes Gram- ou des candida albicans ou un autre diagnostic que celui de l'acné par exemple : la dermatite péri orale, la rosacée.

3.1..f- Nodules : [7]

Ce sont des lésions inflammatoires ayant souvent une évolution vers l'abcédation, la rupture et la formation des cicatrices. i par convention terminologique générale, un nodule est une lésion solide d'un diamètre supérieur à 10mm, dans l'acné les dimensions définissant un nodule sont très variables selon les pays : 4mm aux Etats-unies, 6mm en Grande-Bretagne. Comme les nodules sont des éléments de gravité de l'acné, l'appréciation de la gravité d'une acné selon les publications, varie d'un pays à l'autre (en France un nodule d'acné a, par convention un diamètre supérieur à 5mm

3.1..g- Autres lésions élémentaires secondaires : [7]

Dans l'acné, on observe en outre comme lésions élémentaires, des kystes folliculaires dont l'inflammation produit des nodules, des abcès, ces abcès peuvent se vider en sinus de drainage allongés et fluctuants en fistules, des cicatrices déprimées ou hypertrophiques et chéloïdiennes.

3.2- Les différents tableaux cliniques : [7]

Il est classique d'opposer les formes d'acné purement rétentionnelles aux formes inflammatoires et de subdiviser ces dernières en formes bénignes et en formes graves. Cette individualisation de formes cliniques est un peu artificielle et repose sur la densité ou la prépondérance de telle lésion élémentaire et sur l'étendue des lésions sur la surface cutanée. En réalité, il y a un spectre continu depuis l'acné mineur se résumant à quelques comédons jusqu'à la tétrade acnéique affectant la totalité des follicules pilosébacés.

Pour les études thérapeutiques contrôlées, on utilise des échelles ou scores de gravité. En pratique, ces échelles d'évaluation du degré de gravité d'une acné ont peu d'intérêt et le médecin juge d'avantage de la gravité en fonction du caractère globalement affichant des lésions, du degré d'inacceptation psychologique de la part du malade et de l'accumulation des échecs thérapeutiques.

3.2. a- Acné papulopustueuse :

C'est la présentation la plus commune de l'acné, sur la peau du visage, souvent aussi sur la poitrine et dans les régions scapulaires, coexistant sur un fond de séborrhée des comédons, des microkystes, des papules et des pustules. Les microkystes et les papules sont dans cette forme des lésions élémentaires dominantes. Le degré de gravité de cette forme est bien corrélé à son extension : les formes à extension dorsale sont en général plus profuses et ce sont les formes les plus profuses qui requièrent d'emblée un traitement systémique et qui comportent le plus de risque.



Figure 1 : service de dermatologie CHU Gabriel Touré

3.2. b- Acné rétentionnelle : Elle associe une séborrhée et de nombreux comédons et microkystes principalement sur le nez, les joues, et le front accessoirement sur les épaules dans les conques auriculaires .si les comédons sont biens visibles, la mise en évidence des microkystes nécessitent souvent un examen de la peau en lumière rasante. Si cette forme est visuellement peu affichante, la gravité potentielle est souvent sous-estimée; en effet tous les microkystes peuvent individuellement ou globalement s'enflammer et une acné rétentionnelle où prédominent les microkystes n'est pas facilement curable.



Figure2 : service de dermatologie CHU Gabriel Toure

3.2. c- Acné nodulaire : (acné conglobata) :

C'est la plus fréquente des acnés dite graves, cumulant toute les lésions élémentaires, une extension constante au tronc et une évolution cicatricielle. Cette forme d'acné débute à la puberté comme une acné ordinaire, mais s'étend progressivement au cou, au tronc, aux fesses et aux racines des membres. La peau est couverte de comédons souvent poil poreux, de microkystes et de kystes folliculaires de grande taille, de papules, de pustules et de nodules fermés ou abcédés. Ces deniers laissent des cicatrices déprimées souvent pontées par des

brides de peau résiduelle. La suppuration des nodules est pour ces malades un handicap social majeur; les séquelles cicatricielles confèrent au visage en aspect grêlé et sur les épaules, les cicatrices sont souvent nodulaires et chéloïdiennes. La dénomination d'acné nodulokystique est à abandonné [12] : des kystes peuvent apparaître dans n'importe quelle acné et ils doivent être considérés comme des comédons secondaires, dont la grande taille peut toutefois les rendre inaccessibles au traitement médical. Dans l'acné nodulaire, les abcès torpides sont trop souvent et abusivement dénommés kystes bien qu'il s'agisse de lésions inflammatoires sans paroi épithéliale.

3.2. d- Acné fulminans (acné nodulaire aiguë, fébrile et ulcéreuse) :

C'est la forme la plus grave de l'acné touchant avec prédilection les malades de sexe masculin. Les nodules inflammatoires et suppuratifs sont très nombreux, donnant éventuellement issue à du pus hémorragique ou évoluant vers des ulcérations nécrotiques. Il y a surtout des signes généraux : fièvre d'allure septique de 39 à 40°C, douleur musculaire et articulaire, altération de l'état général, hyperleucocytose pouvant être leucémoïde, survenue d'érythèmes noueux. Les manifestations rhumatologiques (atteinte axiale à type de spondylarthrite, atteinte thoracique antérieure des articulations sternocostoclaviculaire) peuvent être majeure et persister ou récidiver au delà de la phase évolutive de lésions cutanées. L'introduction de l'isotrétinoïne dans les traitements d'une acné populo pustuleuse peut être responsable de la survenue d'une acné fulminans

3.2. e- Acné inversée (acné inversa ou tétrade acnéique ou syndrome d'occlusion folliculaire) : dans cette forme sont associés à des degrés variables :

- ❖ une acné nodulaire ;
- ❖ des suppurations des régions pileuses à sécrétion apocrine axillaires, génitale et périneofessière : elles sont souvent encore considérées à tort [7] comme des suppurations primitives des glandes apocrines

(hidrosadénites suppuratives) et les localisations anogenitales très délabrantes sont décrites sous la dénomination «maladie de Verneuil».

Les examens histologiques montrent bien qu'il y a initialement dans la genèse de ces lésions une occlusion des follicules terminaux avec une rétention de kératine et de bactéries, puis secondairement une suppuration s'étendant aux glandes apocrines voisines; les abcès axillaires et anogenitaux aboutissent à la formation de fistules intarissable et de brides cicatricielles, pouvant à leur tour provoquer des sténoses vulvaires ou anales, des lymphoedèmes génitaux ;

- Des sinus et des kystes pilonidaux du sillon inter fessier ;
- Des lésions folliculaires suppuratives à évolution cicatricielle du cuir chevelu.

Dans les autres formes d'acné les follicules terminaux des cheveux ne sont pas touchés ; dans cette forme il y a abcès du cuir chevelu laissant des cicatrices alopéciques ou confluent pour former des décollements phlegmoneux cloisonnés du cuir chevelu (folliculites dissequantes du cuir chevelu). Dans la nuque, ces suppurations sont quelques fois à l'origine des cicatrices indurées, hypertrophiques, en barres transversales traversées par quelques touffes de cheveux résiduels piquées dans les zones cicatricielles comme des cheveux de poupée : on parle de folliculites fibreuses de la nuque, pouvant être isolées, sans les autres localisations de l'acné inversa. La tendance à développer des lésions d'acné et quelque fois familiale transmise en dominance. Elle est nettement plus fréquente dans les sexes masculins.

3.3.- Formes étiologiques particulières de l'acné

3.3. a- Acné néonatale et infantile :

C'est le plus souvent une acné transitoire du nouveau-né, attribué aux androgènes d'origine maternelle, plus ou moins facilitée par les onguents gras que la maman utilise pour les soins cutanés de l'enfant. Elle est de siège facial et de séméiologie commune.elle peut se prolonger chez le nourrisson si, à la suite de l'hyperandrogenie néonatale passive de l'élimination des androgènes maternels, l'enfant réagit par une stimulation transitoire des gonades et des

surrénales par gonadotrophines hypophysaire et l'ACTH. Elle peut même se prolonger exceptionnellement au delà de l'âge de nourrisson par des abcès gommeux récidivants des joues. Toutes les éruptions papulopustuleuses acnéiformes du nouveau-né ne sont pas des acnés neonatales. Notamment, les lésions pustuleuses sont plus souvent dues à la présence de *malassezia symodialis* et sont à différencier de l'acné [13].

Une acné infantile plus tardive, après l'âge de 2 ans et avant l'âge de la puberté sébacée, doit faire rechercher une maladie hormonale. Elle est associée à d'autres anomalies cliniques de l'acné : une avance staturale, une obésité, une pilosité hormonodépendante précoce, un développement des organes génitaux androgénodépendants (verge ou clitoris). Elle doit faire rechercher une tumeur surrenalienne ou hypophysaire ou une hyperplasie congénitale des surrénales par déficit enzymatique, notamment en 21β -hydrolase. De telles situations sont toutefois rares.

