



**Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique du lichen plan en dermatologie au
CHU de Treichville**

***Epidemiological, clinical and therapeutic profile of lichen planus in dermatology at the University
Hospital of Treichville, Côte-d'Ivoire***

Yao Isidore Kouassi¹, Kouamé Alexandre Kouassi¹, Koffi Kouamé Pacôme Gbandama¹, Hamdan Sarah Kourouma¹, Ange-Sylvain Allou¹, Mamadou Kaloga¹, Kouadio Célestin Ahogo¹

Auteur correspondant

Yao Isidore Kouassi, MD

Service de Dermatologie et Vénérologie du CHU de Treichville, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte-d'Ivoire.

Téléphone : (+225) 0101467484

Courriel : isidore.kouassi@yahoo.fr

Summary

Contexte and objective. Knowledge of lichen plan on black skin is limited. This study aimed to describe the clinical and therapeutic patterns of lichen planus on black skin. *Methods.* A retrospective descriptive study collated the records of patients seen in consultation for lichen, at the dermatology department of Treichville University Hospital (Abidjan), between January 2014 and December 2018. *Results.* Out of 39603 patients seen in the department, 260 had lichen planus, i.e. a hospital frequency of 0.6%. Their mean age was 37.5 years with a sex ratio (M/F) of 0.7. Stress was encountered in 1.5%. Skin involvement predominated (89.8%) and mainly concerned limbs (64.9%). Other locations were mucous membranes (5.5%), scalp (2.8%), folds and nails (0.9% each). Biopsy was performed in 8 cases (3.1%). Comorbidities were diabetes (2 cases), hypertension (1 case), and HIV/viral hepatitis B co-infection (2 cases). Corticosteroid therapy was the main treatment (99.6%). *Conclusion* Lichen planus is predominantly found in young women. The disease is essentially cutaneous and systemic corticosteroid therapy is the most common treatment.

Keywords: Inflammatory dermatoses, Lichen planus, black skin

Received: March 17th, 2021

Accepted: July 6th, 2021

1 Service de Dermatologie et Vénérologie du CHU de Treichville, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte-d'Ivoire

Résumé

Contexte et objectif. La connaissance du lichen plan sur peau noire est très limitée. La présente étude a décrit les aspects cliniques et thérapeutiques du lichen plan sur une peau noire. *Méthodes.* Une étude rétrospective descriptive a colligé les dossiers des patients vus en consultation pour un lichen, au service de dermatologie du CHU de Treichville (Abidjan), entre janvier 2014 et décembre 2018. *Résultats.* Sur 39603 patients suivis, 260 avaient le lichen plan soit une fréquence hospitalière de 0,6%. Leur âge moyen était de 37,5 ans avec un sex ratio (H/F) de 0,7. Le stress a été retrouvé dans 1,5%. L'atteinte cutanée prédominait (89,8%) et concernait principalement les membres (64,9%). Les autres localisations comprenaient les muqueuses (5,5%), le cuir chevelu (2,8%), les plis et les ongles (0,9% chacun). Une biopsie a été réalisée dans 8 cas (3,1%). Les comorbidités étaient le diabète (2 cas), l'hypertension (1 cas) et la co-infection VIH/hépatite B (2 cas). La corticothérapie était le principal traitement (99,6%). *Conclusion.* Le lichen plan prédomine chez les jeunes et les femmes. La maladie est essentiellement cutanée et la corticothérapie systémique est le traitement le plus fréquent.

Mots-clés: Dermatoses inflammatoires, lichen plan, peau noire

Reçu le 17 mars 2021

Accepté le 6 juillet 2021

<https://dx.doi.org/10.4314/aam.v14i4.8>

Introduction

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique pouvant atteindre la peau, les muqueuses et les phanères. Cette pathologie affecte environ 1% des adultes dans la population générale et est rare chez l'enfant (1). L'étiologie est encore inconnue et la physiopathologie fait intervenir des mécanismes immunologiques complexes. Le traitement du lichen plan en Afrique subsaharienne (ASS) est dominé par la corticothérapie locale ou générale (2-3). Sa prise en charge est le plus souvent longue et difficile marquée par des épisodes de rémission suivies de récurrences.

Les particularités de cette pathologie sur peau noire sont rarement rapportées dans la littérature. Ainsi, cette étude a été consacrée au lichen plan sur peau noire en milieu tropical africain afin de mettre en lumière ses caractéristiques. L'objectif de l'étude était de décrire les aspects clinique et thérapeutique du lichen plan sur une peau noire.

Méthodes

Nature, cadre et période de l'étude

Il s'agissait d'une étude documentaire, monocentrique à visée descriptive ayant colligé les dossiers des patients suivis, en consultation externe pour lichen plan, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2018 ; au centre de dermatologie du CHU de Treichville d'Abidjan (Côte-d'Ivoire). Ce service est le plus grand centre de référence des maladies de la peau en Côte-d'Ivoire en générale et plus particulièrement les dermatoses chroniques.

