

Aspects épidémiologiques et cliniques du vitiligo de l'enfant à l'Hôpital de Talangaï, Brazzaville au Congo.

Epidemiological and clinical aspects of childhood vitiligo at Talangaï hospital, in Brazzaville, Congo.

Bayonne Kombo ES^{1,3*}, Loubove HC², Kanga Okandze A¹, Soussa RJB⁴, Moyen G³.

¹Service de Dermatologie, Hôpital de Talangaï, Brazzaville

²Service de Pédiatrie, Hôpital de Talangaï, Brazzaville

³Faculté de Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville

⁴Service de Dermatologie, CHU Brazzaville

Auteur correspondant : BAYONNE KOMBO Edith Sophie, Email : sophiekb@outlook.com, B.P. 13423 Brazzaville, Congo.

RESUME

Introduction : Le vitiligo, hypomélanose liée à la destruction des mélanocytes, est une pathologie peu décrite chez l'enfant. L'objectif de l'étude était de déterminer la prévalence, décrire le profil épidémiologique et les aspects cliniques du vitiligo chez l'enfant à Brazzaville. **Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée de janvier 2016 à décembre 2018, au service de Dermatologie de l'Hôpital de Talangaï, à Brazzaville. Les enfants de moins de 15 ans, reçus pour vitiligo ont été inclus. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la durée d'évolution, l'existence du prurit, la distribution des lésions et la topographie. Le logiciel Epi Info7 a permis le traitement des données. **Résultats :** Vingt sur 492 enfants consultés présentaient un vitiligo, soit 4,06%. Il s'agissait de 18 filles et 2 garçons, d'âge moyen 6,1 ans. L'âge moyen au début des symptômes était de 5,5 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 8,2 mois. Le vitiligo était asymptomatique chez 19 enfants. Un prurit était noté chez un enfant. Le vitiligo était non segmentaire dans 14 cas. La localisation ano-génitale était observée dans neuf cas et acro-faciales dans six cas. **Conclusion :** La localisation anogénitale prédominante du vitiligo exposant au retentissement psychologique chez les parents et chez l'enfant plus grand nécessite le renforcement de l'information, l'éducation et la communication pour un meilleur vécu de la maladie.

Mots-clés : vitiligo, hypopigmentation, enfant, Congo.

SUMMARY

Background: Vitiligo is a hypomelanosis associated with the destruction of mélanocytes. It is a pathology poorly described in children. The objective of the study was to determine the prevalence, describe the epidemiological profile and clinical aspects of vitiligo in children in Brazzaville. **Patients and methods:** It was a descriptive cross-sectional study conducted from January 2016 to December 2018, at the Dermatology Department of Talangaï Hospital, Brazzaville. Children under 15 years old, received for vitiligo have been included. The variables studied were age, sex, place of residence, duration of evolution, the existence of pruritus, distribution of lesions and topography. The data were processed by Epi Info7 software. **Results:** Twenty out of 492 children consulted had Vitiligo, or 4.06%. They were 18 girls and two boys, middle-aged 6.1 years. The average age at the onset of the symptoms was 5.5 years. The average duration of the disease was 8.2 months. Vitiligo was asymptomatic in 19 children. A pruritus was noted in one child. Non-segmental type of vitiligo was observed in 14 cases. The anogenital and acrofacial localization was respectively observed in nine cases and six cases. **Conclusion:** The predominant anogenital and acrofacial localization of vitiligo, which is likely to cause psychological repercussions in parents and in the larger child, require strengthening of information, education and communication for a better experience of the disease.

Keywords: Vitiligo, hypopigmentation, child, Congo.

