

Pityriasis Rosé de Gibert révélant une Hépatite virale B **Pityriasis rosea revealing a viral Hepatitis B**

Karabinta Y^{1,2}, Faye O^{1,2}, Konaté I^{2,3}, Sylla O¹, Dicko A^{1,2}, Cissé L¹, Gassama M¹, Traoré B¹, Fofana Y¹, Touré S¹, Dao S^{2,3}.

¹Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), Bamako, Mali.

²Faculté de médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, Mali

³Service des Maladies infectieuses du CHU Point « G », Bamako, Mali

Auteur correspondant : Dr KARABINTA Yamoussa, Assistant, FMOS/USTTB, BP : 251, Bamako/Mali, Email : ykarabinta@yahoo.com

Résumé

Le pityriasis rosé, décrit par Gibert en 1860, est une dermatose fréquente, bénigne, transitoire, et d'étiologie inconnue qui atteint surtout les adultes jeunes. On pense qu'il s'agit d'une affection virale, mais sans argument bien probant. Nous rapportons un cas de Pityriasis Rosé de Gibert (PRG) révélant une hépatite virale B. Observation : Il s'agissait d'un adulte de 47 ans originaire de Diago (Commune de Kati), sans antécédents médicaux et chirurgicaux connus, qui consulte pour des macules rosées disséminées sur tout le tronc associées à du prurit chez qui le diagnostic de PRG a été retenu. Il a bénéficié de la vaseline à l'urée 5% et de la Mequitazine 10mg comme traitement. Devant la persistance du prurit un bilan biologique à la recherche d'une étiologie fut demandé et cela a conduit au diagnostic d'une infection par le virus de l'hépatite B. Conclusion : Cette observation devrait conduire les dermatologues à proposer systématiquement la recherche d'une infection virale à l'hépatite B devant des PRG très prurigineux et résistants aux traitements habituels.

Mots clés: PRG, Hépatite virale B

Abstract

Pityriasis rosea, described by Gibert in 1860, is a frequent, benign, transient dermatosis, with unknown etiology that affects especially young adults. It is believed to be a consequence of a viral infection, but this argument is not convincing. We report a case of Pityriasis Rosea from Gilbert (PRG) revealing viral hepatitis B. Observation: This was a 47-year-old adult from Diago (commune of Kati), with no known medical and surgical history, who was seen for pink spots scattered throughout the trunk associated with pruritus in which the retained diagnosis was PRG. He have given vaseline with urea 5%, and Mequitazine 10mg as treatment. Facing the persistence of this pruritus despite this treatment, a biological investigation was done to look for probable etiology was requested and this led to the diagnosis of an infection with the hepatitis B virus. Conclusion: this observation should lead dermatologists to systematically search for hepatitis B viral infection when facing a PRGs that are very pruriginous and resistant to the usual treatments.

Mots clés : Pityriasis rosea, Viral hepatitis B

Introduction

Le pityriasis rosé de Gilbert (PRG), est une dermatose éruptive, bénigne d'étiologie inconnue atteignant fréquemment les enfants et les adultes jeunes [1], caractérisée par des lésions maculeuses rosées, finement squameuses, disséminées sur le corps.

L'affection a été décrite pour la première fois par un dermatologue français, Camille Melchior Gilbert. Sa fréquence est estimée à 1% dans la population générale [2]. Mais cette fréquence est probablement sous-estimée. En effet, le PRG est très courant et la bénignité de cette affection ainsi que la rapidité de résolution des symptômes n'amènent pas toujours les patients à consulter. C'est une pathologie cosmopolite qui représente 0,16 à 0,67% des consultations dermatologiques au Royaume uni [2], au Soudan [3], en Inde [4] et chez les enfants au Koweït [5]. Sa prévalence est de 0,6% chez les enfants au Burkina Faso [1]; sa fréquence varie entre 2,3 et 4,8 % au Nigéria et en Ouganda, où elle s'avère plus élevée que dans d'autres pays [2, 3, 5]. Son étiologie reste inconnue bien que plusieurs agents infectieux ont été incriminés puis exclus (les mycoplasmes, le virus influenza A et B, parainfluenzae, virus respiratoire syncytial, 1, 2, 3, parvovirus B19, virus zona-varicelle).

Actuellement, la piste la plus probable semble se tourner vers les agents viraux notamment les Herpes viridae et les Humain herpes virus (HHV) réactivés secondairement.

Nous rapportons un cas d'hépatite virale B relevée par un PRG.

Observation

Il s'agit d'un adulte de 47 ans originaire de Diago (Commune de Kati), sans antécédents médicaux et chirurgicaux connus, sans notion de prise médicamenteuse, qui consulte pour des lésions cutanées associées à un prurit.

Examen clinique:

Nous avons noté sur la peau glabre des macules ovalaires, rosées de 2 mm à 1 cm de diamètre avec un médaillon centrale localisé sur le dos. La surface de ces lésions maculeuses était recouverte de fines squames. Ces lésions extensives étaient localisées au tronc, au dos et aux deux cuisses [Figure 1].