3.3. b- Acné médicamenteuse : [7]

Elles sont dues à des médicaments qui pérennisent l'acné ou qui font apparaître des lésions d'acné chez les sujets à terrain séborrhéique favorable. Les médicaments ayant été incriminés dans la genèse de telles acnés ou éruptions acnéiformes sont :

- Les androgènes chez les femmes et lors de prescriptions rares ou inhabituelles chez l'homme : prévention du gigantisme, administration dans le syndrome de klinefelter, dopage aux androgènes dans les instituts de culturisme et en compétition sportive ;
- Les contraceptifs oraux, souvent faiblement androgéniques ;
- Les corticoïdes locaux et généraux et l'ACTH, y compris le corticoïde administré par inhalation ;
- Les tuberculostatiques, surtout l'isoniazide chez les acétyleurs lents, la rifampicine, l'éthionamide ;
- la vitamine B12

- Les antiépileptiques sébagogues (barbituriques, hydantoïnes, triméthadione, dantrolène) ;
- Les halogènes (bromures, iodures...) ;
- Les sels de lithium et certains antidépresseurs, tels que l'imipramine ou la maprotiline ;
- Les médicaments immunosuppresseurs (azathioprine, ciclosporine) et certaines chimiothérapies anticancéreuses.

Les vraies éruptions acnéiformes médicamenteuses se distinguent des acnés pérennisées par leur aspect plus monomorphe, surtout papuleux et pustuleux.

3.3. c- Acné exogène :

Elles apparaissent sous l'effet sur la peau d'huiles minérales très comédogéniques : ce sont les « boutons d'huile » ou élaioconiose folliculaire des cuisses et des bras chez les garagistes, mécaniciens, fraiseur... ; à la suite d'intoxications ou d'exposition professionnelles à des hydrocarbures aromatiques halogénés surtout polychlorés : ainsi l'acné chlorique (chloracné) peut être provoquée par des naphthalènes ou des biphenols poly halogéné en milieu industriel, mais aussi lors de contaminations accidentelles par les dioxines (polychlorophenols).

Une acné chlorique traduit toujours une intoxication : elle débute par des lésions comédoniennes des régions malaires et retroauriculaires et de la région scrotale ; si l'exposition persiste, les lésions s'étendent aux épaules, au dos, à la poitrine, aux fesses. Le nez peut être paradoxalement épargné et les extrémités sont le plus souvent saines. Les régions axillaires ne seraient touchées qu'en cas d'ingestion ou d'inhalation. Les lésions élémentaires sont des comédons, puis surviennent les microkystes, les kystes de plus grande taille, les lésions inflammatoires. En l'absence de nouvelles expositions, l'acné chlorique régresse spontanément en 4 à 6 mois, mais elle peut prendre un cours chronique. Les formes profuses peuvent être associées à des signes généraux, digestifs, pulmonaires et neurologiques.

Les acnés aux cosmétiques, dues à la présence d'huiles végétales concentrées ou de paraffines semi fluides (vaseline), sont devenues rares depuis que les matières premières sont mieux sélectionnées et que la plupart des cosmétiques gras sont soumis au préalable à des tests de comédogénicité.

3.3. d- Acné féminine tardive : [7]

Elles correspondent à deux situations d'abord thérapeutique difficile :

- L'acné papuleuse et/ou nodulaire de la femme adulte : C'est une acné non rétentionnelle qui survient tardivement, quelquefois après l'âge de 30ans, qui n'est pas la pérennisation d'une acné juvénile. Elle est caractérisée par des papules, des pustules et des nodules des régions mentonnières et surtout mandibulaires, se renouvelant incessamment sans qu'il y ait de fautes dans les soins d'hygiène ou dans l'approche thérapeutique. Cette forme n'est pas associée à une endocrinopathie quelconque. Le diagnostic différentiel est à faire avec dermatite peri-orale.

- L'acné de la femme adulte associée à une hyperandrogénie : Elle s'exprime aussi par un hirsutisme, une stérilité ou une oligomenorrhée, une prise de poids, une alopécie de type masculin . Les examens suivants permettent habituellement de préciser l'anomalie endocrinienne sous-jacente : échographie ovarienne, dosage de la progestérone en phase lutéale, de la FSH (hormone folliculostimulante) et de la LH (hormone luteinisante) pour éliminer un syndrome de Stein-Leventhal, détermination des taux sériques de la testostérone libre et des androgènes surrénaliens (sulfate de déhydroépiandrostérone [DHEA] et 4-androsténone), ces derniers étant surtout élevés dans les déficits en 11-ou 21 β -hydrolase, accessibles à une hormonothérapie de freination par la cortisone. En cas de signes cliniques autres que l'acné, les endocrinologues conseillent de faire le bilan sanguin suivant, en première partie du cycle, entre le troisième et le cinquième jour des règles, tout traitement hormonal à visée contraceptive étant arrêté depuis au moins 3mois :

- Testostérone libre (taux normal=0,3 à 0,5ng/ml) ;
- Sulfate de DHEA (N=1500à 2500ng/ ml)
- En cas d'anomalies des dosages précédents, 4-androsténedione et 17-OH-progestérone. En l'absence de signes d'hyperandrogenie ou de troubles du cycle menstruel, un bilan hormonal chez une femme souffrant d'acné n'est pas indiqué. L'expérience montre qu'il y a en fait beaucoup de bilans abusifs simplement parce qu'il y a une recrudescence prémenstruelle des signes d'acné (ce qui est excessivement banal) ou parce que l'acné se prolonge au-delà de 22-23 ans, généralement à cause de l'abus de cosmétiques et de l'activité androgénique de la composante progestative des contraceptifs oestroprogestatifs.

3.3. e- Acné excoriée des jeunes filles :

C'est une forme d'acné entretenue par le grattage, l'expression forcenée des comédons, la manipulation perpétuelle de la moindre lésion faciale, faisant quelquefois désigner cet état de masochisme facial, Ces femmes souffrent souvent de dysmorphophobie et il est difficile d'interrompre le cercle vicieux des excorisions et de l'acné, d'autant que ces mêmes femmes abusent en même temps des maquillages épais et camouflants et entretiennent en plus leur acné par l'abus de cosmétiques. L'acharnement de leurs doigts sur les lésions est souvent expliqué par les malades par la crainte de voir ces lésions se développer et créer des cicatrices. Il est utile de leur affirmer avec foi que les lésions papulopustuleuses de la face ne laissent jamais spontanément de cicatrices, que les comédons ne doivent pas être exprimés et que seules les excorisions mécaniques provoquées par les doigts laisseront des cicatrices durables,

3.3. f- Acné nævus :

Il est caractérisé par l'apparition circonscrite de lésions acnéiques dans un territoire donné du tronc ; il est à opposer à l'acné free nævus où des lésions d'acné apparaissent dans toutes les régions séborrhéiques sauf dans un territoire donné. Ces curieuses déterminations topographiques sont probablement dues à

une hyperplasie ou une aplasie focale des récepteurs androgéniques des glandes sébacées. Une mutation du récepteur 2 du facteur de croissance fibroblastique (comme dans le syndrome d'Apert qui comporte une acné) a été trouvée dans la peau atteinte d'un cas d'acné noevus [14].

3.3. g- Acné liée au caryotype XYY : [7]

C'est une situation exceptionnelle et son individualité est discutable. Il s'agirait d'une acné conglobatan avec des nodules et des kystes dans un contexte d'hyperséborrhée chez des adolescents ou jeunes adultes de grande taille, au visage grossier, au caractère violent et au comportement délinquant. On peut rapprocher de ces acnés, celles qui sont dues à une androgénothérapie massive prescrite pour bloquer une croissance excessive en taille.

3.3. h- Acné associée à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : [7]

Elle est généralement grave ou s'aggrave avec la progression de l'infection virale. Ses lésions caractéristiques sont souvent mélangées à des lésions de pityrospore (dermatite séborrhéique, folliculites pityrosporiques du dos). Ce qui limite singulièrement les choix thérapeutiques et les restreint généralement à l'isotrétinoïne d'emblée.

IV- Diagnostic différentiel de l'acné

4.1-- Acné de la face

En l'absence de lésions élémentaires rétentionnelles évidentes des lésions papuleuses ou papulopustuleuses de la face peuvent faire discuter les diagnostics suivants :

- Une rosacée au stade papulopustuleux : les lésions ne sont pas folliculaires; elles prédominent sur les régions convexes de la face (nez, joues, front) et sont associées à un érythème facial, des télangiectasies, des bouffées vasomotrices, une hyperémie conjonctivale ; l'âge de survenue est plus tardif. [7]
- Une dermatite peri-orale : Les lésions papuleuses et micro pustuleuses prédominent autour de la bouche, peuvent s'étendre aux joues et aux rebords

orbitaires externes ; elles sont très irritables et souvent en rapport avec une corticothérapie locale et l'abus de produits cosmétiques chez des enfants ou des jeunes femmes.