INTRODUCTION

Le vitiligo est une hypomélanose circonscrite caractérisée par des macules et nappes dé-

pigmentées, secondaires à une destruction des mélanocytes de l'épiderme [1,2]. Sa prévalence est de 0,5 à 1% de la population mon-

diale [2, 3]. Il peut survenir à tout âge mais la moitié des cas apparaît avant l'âge de 20 ans et 25% avant l'âge de 14 ans [2-4]. L'étiopathogénie est complexe et fait intervenir plusieurs mécanismes parfois associés, au nombre desquels la destruction des mélanocytes par un mécanisme auto-immun ou par l'action de métabolites oxydatifs et un défaut d'adhésion des mélanocytes engendré par des microtraumatismes répétés [5, 6]. Le vitiligo a des répercussions psychologiques, particulièrement chez les sujets noirs, chez qui les lésions revêtent un caractère plus affichant [2,7]. Chez l'enfant, son influence négative sur la qualité de vie ultérieure à l'âge adulte a été également rapportée [8]. Il a été révélé au cours d'une méta-analyse que plusieurs études ont été faites sur le vitiligo, mais très peu ont concerné les enfants, notamment en Afrique sub-saharienne [9]. Au Congo, le vitiligo de l'enfant n'est pas documenté. Cette étude hospitalière avait pour objectifs de déterminer la prévalence, de décrire le profil épidémiologique et les aspects cliniques du vitiligo à Brazzaville.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive menée durant une période de trois ans, de janvier 2016 à décembre 2018, au service de Dermatologie de l'Hôpital de Talangai, formation sanitaire de niveau 2. La population d'étude était constituée des enfants âgés de moins de 15 ans, reçus en consultation externe de dermatologie pour une hypopigmentation cutanée. Les enfants chez qui le diagnostic de vitiligo était retenu et dont un parent ou tuteur avait donné son consentement pour participer à l'enquête ont été inclus. Les enfants présentant un vitiligo, reçus en visite de contrôle n'étaient pas inclus. Le consentement du parent ou tuteur a été également requis pour les photographies. Le diagnostic de vitiligo était porté sur des arguments cliniques et anamnestiques [10]. Les données épidémiologiques étaient recueillies auprès de l'accompagnant. Dans certains cas, le recours à un membre de la famille par téléphone pour compléter les données était effectué. Chez tous les enfants, un examen clinique était réalisé, complété au besoin par l'examen à la lampe de Wood.

Toutes les données épidémiologiques et cliniques étaient collectées sur un formulaire préétabli. Les variables étudiées étaient socio-démographiques (âge, sexe, scolarité, lieu de résidence habituel); anamnestiques (antécédents familiaux, âge au début des symptômes, délai d'évolution, soins effectués avant la consultation) et cliniques (existence de prurit ou de douleur, type de vitiligo, topographie, existence d'un phénomène de Koebner, existence d'une affection thyroïdienne cliniquement décelable, existence d'une alopecie). Les définitions opérationnelles utilisées étaient tirées de la Vitiligo European Taskforce (VETF) [3]. Aussi, le terme vitiligo segmentaire (VS) était utilisé pour désigner un vitiligo de distribution unilatérale correspondant à un dermatome, celui de vitiligo non segmentaire (VNS) désignait toutes les autres formes de vitiligo ne répondant pas à la description de VS. Le Vitiligo mixte (VM) désignait des lésions de VNS associées à des lésions de VS. Le terme de phénomène de Koebner était attribué pour des lésions de vitiligo survenues sur des zones de frottement quotidien (friction, vêtements, pansement, pression, etc.). Le traitement des données était réalisé à l'aide du logiciel Epi Info version 7.

RESULTATS

Prévalence

Au cours de la période d'étude, 492 enfants de moins de 15 ans étaient reçus en consultation externe de dermatologie dont 20 d'entre eux l'étaient pour un vitiligo. Le vitiligo représentait 4,06% des affections pédiatriques rencontrées en consultation externe de janvier 2016 à décembre 2018. Le nombre de cas de vitiligo était de sept pour chacune des années 2016 et 2017 et six pour l'année 2018.

Caractéristiques de la population d'étude

Il s'agissait de 18 filles et deux garçons d'âge moyen 6,1 ans extrêmes (un et onze ans) et un écart type de 2,6. La médiane et le mode des âges étaient respectivement de cinq ans six mois et cinq ans. L'âge moyen chez les filles était de 5,9 ans versus sept ans six mois chez les garçons. Les enfants de cinq à huit ans représentaient 65% de la population étudiée (figure 1). Dix-neuf enfants résidaient à Braz-

zaville et un (1) enfant provenait d'un des départements du Congo.