Critères de sélection

Ont été inclus, tous les patients reçus en consultation durant la période d'étude pour un lichen plan. Le diagnostic de lichen plan étant retenu sur la base de l'examen clinique et/ou histologique. Les patients caucasiens ainsi que les patients noirs résidant hors de l'Afrique subsaharienne n'ont pas été inclus.

Paramètres d'intérêt et collecte des données

Les paramètres épidémiologiques, cliniques et évolutifs suivants ont été recherchés : âge, sexe, les antécédents, type de lichen plan, la durée d'évolution, le traitement. Un questionnaire anonymisé a permis de recueillir les données relatives à notre étude.

Analyse statistique et considération éthique

Les données ont été compilées et analysées avec le logiciel EPI INFO version 3.5.1. Aucun test clinique n'a été réalisé sur les patients. Le travail étant réalisé sur les dossiers médicaux déjà fichés, il n'était pas nécessaire d'obtenir le consentement préalable des patients. Les résultats sont présentés sous forme de fréquence absolue et de pourcentages. L'association entre les formes cliniques du lichen plan, l'âge et le sexe a été recherchée à l'aide du test de chi carré et l'Odds

ratio. Le seuil de signification statistique était fixé à 5%.

Résultats

Aspects épidémiologiques

Pendant cette période, 39603 patients ont été vus en consultation dont 260 cas de lichen plan donnant une fréquence hospitalière de 0,6%.

La moyenne d'âge était de 37,5 ans avec des extrêmes allant de 5 ans à 96 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 regroupait le plus de patients avec 70 cas soit 26,9%. Il y avait une prédominance féminine (147 patientes) avec un sex-ratio (H/F) de 0,7. Les patients provenaient en majorité d'Abidjan et ses banlieues (87,7 %).

La majeure partie des patients (46,9 %) travaillaient dans le secteur informel (maçon, cordonnier, menuisier, plombier, commerçants ...). Les élèves et étudiants suivaient avec 81 cas soit 31,1 % des patients.

Aspects cliniques et paracliniques

La notion de stress précédant la symptomatologie a été retrouvée chez 1,5% des patients. La durée moyenne d'évolution des lésions avant la consultation était de $10,8 \pm 7$ mois (extrêmes : 1 semaine à 10 ans).

L'examen clinique a retrouvé les lésions suivantes : une association de macules hyperpigmentées et papules brillantes chez 112 patients soit 43,0 %, les papules brillantes seulement 45 cas soit 17,3 % et macules hyperpigmentées seulement 13 cas (5 %) (figure 1).



Figure 1. Lichen étendu du tronc et des membres supérieurs

L'atteinte uniquement cutanée (peau glabre) était prédominante avec 89,8% et les lésions siégeaient sur les membres (64,9%), le tronc et les membres (30,9%), le tronc seulement (3,1%) et disséminée (1,1%). En dehors de la peau glabre, les lésions siégeaient sur les muqueuses dans 5,5%, le cuir

chevelu dans 2,8%, les plis et les ongles avec 0,9% chacun.

Une association statistiquement significative a été observée entre l'âge et la forme clinique lichen striatus (tableau 1).

Tableau 1. Association entre l'âge et les formes cliniques de lichen

	Type de lichen						
	striatus	érosif	plan cutané	plan généralisé	scléreux	bulleux	Syndrome de Lassueur Graham Little
Age moyen (années)	18,7 ± 4,1	53,5 ± 19,1	37,5 ± 17,1	35,3 ± 17,9	41,0 ± 8,5	55,0	36,0
P	< 0,001	0,17	0,31	0,75	0,72	0,29	0,90

Le lichen striatus affectent significativement chez les personnes jeunes tandis que les autres formes de lichen sont l'apanage des personnes plus âgées.

Il existe uniquement une association statistiquement significative entre le sexe et le lichen striatus ($p < 0,05$) et le lichen plan cutané ($p < 0,05$) (tableau 2).

Tableau 2. Association entre le sexe et les formes cliniques de lichen

	Type de lichen						
	striatus	érosif	plan cutané	plan généralisé	scléreux	bulleux	Syndrome de Lassueur Graham Little
Sexe féminin	3	1	138	7	1	1	0
Sexe masculin	10	1	101	9	1	0	1
OR (IC à 95%)	0,3 (0,01 – 0,9)	0,8 (0,1 – 13,1)	2,1 (1,1 – 4,4)	0,6 (0,2 – 1,7)	0,8 (0,1- 13,2)	0	0
p	0,02	0,88	0,04	0,35	1,00	1,00	0,45

Les pathologies associées étaient le diabète (2 cas), l'hypertension artérielle (1 cas), la co-infection VIH/SIDA-hépatite virale B (02 cas) et l'ulcère gastroduodénal (1 cas).