- Les folliculites nécrosantes lymphocytaires ou acné nécrotique : Ces lésions sont souvent confondues avec des lésions d'acné ; elles sont pourtant très stéréotypées : il s'agit de lésions folliculaires, ou prédominent largement les pustules, réparties à la lisière du cuir chevelu, sur le front, dans la nuque, dans les régions temporales, douloureuses et prurigineuses, résistantes aux traitements usuels de l'acné ; l'examen histologique révèle une nécrose distale des follicules pilosébacés associée à une infiltration lymphocytaire sans image de rétention de sébum ou de kératine [15].

- Une démodécie faciale : Il y a une hyperkératose des ostiums folliculaires (pityriasis folliculorum) sans formation de comédons et dans ces bouchons cornés on trouve de nombreux acariens lipophiles du genre Demodex ; cette affection ne se voit à l'âge de l'adolescence que chez les sujets VIH positifs.

- Plus rarement des syphilides secondaires acnéiformes, des lésions granulomateuses micronodulaires de la face dans le contexte d'un lupus miliaire disséminé de la face, les pseudofolliculites de la barbe chez les sujets à peau noire, une dermite granulomateuse peri-orale sur peau noire telle que la FACE (Facial Afro-américain Childhood Eruption), une sarcoïdose micronodulaire. Les angiofibromes de la sclérose tubéreuse de Bourneville, sur leur fond séborrhéique, sont quelquefois pris pour des lésions d'acné. Enfin les lésions de trichostase spinulose du front ou de la nuque chez les personnes âgées ne sont pas à considérer comme des lésions comédiennes d'acné [9] ; en revanche les comédons de la maladie de Favre et Racouchot sont de vrais comédons.

4.2- Acné du tronc :

- Folliculites pityrosporiqes : la distinction doit avant tout se faire avec les folliculites pityrosporiqes ou forme dite acnéique de la pityrospore . Il s'agit

de lésions folliculaires très communes chez l'adolescent masculin et chez les jeunes adultes, prédominant dans la région dorsale.

L'aspect clinique est celui de papules folliculaires disséminées sur le dos et associées à une proportion réduite de pustules ostiales sans comédons. Ces lésions s'aggravent en été, sous l'effet de la chaleur et de la sueur, et elles sont aggravées par l'antibiothérapie si celle-ci est prescrite de façon inopportune en raison d'un diagnostic d'acné du dos. La nature pityrosporique peut être affirmée par la culture mycologique du contenu d'une pustule et surtout par l'examen histopathologique qui montre un abcès infra-infundibulaire contenant de nombreuses levures bourgeonnantes de *Malassezia*. Ces folliculites sont favorisées par tout ce qui contribue à créer un déficit immunitaire (corticothérapie générale, infection par le cVIH) ou un déséquilibre de l'écoflore cutanée (antibiothérapie).

- la lèpre lepromatose se caractérisant par une éruption nodulaire de sévérité et de dissémination variable. Les lésions peuvent être en prédominance nodulaire³ (lépromes) mais peuvent également constituée des plaques infiltrées de taille variable ou même une infiltration cutanée diffuse.

-Les kystes épidermoïdes improprement appelés kystes sébacés sont fréquents parfois familiaux. Ils se rencontrent dans la région thoracique et au visage accompagnant souvent une acné, ainsi qu'au scrotum. Ce sont des tumeurs sous épidermiques multiples de consistance pâteuse ou molle, parfois marquées à leur sommet d'un orifice punctiforme.

4.3- Acné d'autres localisations :

Au cuir chevelu, s'il y a des lésions d'acné, celles-ci coexistent généralement avec d'autres lésions du tronc ou des plis. On peut être amené à discuter devant des lésions folliculaires inflammatoires isolées du cuir chevelu : folliculites en touffes, des folliculites épilantes et quinquauds des folliculites infectieuses trichophytiques ou candidosiques.

Pour les lésions d'acné inversa, la discussion peut porter sur le diagnostic différentiel avec les hidrosadénites axillaires, génitales ou périneofessières. En fait, cette discussion parait très théorique :

Toutes les lésions suppuratives chroniques des plis sont primitivement liées à une occlusion des follicules terminaux avec rétention de matériel corné et inflammation suppurative secondaire. Dans les localisations axillaires et anogénitales, les follicules sont normalement associés à des glandes apocrines et l'atteinte de ces glandes (hidrosadénites ou hidrosadénites) ne correspond en fait qu'à l'extension de proximité du processus suppuratif. L'examen histopathologique des pièces opératoires provenant d'abcès tubéreux de l'aisselle ou de maladie de Verneuil montre généralement des kystes folliculaires rompus, des trajets fistuleux épithélialisés, des abcès et une réaction inflammatoire fibrosante ; s'il y a une suppuration d'une glande sudoripare apocrine, c'est toujours à coté d'une des lésions précédentes. Le métabolisme des androgènes dans les hidrosadénites suppuratives n'est d'ailleurs pas différent de celui des glandes apocrines normales, ce qui permet aussi de penser que les glandes apocrines ne sont pas l'organe cible impliqué dans l'histogenèse de ces lésions [16].

V Complications de l'acné :

La plupart des complications de l'acné, en terme de fréquence, sont imputables aux traitements. Les complications directes de l'acné sont rares et réservées principalement aux formes graves.

5.1-Complications locales

5.1. a-Cicatrices :

Dans les acnés conglobata et inversa graves et d'évolution prolongée, avant l'ère de l'antibiothérapie et des rétinoïdes oraux, on a décrit la survenue d'amyloses systémiques de type AA et de carcinomes spinocellulaires sur les lésions cicatricielles ou les trajets fistuleux. La principale complication résiduelle de ces formes est la survenue des cicatrices indélébiles : soit des cicatrices déprimées et

rétractées, formant des brides à la face, au cou et dans les plis, nécessitant ultérieurement des corrections chirurgicales, soit des cicatrices hypertrophiques ou chéloïdiennes. La nature chéloïdienne des cicatrices en relief n'est pas toujours évidente et, surtout avant d'entamer un traitement chirurgical comportant un risque accru de récurrences, il peut être utile de s'en assurer par une biopsie. Celle-ci permet aisément de distinguer une cicatrice hypertrophique d'une vraie chéloïde. L'impact des cicatrices moins graves des formes plus légères d'acné au niveau du visage est un sujet d'actualité.

5.1-b- Œdème facial induré (dure, solide) :

C'est une complication assez inhabituelle des acnés faciales, même d'apparence commune : c'est un œdème ferme et indolent des régions orbitonasales, pouvant s'étendre au front et aux joues. Son mécanisme est mystérieux. Sa survenue nécessite généralement un renforcement du traitement antiacnéique ou l'introduction d'emblée de l'isotrétinoïne [17].

5.2- Rhumatisme acnéique :

La seule vraie mais rare complication systémique, en dehors d'exceptionnelles septicémies à point de départ cutané, est le rhumatisme acnéique. Le rhumatisme acnéique est une ostéite rhumatismale qui affecte dans un premier temps les points d'insertion épiphysaire des tendons, ligaments et capsules articulaires encore dénommés enthèses. L'inflammation de ces enthèses (enthésites, enthésiopathies) entraîne une destruction de l'os en regard des points d'insertion, puis une hyperostose secondaire avec une calcification des ligaments et capsules aboutissant à une ankylose se retrouve dans d'autres rhumatismes associés à des maladies cutanées inflammatoires telles que le psoriasis et la pustulose palmoplantaire.

Le rhumatisme acnéique peut se présenter sous la forme d'une spondylarthropathie axiale avec possible atteinte des articulations sacro-iliaques. Une autre localisation caractéristique est celle des articulations

sternocostoclaviculaires souvent très hyperostosantes. Plus rarement, il s'agit d'enthésites des membres.

La pathogénie du rhumatisme acnéique est mystérieuse. La bactérie impliquée dans les processus inflammatoires de l'acné, *Propionibacterium acnés*, a pu être isolée à partir des lésions ostéoarticulaires, faisant évoquer la possibilité des lésions osseuses septiques spécifiques. Elle a cependant été isolée chez des malades avec une enthésiopathie associée à une pustulose palmo-plantaire et à une acné ! [18]. Le rhumatisme acnéique ne survient pas spécialement dans les acnés très suppuratives et les traitements anti-infectieux l'améliorent moins que les anti-inflammatoires non stéroïdes. L'isotrétinoïne aurait même tendance à l'aggraver et peut d'ailleurs exceptionnellement provoquer par elle-même un tableau d'enthésiopathie très calcifiante, notamment au niveau vertébral (DISH syndrome ou diffuse interspinal hyperostosis syndrome). La notion d'un rhumatisme acnéique est par conséquent une contre-indication relative à la prescription d'isotrétinoïne orale.

