

Présentation du Volume 12 de la Revue Africaine de Médecine Interne
Overview of Volume 12 of the RAFMI (Revue Africaine de Médecine Interne)

Pr Madoky Magatte DIOP
Rédacteur en Chef

Ce volume couvre une variété de sujets essentiels dans le vaste domaine de la Médecine Interne, y compris, donc, les maladies auto-immunes, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires et d'autres conditions médicales spécifiques à divers contextes africains. Il est structuré en deux numéros, contenant des articles originaux et également des parcours diagnostiques trompeurs, d'une riche diversité géographique. Ces cas cliniques se concentrent sur des étiologies complexes et des défis médicaux. Ainsi, les pays concernés par ces productions scientifiques sont le Cameroun, le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée (Conakry), le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo.

Les thèmes concernent principalement des anomalies du métabolisme glucidique et leur impact sur le risque cardiovasculaire, sur la sphère ORL (avec le perniciosus SAOS ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil), la survenue de l'insuffisance rénale, et par conséquent l'opportunité de l'éducation thérapeutique et de la contraception dans leur cadre. Les hémorragies périnatales et l'anémie ont été traitées, ainsi que la problématique des néoplasies et infections. Les articles ont également impliqué le contexte de travail libéral, ainsi que la qualité de vie des patients ayant d'autres problèmes endocriniens.

En résumé, le volume 12 de la *Revue Africaine de Médecine Interne* illustre l'engagement croissant des chercheurs et praticiens africains pour relever les défis sanitaires au niveau continental. Les travaux présentés offrent une plateforme cruciale pour le partage des connaissances et l'amélioration des pratiques cliniques en Afrique.

BONNE LECTURE

This volume covers a variety of essential topics in the broad field of internal medicine, including autoimmune diseases, metabolic disorders, cardiovascular diseases, and other medical conditions specific to various African contexts. It is structured in two issues, featuring original articles and diagnostic case studies with a rich geographical diversity. These clinical cases focus on complex aetiologies and medical challenges. The countries covered by these scientific publications are Cameroon, Senegal, Benin, Burkina Faso, Guinea (Conakry), Mali, Ivory Coast, Niger, and Togo.

The topics mainly concern carbohydrate metabolism abnormalities and their impact on cardiovascular risk, ENT issues (including the harmful OSAS or obstructive sleep apnea syndrome), the onset of kidney failure, and therefore the opportunity for therapeutic education and contraception within their framework. Perinatal haemorrhages and anaemia were addressed, as well as the issue of neoplastic and infectious conditions. The publications also covered the context of private practice, as well as the quality of life of patients with other endocrine problems.

In summary, volume 12 of the RAFMI illustrates the growing commitment of African researchers and practitioners to addressing continental health challenges. The presented studies offer a crucial platform for knowledge sharing and improvement of clinical practices in Africa.

HAPPY READING

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Anomalies du métabolisme glucidique et risque cardiovasculaire chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun** 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
 2. **Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis** 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
 3. **Effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'évolution du diabète de type 2 chez les patients suivis à Parakou en 2023** 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
 4. **Anémie sévère en Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
 5. **Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal** 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
 6. **Evaluation du profil tensionnel par mesure ambulatoire de la pression artérielle chez une population apnéique** 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
 7. **Dyslipidémie chez les patients diabétiques de type 2 à Conakry** 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
 8. **Covid Long : Aspects cliniques et paracliniques** 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goïta IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
 9. **Association entre maladies rénales et parodontites : revue systématique de la littérature de 2010 à 2022** 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
 10. **L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie** 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
 11. **Facteurs de décompensations aiguës du diabète à l'Hôpital Régional de Conakry** 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
 12. **Early experience of penile prosthesis for erectile dysfunction in Senegal** 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM
- ## CAS CLINIQUES
13. **Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature** 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 14. **Tuberculose péritonéale simulant une néoplasie avancée ovarienne chez la femme : difficulté diagnostique et apport de la coelioscopie : à propos de 5 observations** 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébégo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 15. **Quand l'histologie fait défaut : deux cas de cancer papillaire de la thyroïde révélés huit ans après thyroïdectomie** 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
 16. **Cancer thyroïdien sur un goitre plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas** 118-125
Kouassi L, Toure KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. *Glucose metabolism abnormalities and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus followed at the Yaoundé Central, Cameroon* 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. *Evaluation of cardiovasculaire risk and subclinical athrosclerosis during rheumatoid arthritis in Saint-Louis* 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. *Effects of a therapeutic education program on the outcome of type 2 diabetes in patients monitored in Parakou in 2023* 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. *Severe anemia in Internal Medicine at the Ouahigouya Regional University Hospital Center* 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. *Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal* 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. *Evaluation of blood pressure profile by ambulatory blood pressure measurement in a population with sleep apnea* 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. *Dyslipidemia in type 2 diabetic patients in Conakry* 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. *Long Covid: clinical and paraclinical aspects* 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goita IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. *Association between kidney disease and periodontitis: systematic review from 2010 to 2022* 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. *Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life* 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. *Factors of acute decompensation of diabetes at the Conakry Regional Hospital* 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. *Expérience initiale de la prothèse pénienne pour dysfonctionnement érectile au Sénégal* 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CLINICAL CASES