Une biopsie a été réalisée dans 8 cas (3,1%) confirmant le diagnostic dans 100% des cas.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

La corticothérapie constituait l'essentiel du traitement (99,6%). Le traitement local (Valérate de bétaméthasone ou dipropionate de bétaméthasone) seulement représentait 35,1% contre 64,9% pour le traitement systémique. Le traitement systémique était essentiellement composé soit de la prednisone par voie orale pendant 45 jours ou la bétaméthasone par voie intramusculaire à raison de trois injections espacées de deux semaines. L'évolution était marquée par l'apparition des macules

hyperpigmentées séquellaires chez tous les patients (100%) (figure 2).

Il y avait 42 cas de récurrences représentant 16,1 % des patients. Le délai moyen d'apparition des récurrences était de 4 mois [1 mois-12 mois].



Figure 2. Macules hyperpigmentées post-inflammatoires au cours du lichen plan

Discussion

Nous avons réalisé ce travail dans le but de ressortir des données relatives au lichen plan dans notre contexte de travail. L'étude étant rétrospective, des difficultés rencontrées dans le recueil des données requises pour l'étude (dossiers mal remplis et mal fichés) ont constitué des limites de ce travail. Cependant, la réalisation de cette étude a fourni des données intéressantes sur les cas de lichen plan suivis au Service de Dermatologie du CHU de Treichville.

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique dont la fréquence globale varie entre 0,2% et 5% (4). Cette fréquence diffère selon les régions du globe et selon la race. Notre fréquence hospitalière de 0,5% est semblable à celle de Diop *et al.* (5). Elle est cependant inférieure à celle d'autres auteurs africains (2,6) qui ont trouvé 1,2% et 1,9%. Cette variation des fréquences hospitalières pourrait s'expliquer par le caractère rétrospectif des études qui entraîne le plus souvent une perte de l'information médicale. La prédominance féminine a été retrouvée dans plusieurs études africaine, européenne et américaine (2,4,6-7). En Afrique subsaharienne (ASS), le lichen plan survient chez les sujets dont l'âge serait compris entre 20 et 40 ans (2,5-6,8). Cependant, en Amérique et en Europe la tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 40 et 50 ans (4,7,9). Dans notre contexte de travail, cette pathologie atteint les sujets économiquement faibles notamment les populations exerçant dans le secteur de l'informel ainsi que les élèves et étudiants. Ce constat pourrait influencer la prise en charge efficiente de cette pathologie. Ainsi, la durée moyenne d'évolution des lésions avant la consultation dans notre étude étant de 10,80 mois pourrait être due au manque de moyen financier des patients. Ce résultat est semblable à celui de Teclessou *et al.* au Togo (2). L'étiologie de cette pathologie demeure encore inconnue. Toutefois, plusieurs facteurs favorisants sont incriminés. Dans la présente étude, la notion de stress a été retrouvée seulement dans 1,5 % des patients avant le début de la maladie. Ce résultat diffère de celui de Diabaté à Abidjan et Diop à Dakar qui ont trouvé une fréquence élevée d'événements de

vie précédant les symptômes (5-6). Cette différence s'expliquerait par le fait qu'au vu du nombre élevé de patients en consultation, par l'inattention, les prestataires de soins n'avaient pas recolté toutes les informations reçues du patient dans le dossier médical.

La présentation clinique de cette pathologie est constituée de lésions maculo-papuleuses brillantes à jour frisant, argentées sur peau noire. Ces lésions peuvent siéger sur tout le tégument mais les membres et le tronc constituent les sièges de prédilection comme retrouvés dans notre étude et dans celles de plusieurs auteurs africains (2,5). Plusieurs pathologies peuvent s'associer au lichen plan. Les plus rapportées entre autres sont les maladies auto-immunes ou inflammatoires (dermatomyosite, dermatite herpétiforme, thyroïdite d'Hashimoto, syndrome de Gougerot-Sjögren, sclérodermie en plaques, sclérodermie systémique, myasthénie, pemphigus superficiel et profond, thymome, vitiligo, lupus érythémateux, colites ulcérées), certaines étant probablement fortuites (10). Dans notre étude, quelques cas de diabète, hypertension artérielle, ulcère gastroduodénal et de co-infection VIH/SIDA-hépatite virale B ont été associés au lichen plan. Le lichen plan est reconnu pour être associé aux hépatites virales B et C mais, avec une plus forte proportion pour l'hépatite C (11-12). Le clinicien a rarement recours à la biopsie mais en cas de doute diagnostique, l'histopathologie constitue un moyen efficace pour la confirmation du diagnostic comme le montrent nos résultats.