VI- Traitement de l'acné :

Le choix du traitement découle directement des considérations physiopathologiques ci-dessus et varie selon le degré de gravité de l'acné. Les acnés où prédominent les lésions rétentionnelles relèvent plutôt d'un traitement local. Les acnés inflammatoires nécessitent plus ou moins tôt un traitement systémique.

Il faut savoir qu'il y a que deux voies de guérison d'une acné : la voie naturelle de la guérison spontanée, mais qui se fait dans des délais individuellement non prévisibles, et la voie thérapeutique de l'isotrétinoïne par voie générale. Tous les autres traitements apportent un bénéfice objectif, quelquefois majeur, mais sont inmanquablement suivis de rechutes jusqu'à l'échéance de la guérison spontanée. Seule l'isotrétinoïne permet une guérison anticipée et l'on serait donc tenté de la prescrire d'emblée chaque fois qu'un avis médical est sollicité pour une acné. Si en pratique cette initiative n'est pas systématiquement prise, c'est à

cause des inconvénients propres, toxicologiques, tératologiques et réglementaires, de cette molécule.

1-Moyens thérapeutiques :

1.1- Traitement local :

Quatre catégories de médicaments ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement local de l'acné :

- **Les rétinoïdes topiques :** L'acide rétinoïde toutrans ou trétinoïne disponible en gel, crème ou solution à des concentrations allant de 0,025 à 0,1% ; son isomère, l'acide 13-cis-rétinoïque ou isotrétinoïne, prologue de la trétinoïne, disponible en gel à 0,05% ; le tazarotène disponible en gel à 0,05 et 0,1% ; l'adapalène, un agoniste des rétinoïdes, capable de se lier aux seuls récepteurs β et γ de l'acide rétinoïque des cellules sébacées, disponible en gel et en crème à 0,1%. Les rétinoïdes par voie topique agissent avant tout comme kératolytiques lipophiles et permettent la fonte et l'expulsion des comédons et des microkystes. L'isotrétinoïne, qui a par voie générale un effet sébostatique remarquable, n'a paradoxalement pas cet effet par voie topique. L'adapalène allie aux propriétés kératolytiques des propriétés anti-inflammatoires autorisant sa prescription dans les acnés rétentionnelles et papuleuses. Tous les rétinoïdes sont des irritants, qui provoquent une certaine sécheresse cutanée avec une desquamation fine. Cet effet irritant est moindre pour l'isotrétinoïne et l'adapalène [19] (le cas du rétinaldéhyde, avec son effet anti-P.acnes)

- **Le peroxyde de benzoyle :** Il se transforme au contact de la peau en acide benzoïque et en oxygène natif. Il agit comme kératolytique et comme agent antimicrobien, notamment sur les propionibactéries anaérobies impliquées dans l'acné. Ce produit comporte un risque de sensibilisation allergique de contact et il a l'inconvénient de provoquer une décoloration de certains vêtements du fait de son effet peroxydant. Il est disponible à des concentrations de 2,5 à 10% sous diverses formes galéniques (gel, crème, lotion).

- **Les antibiotiques locaux :** Ils agissent exclusivement sur la forme bactérienne de l'acné ; ils ne sont ni kératolytiques ni antiséborrhéiques. En

France, deux antibiotiques sont disponibles dans cette indication : l'érythromycine en gel à 4 % et en solution de 2 à 4% et la clindamycine en solution à 1%. Il y a des spécialités associant érythromycine et trétinoïne.

- **L'acide azélaïque** : C'est un acide dicarboxylique ; c'est en étudiant ses propriétés dépigmentantes sur la peau humaine qu'une activité kératolytique et anti-inflammatoire a été fortuitement mise en évidence ; une seule spécialité est en vente libre sous le nom de pommade Skinoren comportant 20% d'acide azélaïque

1.2- Traitement systémique :

- Il s'agit des antibiotiques : cyclines (doxycycline, limécycline, minocycline) et macrolides (érythromycine) ; de l'isotrétinoïne ; de l'hormonothérapie androgénique (œstrogènes-acédate de cyprotérone) et des autres médicaments à activité hormonale (spironolactone) ; enfin du gluconate de zinc.

1.3- Prophylaxie :

Informé, sensibiliser et éduquer sur les méfaits de la dépigmentation

2- Indications thérapeutiques

2.1- Local :

Elles varient en fonction du stade et du type de l'acné :

- **Acné purement rétentionnelle** : ne comportant que des comédons et des microkystes, les rétinoïdes topiques constituent le meilleur choix : si les lésions élémentaires sont clairsemées et peu affichantes, on peut se contenter d'un gel de trétinoïne à 0,025% ou d'un gel d'isotrétinoïne à 0,05% à raison d'une application le soir après la toilette ; si ces mêmes lésions sont plus denses et si l'on recherche un effet kératolytique plus fort, on peut recourir à la trétinoïne en solution à 0,05% à 0,1% ou en crème à 0,05%.

- **l'acné modérément inflammatoire** : ou le nombre des papules et pustules est cosmétiquement encore acceptable, on conseille généralement d'associer un rétinoïde non irritant (isotrétinoïne 0,05% ou adapalène 0,1%) soit au peroxyde

de benzoyle soit à l'antibiothérapie locale, le rétinoïde étant appliqué le soir, l'autre topique étant appliqué 1 à 2 fois au courant de la journée.

Le peroxyde de benzoyle à aussi un effet irritant, proportionnel à sa concentration et il est préférable de choisir des préparations à 2,5 ou 5% en premier lieu. Il n'y a pas de bénéfice à espérer avec des associations plus complexes.

Dans l'acné inflammatoire, ou il y a peu de lésions rétentionnelles et une densité de papules et de pustules cosmétiquement acceptable, sans évolution cicatricielle, on peut choisir une monothérapie : peroxyde de benzoyle 2,5 à 5% ou antibiothérapie locale ou acide azélaïque ou adapalène.

Tous ces traitements doivent être poursuivis pendant des mois. L'impatience des adolescents ne va pas toujours de pair avec une bonne observance et les succès obtenus en pratique sont très inférieurs à ceux qui sont affichés dans les publications scientifiques. La prescription de ces topiques doit être faite avec conviction et s'inscrire dans une prise en charge plus globale du problème de l'acné.

-Soins locaux adjuvants

Le sujet acnéique a surtout besoin de conseils négatifs : il ne faut pas presser les comédons ; les « nettoyages de peau » ne servent à rien ; il est inutile, voire préjudiciable, de passer un désinfectant sur les lésions ; les cosmétiques pérennisent l'affection ; le soleil réduit transitoirement le caractère inflammatoire des lésions, mais il facilite la comédogenèse et l'amélioration estivale est généralement suivie d'une poussée d'acné en automne ; il n'y a pas de régime alimentaire à suivre. Le seul conseil à donner est celui d'une bonne hygiène cutanée, de préférence avec un syndet, une à deux fois par jour.

2.2- Systémiques :

- **Isotrétinoïne** [20] : Elle est indiquée dans les acnés graves, notamment en première prescription dans les acnés nodulaires et en seconde prescription dans

les acnés inflammatoires papulopustuleuses ayant résisté à un traitement classique par les antibiotiques oraux d'au moins 3 mois.

La posologie optimale d'administration varie entre 0,5 mg/kg/jour et 1 mg/kg/jour. À la posologie de 1 mg/kg/jour, la durée minimale du traitement est de 4 mois (cette dose forte est actuellement très contestée) ; à une posologie plus réduite. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce que la dose cumulée d'isotrétinoïne soit de 120 mg/kg à 150 mg/kg. En l'absence de rémission complète à cette dose cumulée, il n'y a pas de bénéfice supplémentaire à l'administrer une dose de plus 150 /kg. Dans les autres cas, une nouvelle cure d'isotrétinoïne, administrée selon le même schéma posologie, peut être prescrite avec les mêmes chances de succès que la première. Exceptionnellement plus de deux cures, toujours selon les mêmes modalités de prescription, peuvent être nécessaires. La dose cumulée peut dans ces conditions atteindre et dépasser 400 mg/ kg sans qu'apparaissent des effets indésirables chroniques ou persistants jugés sérieux. L'isotrétinoïne orale, initialement une exclusivité des Laboratoires Roche (Roaccutane), est désormais disponible sous deux formes génériques des Laboratoires Pierre Fabre (Curacné) et Pharmascience (Procuta).

- **Antibiotiques** : Il y a un large consensus pour retenir, comme indication de l'antibiothérapie générale, l'acné papulopustuleuse non cicatricielle à prédominance faciale. Il y a pas d'argument pour considérer qu'une antibiotiherapie est supérieur à une autre en termes d'efficacité. Parmi les antibiotiques commercialisés, ceux qui ont fait l'objet d'études publiées, aux posologies indiquées sont les suivants :

-doxycycline (50mg/ jour et 100 mg/jour) :

-érythromycine (0,5g/jour et 1g/jour) ;

-limécycline (150 à 300mg/jour) ;

-minocycline (100mg/jour).