Figure 1 : Macules en médailles

Le visage et les deux jambes étaient respectés. Un prurit diffus était associé à ces lésions cutanées. Les muqueuses buccales, génitales et les phanères étaient sans particularités. Le reste de l'examen clinique était normal. Le diagnostic de PRG a été retenu devant ces arguments cliniques. Un traitement à base de : l'émollient (Vaseline à l'urée 5%) en application corporelle deux fois par jour associé à un antihistaminique (Mequitazine 10mg) 1 comprimé par jour a été débuté. Deux semaines plus tard, le patient consulte à nouveau pour persistance du prurit. Devant la persistance de ce prurit, un bilan à la recherche d'une étiologie fut demandé, notamment, une numération formule sanguine, une créatininémie, les transaminases, une glycémie à jeun, la

bilirubinémie totale et conjuguée, l'antigène (Ag) HBs, Ac anti-HBc.

Les conclusions de ce bilan ont révélé une hypersidérémie, une hypertransaminasémie, un AgHBs plus Ac anti-HBc IgM positifs. Au regard de ces résultats, le diagnostic d'une hépatite virale B aigüe associé à un PRG fut retenu.

Traitement : La prise en charge du PRG a été faite par un émollient : vaseline à l'urée 5 % et un Dermocorticoïde (Locoïd crème) en application corporelle 2 fois par jour associé à deux antihistaminiques : Desloratadine 5mg 1comp Matin et Atarax 25mg 1comp la nuit.

Pour l'Hépatite virale aigüe, après avis des infectiologues, aucun traitement n'a été instauré.

L'évolution en deux mois était marquée par la disparition des lésions cutanées et du prurit.

Une surveillance régulière pour le suivi de son hépatite B a été instaurée par le service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G.

Discussion :

Notre observation a porté sur un cas de PRG chez un patient avec un AgHBs positif. Cette observation, première du genre soulève encore le problème d'étiologie du PRG et met un accent sur son origine virale.

Les variations d'incidence, les cas de PRG dans l'entourage des patients, l'atteinte de certains groupes professionnels, les prodromes pseudogrippaux et la rareté des récurrences plaident pour une cause infectieuse [6].

L'évolution en deux temps suggère la multiplication de l'agent responsable au niveau du médaillon initial, suivie d'un processus disséminé de nature, soit septique, soit immunologique réactionnelle.

Bien que la piste virale est maintenant bien connue, le virus en question ne fait pas l'unanimité dans le milieu de la recherche: le virus de l'herpès humain 6 et 7 (HHV6 et HHV7) serait en cause, mais leurs rôles sont encore à déterminer (l'HHV7 jouerait un rôle prépondérant, tandis que le rôle des HHV6 est moins évident [7]).

Malgré, ces décennies d'enquête pour identifier l'agent causal, le mystère demeure toujours.

Takahirou *et al*, à partir des prélèvements de peau lésée, de peau saine, de sang et de la salive chez 14 patients atteints de PRG avaient mis en évidence l'ADN de HHV7 dans 93% et de HHV6 dans 86% par PCR ; Canpolat Kirac B *et al* ainsi que Sankararaman S *et al* avaient fait les mêmes constats [7-9]. Selon Drago *et al*, HHV7 jouerait le rôle prédominant et HHV6 ne serait qu'un co-facteur activateur

[6, 10, 11]. Pour d'autres auteurs, le PRG résulterait d'une infection virale active. A la lumière de notre observation et les recherches antérieures, nous pouvons dire que le PRG serait une manifestation dermatologique secondaire à une réplication virale au cours de toutes infections virales.

Conclusion : cette observation devrait conduire les dermatologues à proposer systématiquement la recherche d'une infection virale à l'hépatite B devant des PRG très prurigineux et résistants aux traitements habituels.

Références bibliographiques

1. Petit A. Pityriasis rosé. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 98-320-A-10.
2. Burch PR, Rowell NR. Pityriasis rosea--an autoaggressive disease? Statistical studies in relation to aetiology and pathogenesis. *Br J Dermatol* 1970; 82: 549 – 60.
3. Ahmed MA. Pityriasis rosea in the Sudan. *Int J Dermatol* 1986; 25: 184-5.
4. Sharma L, Srivastava K. Clinicoepidemiological study of pityriasis rosea. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74 : 647-9.
5. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric

Dermatology clinic patients in Kuwait: An analysis of 10 000 cases. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 6-1.

6. Drago F, Broccolo F, Rebora A. « Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology » *J Am Acad Dermatol* 2009; 61:303-18.

7. Takahirou W, Hideo K, Takashi M, Hiroyuki K, Takashi k, Satoshi F, et al. Pityriasis rose is associated with systemic active infection with both human herpes Virus-7 and human herpes-6. *J Invest Dermatol*. 2002, 119 : 793-7

8. Canpolat Kirac B, Adisen E, Bozdayi G, Yucel A, Fidan I, Aksakal N, Gurer MA. « The role of human herpesvirus 6, human herpesvirus 7, Epstein-Barr virus

and cytomegalovirus in the aetiology of pityriasis rosea » *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23:16-21.

9. Sankararaman S, Velayuthan S. Multiple recurrences in pityriasis rosea—a case report with review of the literature. *Indian J Dermatol*, 2014;59:316

10. Seudjip NLJ, Bunga MP, Ahogo KC. Epidemiologie et clinique du pityriasis rose de gibert chez les enfants aux cliniques universitaires de Kinshasa : *J Innov Res Health Sci. Biotechnol* 2017; 2: 381-5.

11. Traore A, Korsaga-Some N, Niamba P, Barro F, Sanou I, Drabo YJ. Pityriasis rosea in secondary schools in Ouagadougou, Burkina Faso. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 605-9.