Plusieurs molécules thérapeutiques existent dans les pays développés (4,13). En ASS, le traitement s'appuie essentiellement sur la corticothérapie (2,5-6). En effet, ce traitement paraît efficace et moins onéreux que les autres traitements retrouvés ailleurs. Le protocole le plus utilisé dans notre contexte de travail consiste à faire trois injections de bétaméthasone en intramusculaire espacées chacune de deux semaines. Les récurrences observées sont inhérentes à l'histoire naturelle du lichen. Les macules hyperpigmentées séquellaires ont été retrouvées chez tous les patients (100%). Ces macules hyperpigmentées constituent une particularité de la peau noire. Souvent la mise en évidence de ces macules post-

inflammatoires conforte le praticien dans sa position lorsqu'il y a eu un doute diagnostique en début de traitement.

Conclusion

Le lichen plan prédomine chez les jeunes et les sujets de sexe féminin. Le stress est le facteur déterminant le plus important dans notre contexte. L'atteinte est essentiellement cutanée et la corticothérapie locale ou systémique demeure le traitement le plus utilisé. Les macules hyperpigmentées post-inflammatoires constituent une particularité de la peau noire.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Source de financement

Aucune

Contribution des auteurs

Yao Isidore Kouassi : conception, rédaction, interprétation des résultats et révision

Kouamé Alexandre Kouassi : rédaction et interprétation des résultats

Koffi Kouamé Pacôme Gbandama : conception et rédaction

Hamdan Sarah Kourouma : interprétation et révision de l'article

Ange-Sylvain Allou : rédaction et révision de l'article

Mamadou Kaloga : rédaction et interprétation des résultats

Kouadio Célestin Ahogo : supervision et correction de l'article

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée de l'article.

Références

1. Bhattacharya M, Kaur I, Kumar B. Lichen planus: a clinical and epidemiological study. *J Dermatol*. 2000; **27** (9):576-582.
2. Teclessou JN, Akakpo AS, Saka B, Mouhari-Toure A, Kombate K, Pitche P. Lichenoid dermatoses in hospitals in Lomé, Togo: 959 cases. *Med Sante Trop* 2018; **28** (3):261-264.
3. Pitché P, Saka B, Kombate K, Tchangai-Walla K. Traitement du lichen cutané étendu par le dipropionate et phosphate disodique de bétaméthasone : étude ouverte de 73 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2007; **134** (3):237-240.
4. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. *Sci World J* 2014; **2014**:1-22.
5. Diop A, Ly F, Ndiaye MT, Seck B, El Omari A, Diouf A, et al. Epidemiology, clinical features, and associated factors in 78 cases of lichen planus on black skin. *Int J Dermatol* 2020; **59**(2): 137-142.
6. Diabaté A, Kouabenan AAS, Gué I, Vagamon B, Boussou R. Profil épidémiologique et facteurs associés au lichen plan en Côte d'Ivoire. *Rev int sc méd* 2018; **20** (2):136-139.
7. Schwager Z, Stern M, Cohen J, Femia A. Clinical epidemiology and treatment of lichen planus: A retrospective review of 2 tertiary care centers. *J Am Acad Dermatol* 2019; **81**(6): 1397-1399.
8. Rosenbaum BE, Klein R, Hagan PG, Seadey M-Y, Quarcoo NL, Hoffmann R, et al. Dermatology in Ghana: a retrospective review of skin disease at the Korle Bu Teaching Hospital Dermatology Clinic. *Pan Afr Med J* 2017; **26**: 125.
9. Le Cleach L, Chosidow O. Lichen Planus. *N Engl J Med* 2012; **366** (8): 723-732.
10. Levy A, Le Cleach L. Lichen plan et dermatoses lichénoïdes. *EMC - Dermatol-Cosmétologie* 2005; **2**(3): 132-146.
11. Birkenfeld S, Dreier J, Weitzman D, Cohen AD. A study on the association with hepatitis B and hepatitis C in 1557 patients with lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; **25** (4): 436-440.
12. Mokni M, Rybojad M, Puppini Jr D, Catala S, Venezia F, Djian R, et al. Lichen Planus and hepatitis C virus. *J. Am Acad Dermatol* 1991; **24**: 792.
13. Usatine RP, Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. *Am Fam Physician* 2011; **84** (1): 53-60.

Voici comment citer cet article : Kouassi YI, Kouassi KA V, Gbandama KKP, Kourouma HS, Allou AS, Kaloga M, et al. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique du lichen plan en dermatologie au CHU de Treichville. *Ann Afr Med* 2021; **14** (4): e4359-e4363. <https://dx.doi.org/10.4314/aam.v14i4.8>