La posologie en traitement d'attaque de la doxycycline (100mg) de la limécycline (300mg) et de la minocycline (100mg) pendant les quinze premiers jours, suivie d'une réduction de la dose, est habituellement pratiquée. La durée

d'administration est de 3 mois minimum mais ces traitements, en cas d'efficacité nette et de bonne tolérance, peuvent être poursuivis au delà de 3 mois.

Les avantages et inconvénients respectifs des diverses cyclines sont détaillés à la partie 22. L'efficacité des cyclines dans l'acné est attestée par de très nombreuses publications avec de solides niveaux de preuve. En ce qui concerne l'érythromycine, l'efficacité à la dose de 1g/jour est démontrée dans l'acné inflammatoire moyenne ; mais cet antibiotique se prête moins aux traitements prolongés et devrait surtout constituer une alternative dans les acnés où cyclines sont contre-indiquées : allergie aux autres macrolides (josamycine, roxithromycine).

- **Hormonothérapie :** Elle n'est pas un traitement majeur de l'acné en monothérapie. Seule l'association œstrogène-acétate de cyprotérone (Diane 35) peut être recommandée dans l'indication suivante : «acné ne justifiant pas un traitement systémique souhait d'une contraception». Les pilules œstroprogestatives sont à déconseiller dans l'acné à cause de l'activité androgénique des composants progestatifs.

Même les progestatifs de troisième génération (dégestrel, gestodène, norgestimate) n'en sont pas dépourvus et ne peuvent être recommandés. Toutefois, en cas d'acné traitée par l'isotrétinoïne, la faible activité androgénique du progestatif n'a plus d'importance et s'efface derrière le remarquable effet sébostatique de l'isotrétinoïne.

Les acnés avec signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, oligospermionorrhée) et ayant un bilan hormonal perturbé (dosage de la testostérone libre, du sulfate de DHEA et de la Δ 4-androstènedione, échographie ovarienne) seront traitées en fonction du dysfonctionnement hormonal diagnostiqué. Le plus souvent, il s'agit d'une hyperandrogénie d'origine ovarienne qui sera traitée par acétate de cyprotérone à fortes doses (50 à 100mg/jour) et œstrogènes. Il existe des études contrôlées concernant la spironolactone sans qu'il soit précisé s'il s'agit d'hyperandrogénie d'origine ovarienne.

2.3- Situations particulières

- **Folliculites à bacilles Gram (-)** : Elles sont secondaires à une antibiothérapie prolongée. Il faut préconiser l'arrêt de toute antibiothérapie locale et générale, de toute antiseptie externe et la mise en route d'un traitement standard par isotrétinoïne à la posologie de 1 mg/kg/jour

-**Acné du dos avec folliculites pityrosporiques** : C'est une contre-indication à la poursuite d'une antibiothérapie. Dans cette situation, il peut être intéressant d'envisager un traitement par l'isotrétinoïne ou kétoconazole (Nizoral 200 mg/jour pendant 2 à 3 mois)

-**Acné fulminans** : Initiation du traitement par corticothérapie par voie générale et relais (sous corticoïdes ou anti-inflammatoire non stéroïdiens) par l'isotrétinoïne.

-**Acné de la grossesse** : Choix possible du gluconate de zinc (200 mg/jour) dans les acnés survenant pendant la grossesse, en cas de refus ou d'opposition aux traitements précédents, dans les acnés inflammatoires modérées.

-**Acné infantile** : En cas de persistance d'une acné néonatale, sans aucune tendance à la guérison spontanée, on peut être amené à conseiller un traitement par l'isotrétinoïne en dépit du jeune âge [21].

-**Acné médicamenteuse non réversibles** (médicaments acnéiques ne pouvant être interrompus) : sous réserve de comptabilité, choix préférentiel de l'isotrétinoïne.

-**Acné inversée** (acné inversa, syndrome d'occlusion folliculaire) : les effets de l'isotrétinoïne, des cyclines ou des antiandrogènes sont très variables et il n'y a pas d'étude validant l'indication de ces médicaments dans cette situation particulière, même quand elle est associée à une acné nodulaire. La solution chirurgicale est la plupart du temps inévitable. Dans cette forme d'acné, les méthodes chirurgicales le plus souvent préconisées sont :

-l'excision simple avec cicatrisation « à ciel ouvert », en prenant soin de réséquer tous les abcès et fistules jusqu'au plan aponévrotique ; selon l'importance de l'excision, l'épidémisation de la plaie opératoire peut mettre de 2 à 5 mois avec une peau cicatricielle de bonne qualité ;

-l'excision suivie de réparation, par suture directe pour des lésions axillaires ou inguinales limitées, par lambeau cutané ou mieux musculocutané, surtout dans les localisations axillaires, ou de façon différée par greffes minces ou en filet notamment dans les localisations périnéofessières, éventuellement sous couvert d'une colostomie iliaque gauche temporaire ;

L'extériorisation simple des abcès et fistules ou derroofing procédure. Le principe de cette méthode est de préserver le plancher des abcès ou des fistules renfermant des restes épithéliaux fournissant les éléments de la réépidermisation des plaies laissées ouvertes.

Ces méthodes ont à leur actif davantage de guérisons définitives de bonne qualité fonctionnelle que les traitements médicaux.

3- Les effets indésirables

3.1- Traitements locaux

Les rétinoïdes ont principalement un effet asséchant : pour l'atténuer on peut jouer sur la concentration et la posologie du rétinoïde prescrit et conseiller l'application diurne d'une crème hydratante non occlusive. Le peroxyde de benzoyle peut provoquer des eczémas allergiques de contact, interdisant définitivement son utilisation. Les antibiotiques topiques, surtout s'ils sont associés à une antiseptie locale ou une antibiothérapie générale, sont responsables de la multiplication de germes résistants, staphylocoques dorés et surtout germes Gram-.

Les follicules à germes Gram- sont relativement faciles à reconnaître : elles surviennent le plus souvent lors d'une acné traitée d'abord avec succès ; puis apparaissent, malgré la poursuite du traitement, autour de la bouche, sur les lèvres, sur le nez, des pustules non précédées de papules, sur un fond de peau

très séborrhéique. L'examen bactériologique permet d'isoler à partir de ces pustules *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, *Serratia*, *Escherichia coli*.

Les pustules à *Proteus* sont souvent plus inflammatoires, plus furonculeuses. Exceptionnellement ce sont des levures du genre *Candida* qui sont isolées. La survenue de telles folliculites nécessite l'interruption du traitement anti-infectieux.

Le risque tératogène des rétinoïdes topiques doit être pris en considération. Leur utilisation topique entraîne un passage systémique minime, mais dénombrable ; cependant les variations minimales des taux des rétinoïdes plasmatiques secondaires aux applications d'acide rétinoïque tout-trans ne sont pas plus amples que celles qui résultent des simples facteurs nutritionnels individuels. Bien que les séries contrôlées n'aient pas permis d'identifier de cas de tératogénèse, il est déconseillé de les utiliser pendant une grossesse. En revanche, il n'est pas nécessaire de leur associer une contraception systématique, comme pour l'isotrétinoïne orale, et il paraît abusif de préconiser une interruption de grossesse en cas d'exposition aux rétinoïdes topiques en début de grossesse.

3.2- Systémiques :

Les effets secondaires cutanéomuqueux sont dose dépendants. Ils nécessitent d'utiliser des moyens symptomatiques avant de diminuer la posologie : stick gras pour la chéilite, crèmes hydratantes pour le visage, éventuellement larmes artificielles s'il y a une sécheresse oculaire.

4- le suivi des patients :

La surveillance du traitement comporte un bilan préalable systématique. Il sera répété après 1 mois de traitement, puis tous les 2 mois si la posologie est augmentée ; la pertinence de la répétition de ces examens est fortement discutée. Il comprend un dosage des transaminases (ASAT, ALAT), du cholestérol total et des triglycérides. Un bilan préalable à la prise de contraceptifs et un test de grossesse sont systématiques chez la femme. Le test de grossesse (β -HCG

plasatique) doit être pratiqué 1 mois avant la mise en route du traitement et renouvelé chaque mois jusqu'après l'arrêt du traitement. La contraception est obligatoire. La pilule doit être débutée un mois avant le début de l'isotrétinoïne, poursuivie pendant toute la durée du traitement et 1 mois au déla de celui-ci. Ces précautions sont généralement prises, mais néanmoins la survenue de grossesses sous isotrétinoïne est encore notifiée trop souvent au service de pharmacovigilance (318 grossesses exposées à l'isotrétinoïne de 1987 à 1995 en France) [22].

Un autre problème très débattu depuis 5 ans est celui du risque de suicide sous isotrétinoïne. Les plaintes pour causalité ont notablement augmenté à partir du moment où ce risque a été notifié aux utilisateurs en 1998 [23]. En réalité, ce risque n'est pas significatif et l'incidence des suicides paraît uniquement liée aux problèmes de l'adolescence et de l'acceptation de l'acné ce risque relatif de suicide est le même chez les acnéiques non traités, chez ceux qui sont traités par isotrétinoïne ou par antibiotiques oraux, avant ou après un traitement par l'isotrétinoïne [24].