13. *Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature* 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. *The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia* 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébéogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. *When histology is lacking: two cases of papillary thyroid cancer revealed eight years after thyroidectomy* 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. *Thyroid cancer on a dipping goiter in an age subject: about a case* 118-125
Kouassi L, Touré KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B



L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie.
Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life.

Seck B¹, Ndiaye MT¹, Diop A¹, Ndiaye M², Ndour MA³, Ly F¹, Niang SO², Diallo M²

1. Service de Dermatologie, Hôpital Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal.
2. Service de Dermatologie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal.
3. Service de Médecine interne, Hôpital Abass Ndao, Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant : Dr Birame Seck / E-mail : birame.seck@ugb.edu.sn

Résumé

Introduction : L'hirsutisme est le principal signe révélateur de l'hyperandrogénie chez la femme. Cependant, très peu de données sont disponibles pour cette affection. Notre objectif était de déterminer les aspects cliniques et étiologiques de l'hirsutisme à Dakar, ainsi que son impact sur la qualité de vie.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée sur une période de 6 mois (du 1^{er} juin au 30 novembre 2023) dans les services de Dermatologie du CHU de Dakar. Était inclus toutes les patientes présentant un hirsutisme et acceptant de participer à l'étude. Le diagnostic et l'évaluation de la sévérité de l'hirsutisme reposaient sur l'échelle de Ferriman and Gallwey. L'impact sur la qualité était évalué à l'aide du DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Résultats : Nous avons colligé 35 patientes avec un âge moyen de 32,5 ans. Un antécédent familial d'hirsutisme était rapporté par 13 patientes (37,1%). L'hirsutisme n'était le motif de consultation que chez une seule patiente. L'hirsutisme était léger chez 32 patientes (91,4%) et modéré chez 3 (8,6%). La dépigmentation artificielle était la principale cause d'hirsutisme, retrouvée chez 13 patientes (37,1%), suivie du syndrome des ovaires polykystiques chez 12 patientes (34,3%). Chez la majorité des patientes (48,6%), l'hirsutisme n'avait aucun effet sur la qualité de vie.

Conclusion : L'hirsutisme semble banal chez la plupart des patientes consultant en dermatologie. Cependant, il doit être exploré devant sa découverte fortuite car pouvant révéler un trouble endocrinien sous-jacent. La dépigmentation artificielle est la principale cause d'hirsutisme dans notre contexte.

Mots clés : Hirsutisme - Dépigmentation artificielle - Syndrome des ovaires polykystique - Dakar.

Summary

Introduction: Hirsutism is the main manifestation of hyperandrogenism in women. However, very little data is available on this condition. We aimed to determine the clinical and aetiological aspects of hirsutism in Dakar and its impact on quality of life.

Patients and Method: This was a descriptive cross-sectional study conducted over a 6-month period (June 1st to November 30th 2023) at the Dermatology Department of the University Hospital of Dakar. All patients with hirsutism who agreed to participate in the study were included. The diagnosis and severity of hirsutism were assessed using the Ferriman and Gallwey scales. The impact on quality of life was assessed using the Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Results: We included 35 patients with a mean age of 32.5 years. A family history of hirsutism was reported by 13 patients (37.1%). Hirsutism was the main reason for consultation in only one patient. Mild hirsutism was observed in 32 patients (91.4%) and moderate hirsutism in 3 patients (8.6%). Artificial skin bleaching was the most common cause of hirsutism, identified in 13 patients (37.1%), followed by polycystic ovary syndrome in 12 patients (34.3%). In most cases (48.6%), hirsutism did not affect quality of life.

Conclusion: Hirsutism seems to be commonplace in most dermatology patients. However, it should be investigated as an incidental finding as it may indicate an underlying endocrine disorder. Artificial depigmentation is the main cause of hirsutism in our context.

Keywords: Hirsutism - artificial depigmentation - polycystic ovary syndrome - Dakar.