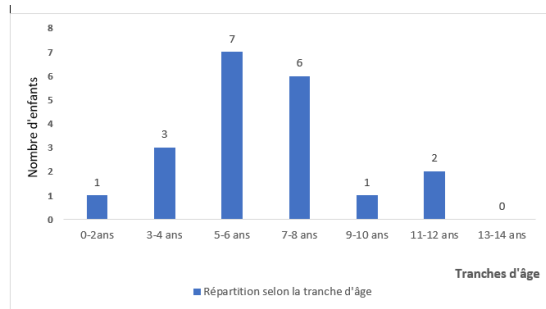


Figure 1 : Répartition par tranche d'âge de 20 enfants présentant un vitiligo à l'Hôpital de Talangai (Brazzaville, Congo).

Caractéristiques cliniques du vitiligo

Aucun antécédent familial de vitiligo n'était retrouvé. L'âge moyen des enfants au début des symptômes était de cinq ans six mois. La durée moyenne d'évolution de la maladie lors de la première consultation était de huit mois deux semaines extrêmes (un à 36 mois). Cinq enfants avaient eu recours à un service de santé avant la consultation de dermatologie et un enfant avait reçu un traitement traditionnel local. Quatre enfants étaient référés par un personnel soignant et 16 enfants étaient venus d'eux même. Dix-neuf enfants étaient asymptomatiques. Le prurit était noté chez un enfant. Le vitiligo était non segmentaire chez 14 enfants, segmentaire et mixte respectivement chez quatre et deux enfants. Les localisations ano-génitales étaient observées chez neuf enfants, tous de sexe féminin (figure 2).

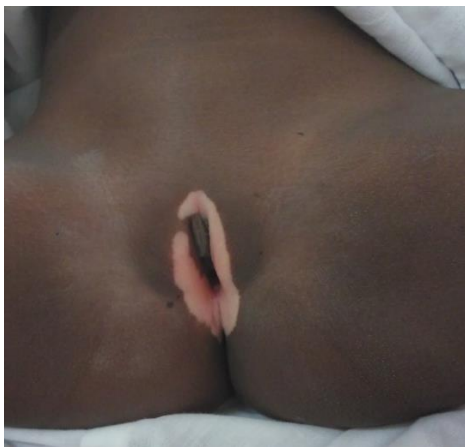


Figure 2 : Vitiligo de topographie vulvaire chez une fille de 7 ans (photo auteur).

Les localisations acro-faciales (visage, mains, pieds) étaient observées chez 6 enfants. La répartition selon la topographie est consignée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition selon la topographie du vitiligo chez 20 enfants à l'hôpital de Talangai (Brazzaville, Congo)

Topographie	Effectif	Fréquence (%)
Bras	2	10,0
Cou	1	5,0
Mains	2	10,0
Multifocal	1	5,0
Péribuccale	1	5,0
Pieds	1	5,0
Visage	3	15,0
Vulvaire	6	30,0
Vulvaire et périanale	3	15,0
Total	20	100,0

DISCUSSION

Cette étude présente, sans nul doute, quelques écueils, dont celui relatif à son caractère monocentrique car, réalisée dans une structure sanitaire de niveau 2. Cependant, l'hôpital de Talangai, cadre de l'étude, bien que de niveau 2 est situé dans l'arrondissement le plus peuplé de la ville et dispose en son sein d'un service de première référence pour les patients présentant des problèmes dermatologiques. Le vitiligo représente 4,06% des affections rencontrées en consultation externe de dermatologie pédiatrique à l'Hôpital de Talangai. Quelques données hospitalières sont rapportées. Tel est le cas en Inde où une prévalence de 2,4% est rapportée en consultation externe en dermatologie [4]. Tel est aussi le cas en Jordanie avec une prévalence hospitalière de 3,55% chez les enfants de zéro à 12 ans et en Turquie où la prévalence du vitiligo est estimée à 1,44% chez les enfants de zéro à 16 ans [11, 12]. D'autres études de portée régionale ou nationale ont été rapportées ces quinze dernières années. C'est le cas au Mali où une prévalence de 0,23% est rapportée chez les enfants de moins de 15 ans [13]. C'est aussi le cas en Chine et en Egypte où des prévalences respectives de 0,09% et 0,06% sont rapportées sur des populations de six à 12 ans