5- Résultats :

Malgré des traitements bien conduits, il y a des acnés qui ne réagissent pas ou qui rechutent indéfiniment, même au-delà du délai de guérison naturelle. Ce ne sont habituellement pas les acnés graves qui sont les principales causes d'échec, à l'exception toutefois des acnés inversées. Les causes d'échec sont diverses.

La persistance ou la réapparition rapide d'une séborrhée fluente malgré un traitement sébostatique par l'isotrétinoïne. Chez la femme, il faut vérifier s'il n'y a pas une hyper androgénie, s'exprimant souvent par d'autres signes (hirsutisme pileaire, stérilité...); dans les deux sexes. On peut exceptionnellement être amené à rechercher dans ce cas un déficit surrénalien en 11- ou 21 β -hydroxyles, où l'indication d'une corticothérapie de freination hypophysaire est à discuter.

Les échecs primaires prévisibles (c'est-à-dire l'absence de rémission complète à l'issue de cette dose cumulée) d'un tel traitement sont au maximum de l'ordre

de 15%. Après un traitement efficace se traduisant par une rémission clinique complète des lésions, une rechute peut malgré tout survenir dans 20 et 40 % des cas. En cas de rechute, le recours à une ou plusieurs cures complémentaires d'isotrétinoïne est licite mais n'est pas forcément nécessaire. Les rechutes se présentent généralement sous un aspect mineur ou modéré et peuvent pour deux tiers d'entre elles être traitées par d'autres moyens dont l'antibiothérapie générale.

Abus de cosmétiques gras et couvrants, poursuite de la prise de contraceptifs à composante progestative androgénique, prise de médicaments sébotropes, irritation mécanique des lésions favorisant la comédogenèse, fréquentation des solariums, mauvaise hygiène de vie (tabagisme, alcoolisme).

L'antibiorésistance in vitro de P.acnes. Elle n'est pas strictement corrélée au risque d'échec, sauf peut-être en ce qui concerne l'érythromycine. Il faut cependant souligner que l'érythromycine et les autres macrolides, bien qu'efficaces, ne sont pas un bon choix thérapeutique ; ces antibiotiques ne se prêtent pas à un traitement prolongé de plusieurs mois et leurs effets indésirables et incompatibilités sont trop nombreux. La résistance in vitro de P.acnes à la doxycycline n'est pas croisée avec la minocycline [25], mais la pertinence clinique de ce phénomène n'est pas établie. Néanmoins, pour éviter un risque d'échec lié à l'antibiorésistance, on peut prodiguer les conseils suivants :

- éviter l'antibiothérapie orale si elle n'est pas nécessaire ;
- ne pas prolonger inutilement les traitements ;
- en cas de rechute après un traitement efficace, reprendre le même antibiotique et à associer un traitement local par le peroxyde de benzoyle pour éliminer les souches résistantes ;
- éviter d'associer l'antibiothérapie orale et locale ;
- recourir éventuellement à l'isotrétinoïne en cas d'échec.

Ce sont les cicatrices et accessoirement les kystes résiduels. Les microkystes résiduels peuvent être traités par les manœuvres dermatologiques : énucléation

au vaccinostyle comme pour les grains de milium, incisions minimales suivies d'expression bi digitale. Les kystes plus gros sont accessibles à l'excision sous anesthésie locale. Les cicatrices nécessitent des mesures plus invasives : peelings chimiques pour les cicatrices superficielles ; meulage chirurgical pour les cicatrices déprimées ; excisions plastiques pour les cicatrices hypertrophiques et les brides ; larges excisions greffées pour les lésions actives ou résiduelles d'acné inversée des régions anogénitales, sous couverture de cyclines au long cours.

-Succès :

L'application plus systématique du schéma posologie idéal augmente les taux de succès lors d'une première cure d'isotrétinoïne et diminue ceux des risques d'une rechute.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1-Cadre d'Etude :

1-1.situation géographique :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako plus précisément au Centre Hospitalier Universitaire(CHU) de Gabriel Touré.Hôpital situé en plein centre ville limité à l'Est par le quartier Medina-coura, à l'Ouest par l'E.N.I et le quartier Dar es Salam, au Sud par la cité du chemin de fer et enfin au nord par la base militaire. Ce CHU comporte : une direction, un bureau des entrées, un bureau des affaires sociales, deux services de médecine (médecine I II III, pédiatrie I II III IV), sept services de chirurgie (chirurgie générale infantile traumatologie, Urologie, ORL, gynéco-obstétrique, SUC); un service de radiologie un service de réanimation un laboratoire, une pharmacie, quatre box de consultations externes, un service de dermatologie.

1-2 local :

Le service de Dermatologie est situé au premier étage entre les services de l'ORL et de la chirurgie. Ce CHU comprend les anciens bâtiments, un nouveau bâtiment dont l'ouverture officielle a eu lieu le 10 février 2007. Ce bâtiment se compose de :

- Un smus-sol réservé pour le parking
- Rez de chaussée où nous avons 1 bureau des entrées, les box de consultation traumatologique et de Médecine (gastro-entérologique, cardiologique, diabétologique)
- Le premier étage est réservé aux consultations pédiatriques, ORL, dermatologique, Gynécologique, chirurgicale
- Au deuxième étage se trouvent les bureaux des médecins, dont celui du Dermatologiste.

- Le troisième étage et le reste est réservé à l'administration. Récemment un service d'urgence chirurgicale a été construit dont l'ouverture officielle a eu lieu le 26 Mars2008.

2 -Type : C'est une étude prospective.

3-Période : Notre étude s'est étalée sur une année (du 01 Août 2006 au 31 juillet 2007

4-Echantillonnage

4-1Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients vus en consultation dans le service de Dermatologie pour acné (lésion nodulaire taille variable, non ou peu prurigineux des régions séborrhéiques) pendant la période de l'étude.

-L'accord du patient a été obtenu

4-2 Critères de non inclusion :

-Patients vus pour autres affections dermatologiques que l'acné et patients vus en dehors de la période d'étude

-Refus du patient

5-Plan du travail

5-1 Fiche d'enquête :

5-2 Recueil des données : Il à été effectué au cours des consultations dermatologiques. Tous les cas sont consignés dans un registre de consultations

6- Support des données :

Nos données ont été recueillies et consignées sur des fiches d'enquêtes individuelles a partir d'éléments suivants :

- interrogatoire du patient

-examen physique minutieux et complet.

7-Aspect éthique :

- Tous les patients retenus dans l'étude, ont adhéré librement et volontairement.

- Le travail a été effectué dans la confidentialité, le respect et la dignité des patients.

8- Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur MICROSOFT WORD et EXCEL.

Les traitements et analyse ont été réalisés sur EPI INFO

RESULTATS

IV. LES RESULTATS

Au cours de notre étude 1456 patients ont été consultés, l'acné a été retrouvé chez 74 patients soit 5,08 %.

4.1. Résultats Socio-Démographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon l'Age

Tranche	Effectif absolu	%
0-13	2	2,70
14-18	22	29,73
19-25	29	39,19
26 et Plus	21	28,38
Total	74	100

La classe modale était 19-25 ans (39,19 %).

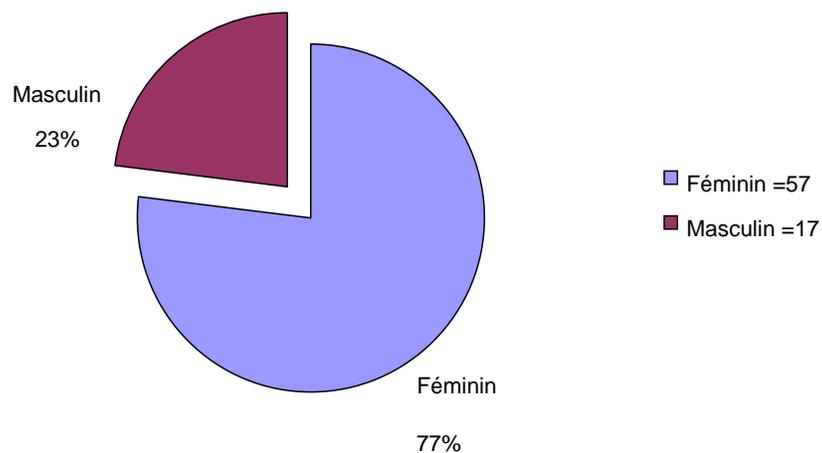


Figure 1 : Répartition des patients s selon le Sexe

Le sexe a été le	Ethnie	Effectif absolu	%	féminin plus
	Bamanan	18	24,32	
	Peulh	13	17,57	
	Soninké	12	16,22	
	Malinké	10	13,51	
	Autres	5	6,76	
	Sonrhaï	3	4,05	
	Minianka	3	4,05	
	Bobo	3	4,05	
	Sénoufo	3	4,05	
	Kassonké	2	2,70	
	Dogon	1	1,35	
	Tamacheck	1	1,35	
	Total	74	100	

représenté (77 %).