Introduction

L'hirsutisme est défini comme le développement excessif de poils terminaux (épais et pigmentés) dans les zones androgéno-dépendantes, normalement glabres chez la femme [1]. Le degré de pilosité peut être très variable, allant d'une simple gêne esthétique à un retentissement psycho-social majeur. L'hirsutisme est le principal signe révélateur d'une hyperandrogénie chez la femme [2]. Son diagnostic est clinique et repose généralement sur l'échelle de cotation de Ferriman and Gallwey modifié (FGm) qui évalue le degré de pilosité sur 9 zones du corps sensibles aux androgènes : lèvre supérieure, menton, cou, région lombaire, thorax, ligne blanche de l'abdomen, fesses, face interne des cuisses et creux inguinaux [3]. La survenue d'un hirsutisme chez la femme impose une enquête étiologique rigoureuse, à la recherche d'une affection responsable d'hyperandrogénie. Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est de loin la cause la plus fréquente d'hyperandrogénie mais la principale hantise reste une origine tumorale [1].

Des études réalisées aux Etats-Unis ont rapporté des prévalences de l'hirsutisme allant jusqu'à 10% des femmes en âge de procréer [4]. En Afrique subsaharienne, très peu de données sont disponibles pour cette affection. A notre connaissance, aucune étude n'a encore été réalisée au Sénégal sur l'hirsutisme. Notre objectif était de déterminer les aspects cliniques et étiologiques, ainsi que l'impact sur la qualité de vie de l'hirsutisme à Dakar.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée sur une période de 6 mois (du 1^{er} juin au 30 novembre 2023) dans les services de dermatologie de l'Hôpital Aristide le Dantec et de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar. La population d'étude était constituée de toute patiente consultant dans les services de dermatologie susmentionnés. L'étude était exhaustive incluant toutes les patientes reçues en consultation dermatologique présentant un hirsutisme, et acceptant de participer à l'étude.

La définition de l'hirsutisme reposait sur l'échelle de cotation de FGm (**Annexe 1**). Pour chacune des 9 régions androgéno-sensibles, un score allant de 0 (pas de poils terminaux) à 4 (toute la région est couverte de façon drue) est attribué. L'hirsutisme était défini par un score $\geq 8/36$. La sévérité de l'hirsutisme était également évaluée sur la base du score de FGm selon la cotation suivante : de 8 à 16 = hirsutisme léger,

de 17 à 25 = hirsutisme modéré, plus de 25 = hirsutisme sévère.

Le SPOK était défini selon les critères de Rotterdam par la présence d'au moins 2 des critères suivants, après exclusion des autres causes d'hyperandrogénie ou de troubles des cycles :

- oligo- ou anovulation ;
- hyperandrogénie clinique et/ou biologique ;
- aspect échographique des ovaires avec plus de 12 follicules de 2 à 9 mm et/ou des volumes ovariens > 10 mL.

L'impact de l'hirsutisme sur la qualité de vie était évalué à l'aide du DLQI selon l'interprétation suivante : de 0 à 1 = aucun effet sur la vie de la patiente, de 2 à 5 = faible effet sur la vie de la patiente, de 6 à 10 = effet modéré sur la vie de la patiente, de 11 à 20 = effet important sur la vie de la patiente et de 21 à 30 = effet extrêmement important sur la vie de la patiente (**Annexe 2**).

L'examen clinique était réalisé par un médecin en 4^{ème} année de formation du DES de dermatologie sous la supervision d'un Dermatologue sénior. Les variables recueillies étaient : les données socio-démographiques : âge, situation matrimoniale, profession ; les données cliniques : antécédents, motifs de consultation, mode de début et mode évolutif de l'hirsutisme, score de FGm, signes associés, DLQI ; les données paracliniques : échographie ovarienne, testostérone totale.

Les données ont été saisies sur Excel et analysées grâce au logiciel XLSTAT. L'étude descriptive comportait un calcul des fréquences et des moyennes.

Concernant les aspects éthiques, un consentement libre et éclairé des participantes était requis, de même que le respect de la confidentialité. Le refus de participer à l'étude n'avait aucun impact sur la prise en charge de la patiente.

Résultats

Nous avons colligé 35 cas d'hirsutisme sur un nombre total de 3730 femmes vues en consultation durant la période d'étude, soit une fréquence de 0,9% chez les femmes. L'âge moyen des patientes était de 32,5 ans avec des extrêmes de 17 et 55 ans, et un âge médian de 30 ans. Vingt-un de nos patientes (60%) étaient âgées entre 17 et 35 ans. Dans notre étude, plus de la moitié des femmes (n=19) étaient célibataires, et les mariées étaient au nombre de 10. Neuf patientes (25,7%) exerçaient comme profession, le commerce et 6 (17,1%) étaient des femmes au foyer.



L'hirsutisme n'était le motif de consultation que chez une seule patiente. Les autres motifs étaient l'acné chez 15 patientes (42,9%), l'ochronose exogène chez 5 patientes (14,3%), les vergetures et les cicatrices chéloïdes chez 2 patientes (5,7%) chacun, la maladie de Verneuil, la gale, l'ongle incarné et la dermatite atopique chez une patiente chacun.