[14,15]. Le vitiligo affecte classiquement les deux sexes dans la population générale [1,2]. Dans cette étude, il a été noté une prédominance féminine comme dans la plupart des séries pédiatriques [4,16, 17]. En Inde, une prédominance masculine est rapportée [4]. L'âge moyen de 6,1 ans noté lors de la première consultation dans cette étude est proche de celui rapporté en Jordanie, en moyenne de 6,8 ans [19]. En Chine, un âge moyen de 8,8 ans est rapporté [18]. Les antécédents familiaux de vitiligo, classiquement décrits, n'ont pas été retrouvés dans cette étude [8, 20]. Il est établi que le vitiligo n'est pas une maladie héréditaire mais, il existerait une prédisposition génétique en rapport avec certains antigènes du complexe majeur d'histocompatibilité (HLA DR4 chez le sujet noir) [6,20]. Des travaux en Jordanie rapportent une histoire familiale de vitiligo dans 12,9% des cas [19]. Dans ceux réalisés en Chine, l'histoire familiale de vitiligo est retrouvée dans 13,55% et 11,1% des cas [16, 18]. En Inde, une fréquence plus élevée de 24,3% est rapportée [17]. Il est également rapporté note que les enfants qui avaient un antécédent familial de vitiligo avaient un risque plus élevé de développer un vitiligo d'apparition précoce [21].

L'absence d'antécédents familiaux de vitiligo dans cette série pourrait être en rapport avec nos valeurs culturelles caractérisées par l'absence de partage d'information dans la famille devant une maladie générale. Les enfants présentant un vitiligo sont vus tard, en moyenne 8,2 mois après le début des symptômes dans cette étude. Les études réalisées en Chine rapportent un délai de consultation moyen de 3,4 mois et 19,7 mois [16,18]. Le vitiligo est asymptomatique mais peut parfois s'accompagner de prurit [2]. Il se manifeste par une macule achromique blanc laiteux, de forme et de taille variables, à contours irréguliers, le plus souvent convexes [1, 2, 22, 23]. La distribution des lésions permet la classification en trois formes : segmentaire, non segmentaire et mixte. Cette étude confirme la classique prédominance des formes non segmentaires [24]. Le vitiligo segmentaire chez l'enfant varie entre 4,6 et 32,5% selon les études [24]. Il a constitué 20% de notre popu-

lation d'étude, 4,6% de l'étude menée en Inde [4]. En Chine, le VS a représenté 25,8% des cas [16]. La topographie du vitiligo est ubiquitaire et les régions les plus fréquemment touchées sont le visage, la face dorsale des mains et pieds, les coudes, les aisselles et la région anogénitale [10, 22,24]. Chez l'enfant, la localisation muqueuse est rare et lorsqu'elle existe elle est souvent vulvaire [24]. La localisation vulvaire a été rapportée dans 30% des cas et la localisation ano-vulvaire dans 15% des cas. Les zones physiologiquement hyperpigmentées et celles soumises à des traumatismes répétés, des frictions ou des pressions, constituent aussi des zones de prédilection du vitiligo, réalisant le phénomène de Koebner [22]. La localisation vulvaire prédominante, conséquence des frottements réguliers lors des soins d'hygiène de la fille, peut être considérée comme une zone de microtraumatismes [24]. Il n'existe pas de dépistage pré-clinique du vitiligo [25]. Son diagnostic est basé sur l'anamnèse et l'examen clinique [25,26]. Dans les cas atypiques, l'examen à la lampe de Wood peut être utile pour confirmer l'absence totale de pigmentation sur la peau [25]. Les études montrent que le vitiligo est parfois associé à des affections auto-immunes, non recherchées dans cette étude en raison de l'inaccessibilité des moyens diagnostiques [10]. Une étude pourrait être réalisée pour identifier ces éventuelles associations à des maladies auto-immunes dans notre population.

CONCLUSION

Le vitiligo est une pathologie courante en consultation externe de dermatologie pédiatrique à l'Hôpital de Talangaï. Les filles sont les plus atteintes. Il survient en moyenne chez les enfants de cinq ans six mois. Il est souvent non segmentaire et de localisation ano-génitale prédominante. D'autres travaux sont à envisager pour identifier les affections auto-immunes et les désordres métaboliques associés au vitiligo dans la population congolaise.