Ration=3,4 en faveur du sexe féminin

Tableau II : Répartition des patients Selon l'Ethnie

Provenance	Effectif	
	absolu	%
District de Bamako	72	97,30
Koulikoro	1	1,35
Ségou	1	1,35
Total	74	100

L'Ethnie Bamanan a été la plus représentée (24,32).

Autres : Gabonais=1, Congolais=3, Camerounais=1

Tableau III : Répartition des patients selon la Provenance

La majorité de nos patients était du district de Bamako (97,30%).

Tableau IV: Répartition des patients selon la Profession

Profession	Effectif	
	absolu	%
Elève	29	39,19
Etudiant	22	29,73
Femme au Foyer	6	8,11
Employé de Commerce	5	6,76
Secrétaire	4	5,41
Gestionnaire	3	4,05
Infirmier	2	2,70
Couturier	1	1,35
Mécanicien	1	1,35
Aide soignante	1	1,35
Total	74	100,00

La majorité de nos patients était des Elèves (39,19 %).

Tableau V : Répartition des patients dans le District de Bamako

	Effectif absolu	%
--	------------------------	----------

Commune		
Commune I	15	20,27
Commune II	7	9,46
Commune III	1	1,35
Commune IV	12	16,22
Commune V	21	28,38
Commune VI	16	21,62
Total	72	100

La commune V avec 28,38 % a été la plus représentée.

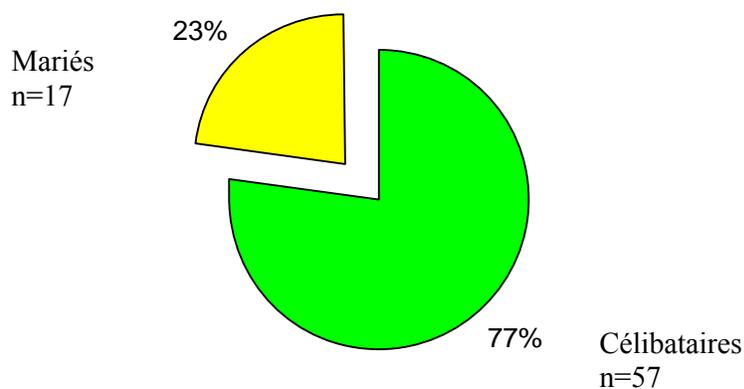


Figure 2 : Répartition des patients selon le Statut Matrimonial.

Nos patients étaient Célibataires dans 77% des cas

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'études	Effectif absolu	%
-----------------	-----------------	---

Secondaire	31	41,89
Supérieur	25	33,78
Non scolarisé	9	12,16
Primaire	5	6,76
Fondamentale	4	5,41
Total	74	100

La majorité de nos patients avait un niveau secondaire (41,89 %)

4.2. Les Résultats Cliniques

Tableau VII : Répartition selon les lésions élémentaires

Lésions élémentaires	Effectif absolu	%
Micro kystes	53	30
Papules	50	29
Pustules	40	23
Comédons	31	18
Total	174	100

Les microkystes ont été les plus retrouvés 30%

Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège des lésions

Siège	Effectif absolu	%
Visage	70	60,35
Dos	19	16,38
Poitrine	16	13,79
Epaules	11	9,48
Total	116	100%

Le visage a été le plus affecté avec 60,35%.

Tableau IX : Répartition des patients selon le siège des lésions et selon le sexe

Siège	Féminin	Masculin	Total	%
Visage	53	17	70	60,35
Dos	13	06	19	16,38
Poitrine	11	05	16	13,79
Epaules	08	03	11	9,48
Total	85	31	116	100 %

Dans les deux sexes la localisation au visage a été la plus retrouvée.

Tableau X : Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif absolu	%
Acné Cosmétique	44	59,46
Acné Papulo-pustuleuse	15	20,27
Acné retentionnelle	12	16,22
Acné Nodulaire	2	18,00
Acné Médicamenteuse	1	01,35
Total	74	100

L'acné cosmétique a été retenue dans 59,4%.

Tableau XI : Répartition des patients selon les facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Effectif absolu	%
UPC	35	47,30
Aucun	31	41,89
Contraceptif	7	9,46
Mixte	1	1,35
Total	74	100

UPC a été la plus représentée (47,30).

Mixte = UPC + contraceptif

Tableau XII : Répartition de patients selon les facteurs favorisants et selon le sexe

Facteurs favorisants	Féminin	Total
UPC	35	35
Aucun	14	31
Contraceptif	07	07
Mixte	01	01
Total	57	74
%	77%	100%

Le facteur le plus retrouvé chez les femmes a été UPC avec 47,30%
Aucun facteur favorisant n'a été retrouvé chez les hommes.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5-1 Commentaires de la méthodologie

5.1.1 Cadre de l'étude

Situé en plein cœur du district de Bamako, l'hôpital GABRIEL TOURE demeure la structure hospitalière la plus sollicitée des trois (3) hôpitaux nationaux. Il est fréquenté non seulement par la population de la capitale, mais aussi par les patients provenant des autres régions du pays. En son sein, il existe plusieurs services spécialisés tels que : la Pédiatrie, ORL, la Dermatologie, la Gynécologie-obstétrique, la Traumatologie-orthopédie, l'Urologie, la Cardiologie, la Gastro-entérologie, la Diabétologie et la Chirurgie infantile, la Chirurgie générale, la Neuro chirurgie, la Radiologie, la Réanimation.

Notre étude a été possible :

- D'une part, grâce à la réouverture du service de Dermatologie. Elle a prouvé la nécessité et la pertinence de la création de ce service après quinze (15) années de fermeture, dans l'intérêt de la population : accès facile, amoindrissement du coût financier de la prise en charge des patients.

- D'autre part, grâce à une bonne et franche collaboration entre les différents services.

5-1-2 Echantillonnage :

Nous-nous sommes intéressés à tous les malades vus en consultation dans le service de dermatologie pour acné. Tous nos malades ont été vus en ambulatoire.

Le recrutement a été possible et facile grâce à une étroite collaboration entre les praticiens et les patients.

5-2 Commentaires des résultats

5-2-1 données sociodémographiques

- **Age :** la tranche d'âge [19-25] a été la plus affectée, car elle est la plus grande utilisatrice des produits cosmétiques et particulièrement dépigmentants [1]. La période de survenue de l'acné dans notre étude est plus tardive que celle rapportée dans la littérature [7].

- **Sexe** : le sexe ratio en faveur des femmes a été observé dans notre étude. Comme constat a été celui de Dreno B [31] ; et de Daniel F [27].

- **Ethnie** :

Les bamanans ont été l'ethnie la plus représentée, cela s'explique par le fait qu'au Mali les bamanans constituent l'ethnie majoritaire : plus d'un tiers de la population [35].

.Selon la profession :

Les élèves ont été les plus représenté(e)s dans notre étude. Ils relèvent de la classe modale 19-25ans et pratiquent la dépigmentation provoquée. Ils sont aussi utilisateurs de produits cosmétiques

- **Selon la provenance** :

La majorité de nos patients était du district de Bamako, ceci s'explique par le lieu de l'étude

.Selon le statut matrimonial :

Les célibataires ont été nombreux dans notre série. Dans notre société, elles ont moins de contraintes, que les femmes mariées ; et donc plus de temps à consacrer à l'esthétique.

.Selon le niveau d'étude :

Nos patients dans 41,89% des cas avaient un niveau d'étude secondaire, cela s'expliquant par l'âge de survenue de l'affection

5-2-2- Données Cliniques :

Cette étude a prouvé que parmi les motifs de consultation en dermatologie : 5,08 des cas étaient vus pour acné donc ce n'est pas une dermatose rare.

Le diagnostic de l'acné cosmétique a été retenu dans la majorité des cas ceci pouvant s'expliquer par l'utilisation abusive des produits cosmétiques à base d'hydroquinone ou de dermocorticoïde qui sont des facteurs favorisant à la survenue de l'acné. Ces produits dépigmentant ont été le facteur favorisant le plus retrouvé ; par contre le tabagisme n'était pas un facteur favorisant.

Il faut noter par ailleurs : que les tableaux cliniques de l'acné cosmétique, dans notre étude est superposable à ceux de l'acné papulo-pustuleuse ; cliniquement dans les cas observés ce sont des tableaux d'acné papulo-pustuleuse

L'acné rétentionnelle a été le diagnostic exclusivement retenu chez les hommes et n'ont présenté aucun facteur de risque.

Le visage a été le siège le plus concerné, cela s'explique aisément car cette partie du corps est fortement séborrhéique.

CONCLUSION

CONCLUSION :

L'étude a porté sur les aspects épidémiologiques et cliniques de l'acné dans le service de dermatologie du CHU Gabriel Touré durant la période du 01 août 2006 au 31 juillet 2007.

Nous avons procédé à une étude prospective portant sur les sujets atteints d'acné. Au total 74 patients ont été retenus pour étude.

Cette étude a montré que 5,08 % des consultations dermatologiques avaient comme motif l'acné.

L'acné touche surtout la population jeune. Le sexe féminin a été le plus affecté. Les bamanans ont été les plus nombreux. La couche sociale la plus affectée a été les élèves et étudiants. Le diagnostic d'acné cosmétique a été retenue dans la majorité des cas et se présente cliniquement comme acné papulo-pustuleuse. Le visage a été la localisation la plus fréquente. Le facteur favorisant le plus retrouvé a été l'U P C. Le tabagisme n'a pas été un facteur favorisant.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

1- Aux autorités sanitaires du mali :

- Faire des campagnes d'information et de sensibilisation radiodiffusées et télévisées sur les méfaits de la dépigmentation provoquée 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 provoquée et l'auto médication.
- Consulter rapidement et systématiquement un spécialiste en cas d'éruption persistante sur le visage.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Poli F, Prost C, Revuz J.
Gram négative bactéria folliculitis

Ann Dermatol Venereol 1998; 115(8): 797-800.
- [2] Lukasiewicz E, Martel J, Roujeau JC, Flahaut A.
Dermatology in private practice in France in 2000
Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129(11): 1261-5.
- [3] Gathse A, Obengui, Ibara JR,
Reasons for consulting related to skin-bleaching products used by
104 women in Brazzaville
Bull Soc Pathol Exot 2005; 98 (5): 387-9.
- [4] Pitche P, Afanou A, Amanga Y, Tchangai-Walla K.
Prevalence of skin disorders associated with the use of
bleaching cosmetics by Lome women
Sante 1997; 7(3):161-4.
- [5] Mahe A, Keita S, Bohin P.
Dermatologie complications of the cosmetic use of bleaching
agents in Bamako Mali
Ann Dermatol Venereol 1994; 121(2): 142-6.
- [6] Pour une conférence de la terminologie en langue française.
Ann Dermatol Vénéreol 1994 ;121 : 207.

- [7] Grosshans E.,
Classification anatomoclinique
Ann Dermatol Vénéréol 2001; 128 : 111
- [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
- [9] König A., Bruckner-Tuderman L., Schnyder U W.
Cigarette smoking in acne
Dermatology 1999;198:261
- [10] Humbert Ph. Et coll.,
Oedème dur facial associé à l'acné vulgaire
Ann Dermatol Vénéréol 1990;117: 52
- [11] Thiboutot D.M., Knagg H., Gilliland K., Hagari S.
Activity of 5 α reductase is greater in follicular infundibulum
compared with the epidermis
Ann Dermatol 1997; 136: 166
- [12] Plewig G., Kligman A.M.,
Acne and rosacea. 3rd ed. Springer Verlag, 2000.
- [13] Niamba P., Weill F.X., Sarlangue J., Labreze C., Couprie B.,
Taïb A
Is common neonatal cephalic pustulosis (neonatal acne) triggered
by malassezia
Arch Dermatol 1998; 134: 995
- [14] Munro C.S.
Epidermal masticism producing localised acne
Lancet 1998; 352: 704.

- [15] Petlau P.,
Eine märterbuch tradition
Eur J Dermatol 1994; 4: 608.
- [16] Grosshans E.M.,
Not all back follicular plugs are comedones
Dermatology 1998; 196: 274.
- [17] Grosshans E., Marks P., Mascaro J. M., Torra H., Meynadier J.,
Alirezai M., Finlay .A.Y., Soto P., Poncet M., Verschoore M., Clucas
Evaluation of clinical efficacy and safety of adapalène 0,1% versus trétinoïne
0,025% in the treatment of acne vulgaris
Br J Dermatol 1998; 139, suppl. 52, 26.
- [18] Edlund E., Johnsson U., Lidgren L., Pettersson H., Sturfelt G.,
Svensson B
Palmoplantar pustulosis and sternocostoclavicular arthro osteit
Ann Rheum Dis 1988; 47: 809.
- [19] Lucky A. W., Biro F M., Husterg H.
Acné vulgaris in premenarchal girls
Arch Dermatol 1994 ; 130 : 308.
- [20] Tsukada M., Schroder., Roos T.C.
Retinoic acid suppresses hippocampul cell division and
hippocampul dependant learning in mice
J Invest Dermatol 2000 ; 115 : 321.
- [21] Autret E., Radal M., Jonville-Bera AP., Goehrs J M.
Isotretinoïne chez la femme à l'age de procéder
Ann Dermatol Vénérolog 1997; 124: 518

- [22] Wysowski D.K., J.
An analysis of reports of depression and suicide in patients
treated with isotretinoin
Ann Acad Dermatol 2001; 45: 515.
- [23] Jick S., Kremers H M., Vasilakis-scaramozza C.
Isotretinoin use and risk of depression
Arch Dermatol 2000; 136: 1231.
- [24] Léaute-Labrèze C., Gautier L., Labbe L., Taieb A.
Infantile acne and isotretinoin
Ann Dermatol Vénéréol 1998; 125: 132.
- [25] Eady E. A., Jones C E., Tripper J L., Cove J H., Cunliffe W J., Layton A M.
Determination of domain of proteins from X ray
Br Med J 1993; 306: 555.
- [26] Dreno B, Daniel F, Allaert FA, Aube I.
Acne: evolution of the clinical practice and therapeutic
management of acne between 1996 2000
Eur J Dermatol 2003 ; 13(2): 166-70.
- [27] Daniel F, Dreno B, Poli F, Auffret N, Beylot C, Bodokh I, Chivot M,
Humbert P, Meynadier J, Clerson P, Humbert R, Berrou JP,
Dropsy R.
Descript epidemiological study of acne on scholar pupils in
France during autumn 1996
Ann Dermatol Venereol 2000 ; 127(3):273-8.

- [28] 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.
- [29] Maisonneuve H, Cambazard F, Levy E, Thivolet J.
Evaluation of numbers and cost of severe acne in France
Ann Dermatol Venereol 1987; 114(10): 1203-9.
- [30] Quereux G, Volteau C, N'Guyen JM, Dreno B.
Prospective study of risk factors of relapse after treatment of
acne with oral isotretinoin.
Dermatology 2006;212(2):168-76.
- [31] Mahe A, Cisse I Ah, Faye O, N'Diaye HT, Niamba P.
Skin diseases in Bamako (Mali)
Int J Dermatol 1998 ;37(9): 673-6.
- [32] Poli F, Dreno B, Verschoore M.
An epidemiological study of acne in female adults: results of a
severy conducted in France.
J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001 Nov;15(6): 541-5.
PMID: 11843213 [PubMed-indexed for MEDLINE]
- [33] Mahe A, Ly F, Aymard G, Dangou JM.
Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching
products in women from Dakar, Senegal.
Br J Dermatol 2003 ;184(3):493-500
- [34] Del Giudice P, Raynaud E, Mahe A.
Cosmetic use of skin depigmentation products in Africa
Bull Soc Pathol Exot2003; 96(5):389-93. Review
- [35] Chronologie du Mali, la diversité ethnique

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Traoré

Prénom : Fousseinou

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et clinique de l'acné dans le service de dermatologie de l'hôpital Gabriel Touré

Année : 2008- 2009

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé : L'acné est une affection fréquente qui présente une morbidité physique et psychologique importante. L'utilisation des produits dépigmentants dans beaucoup de pays subsahariens a pour complication première : l'acné. Nous avons mené une étude prospective de 12 mois, au total 5,08% des patients ont consulté pour acné.

La tranche d'âge [19-25] a été la plus touchée.

Le sexe ratio était en faveur des femmes.

Les bamanans ont été les plus nombreux (24,32%)

Les élèves et étudiants ont été les plus représentés (68,92%)

l'acné cosmétique a été la forme la plus représentée (48, 65%)

Le facteur favorisant le plus retrouvé a été l'U.P.C. (47,30%)

et enfin 41,89% avaient un niveau secondaire.

Mots-clés : Acné, dermatologie, CHU Gabriel Touré, Bamako

Hôpital Gabriel Touré
Service de Dermatologie
Bamako

FICHE D'ENQUETE

N° fiche d'enquête :

Date :.../.../....

I- Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Domicile :

Ethnie :

Profession

Statut matrimonial :

II- Examen clinique

- Siège de la lésion :

- Description de la lésion :

III- Facteurs favorisants :

- 1- utilisation de produits cosmétiques
- 2- prise de contraceptif
- 3- autres à préciser
- 4- aucun

IV- Diagnostic clinique :

V- Traitement :

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'Être 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 se sont 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.