REFERENCES

1. Ortonne JP. « Leucodermie ». In : Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L, (eds). Dermatologie et infections sexuellement

- transmissibles. Issy-les-Moulineaux : Masson, pp. 458-463.
2. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic. Vitiligo: A comprehensive overview: Part I Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:473-91.
 3. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan CCE et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res* 2012;25:E1-13.
 4. Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from North India. *Pediatr Dermatol* 2003; 20: 207-10.
 5. Iannella G, Greco A, Didona D, Didona B, Granata G, Manno A, et al. Vitiligo: Pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. *Autoimmunity Reviews* 2016; 15: 335-43.
 6. Mazereeuw-Hautier J. Pathogénie du vitiligo. *Keratin* 2004;8:9-13.
 7. Saleki M, Yadzdanfar A. Prevalence and frequency of depression in patients with vitiligo. *Int J Curr App Sci* 2015 ; 4(3) : 437-45.
 8. Homan MWL, de Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MA, Van der Veen JP. Impact of Childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol* 2008 ;159 :915-20.
 9. Zhang Y, Cai Y, Shi M, Jiang S, Cui S, Wu Y, et al. The Prevalence of Vitiligo: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2016 ;11(9) :e0163806.
 10. Ammour A, Jouary T, Taïeb A, Mazereeuw-Hautier J, Société française de dermatologie pédiatrique. Le vitiligo de l'enfant. *Ann dermatol venerol* 2010 ;137 :654-8.
 11. Al-Refu K. Vitiligo in children: a clinical-epidemiologic study in Jordan. *E Pediatr Dermatol*. 2012; 29(1):114-5.
 12. Tamer E, Ilhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. *J Dermatol*. 2008; 35(7):413-8.
 13. Faye O, N'Diaye HT, Keita S, Traore' AK, Hay RJ, Mahe' A. High prevalence of non-leprotic hypochromic patches among children in a rural area of Mali, West Africa. *Lepr Rev*. 2005; 76:144-6.
 14. Chen GY, Cheng YW, Wang CY, Hsu TJ, Hsu MM, Yang PT et al. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. *J Formos Med Assoc* 2008; 107(1):21-9.
 15. El-Khateeb EA, Lotfi RA, Abd Elaziz KM, El-Shiekh SE. Prevalences of skin diseases among primary schoolchildren in Damietta, Egypt. *Int J Dermatol*. 2014; 53(5):609-16.
 16. Lin X, Tang LY, Fu WW, Kang KF. Childhood Vitiligo in China : Clinical Profiles and Immunological Findings in 620 Cases. *Am J Clin Dermatol* 2011; 12 (4): 277-281
 17. Agarwal S, Gupta S, Ojha A, Sinha R. Childhood vitiligo: clinicoepidemiologic profile of 268 children from Kumaun region of Uttarakhand, India. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:348-53.
 18. Hu Z, Liu JB, Ma SS, Yang S, Zhang XJ. Profile of Childhood Vitiligo in China: An Analysis of 541 Patients. *Pediatr Dermatol* 2006 ;23(2) :114-6.
 19. A-Refu K. Vitiligo in children: a clinical-epidemiologic study in Jordan. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:114-5.
 20. Herane MI. Vitiligo and Leukoderma in Children. *Clinics in Dermatology* 2003;21(4) : 283-95.
 21. Pajvani U, Ahmad N, Wiley A, et al. Relationship between family medical history and childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:238-44.
 22. Nicolaidou E, Mastrafitsi S, Tzanetakou V, Rigopoulos D. Childhood Vitiligo. *Am J Clin Dermatol*. 2019 ;20(4) : 515-26.
 23. Prigent F. Vitiligo. *Arch Pediatr* 2007 ;14 : 219-20.
 24. Taïeb A, Seneschal J, Mazereeuw-Hautier J. Special Considerations in Children with Vitiligo. *Dermatol Clin*. 2017 ; 35(2):229-233.
 25. Seneschal J. Taïeb A. Vitiligo, où en est le traitement ? *La revue du praticien Médecine Générale* 2016 ;30(958) :2-3.
 26. Kakourou T. Vitiligo in children. *World J Pediatr* 2009 ;5(4) :265-8.