Un antécédent familial d'hirsutisme était rapporté par 13 patientes (37,1%).

L'hirsutisme débutait en période péri-pubertaire chez 20 patientes (57,1%) et en période post-pubertaire chez 15 patientes (42,9%). L'installation de l'hirsutisme était progressive chez toutes les patientes.

Le score moyen de FGM était de 11,2 avec des extrêmes de 8 et 22. L'hirsutisme était léger 32 patientes (91,4%) et modéré chez 3 patientes (8,6%). Aucun cas d'hirsutisme sévère n'était noté. La lèvre supérieure était la zone la plus affectée, concernant 26 patientes (74,3%) (Figure 1), suivie du menton chez 22 patientes (68,6%), de la région sous-ombilicale chez 19 (54,3%) (Figure 2), des joues chez 16 (48,6%) et des cuisses chez 12 (34,9%). L'hirsutisme était associé à une acné chez 25 patientes (71,4%) (Figure 3), une hyperséborrhée chez 20 patientes (57,1%), une irrégularité du cycle menstruel chez 12 (34,3%), une obésité chez 6 (17,1%), un acanthosis nigricans, des golfes temporaux et un syndrome de Cushing chez un cas chacun.



Figure 1 : Hirsutisme de la lèvre supérieure et du menton chez une patiente de 55 ans qui avait un score FGM de 14



Figure 2 : Hirsutisme sous-ombilical chez une patiente de 27 ans avec un score FGM de 18.



Figure 3 : Hirsutisme du menton associé à une acné



Le dosage de la testostéronémie totale, réalisé chez toutes les patientes, révélait un taux élevé chez 7 cas (20%). L'échographie ovarienne, effectuée chez 33 patientes, objectivait la présence d'ovaires micro-polykystiques chez 12 cas (36,4%).

Les causes d'hirsutisme retrouvées chez nos patientes étaient : la dépigmentation artificielle chez 13 cas (37,1%), le SOPK chez 12 cas (34,3%) et la corticothérapie au long cours chez 2 cas (5,7%). L'hirsutisme était idiopathique chez 8 patientes (22,8%).

Le score moyen DLQI était de 3,5 avec des extrêmes de 0 et 13. L'hirsutisme n'avait aucun effet sur la vie chez 17 patientes (48,6%), avait un faible effet sur la vie chez 10 patientes (28,6%), un effet modéré sur la vie chez 6 patientes (17,1%) et un effet important sur la vie chez 2 patientes (5,7%).

Discussion

Nous rapportons la première étude sénégalaise sur l'hirsutisme qui décrit ses aspects cliniques, étiologiques et son impact sur la qualité de vie des patientes.

L'âge moyen de nos patientes était relativement jeune et la majorité d'entre elles (60%) étaient âgées entre 17 et 35 ans. Ansarin et al., ont rapporté des résultats similaires en Iran où la majorité des patientes étaient de la tranche d'âge 16-35 ans à une proportion plus importante que la nôtre, soit 86,6% des cas [5]. La forte prévalence de l'hirsutisme dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des troubles hyperandrogéniques surviennent chez les femmes en âge de procréer, l'hirsutisme étant le principal signe révélateur de ces troubles. Des auteurs chinois ont démontré, par ailleurs, une diminution significative de la pilosité terminale des femmes avec l'âge, expliquant en partie la faible prévalence de l'hirsutisme chez les femmes plus âgées [6].

L'hirsutisme n'était le motif de consultation que chez une seule de nos patientes, contrastant avec les résultats de Ndour et al., dans leur étude sur l'hyperandrogénie féminine où l'hirsutisme était le 2ème motif de consultation après les troubles du cycle menstruel [7]. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les patientes atteintes d'hirsutisme ont plus tendance à consulter en endocrinologie ou en gynécologie du fait de l'association fréquente de l'hirsutisme à des troubles endocriniens ou du cycle menstruel qui sont souvent au premier plan.

Plus du tiers de nos patientes (37,1%) rapportaient un antécédent familial d'hirsutisme indiquant ainsi le rôle important de la génétique

dans la survenue de l'hirsutisme, surtout dans la forme idiopathique.

Dans notre étude, 91,4% des patientes avaient un hirsutisme léger et 8,6% avaient un hirsutisme modéré. Aucun cas d'hirsutisme sévère n'était retrouvé. La sévérité de l'hirsutisme est diversement appréciée dans les différentes séries de la littérature. Ansarin et al., ont rapporté 65% d'hirsutisme léger, 32,5% d'hirsutisme modéré et 2,5% d'hirsutisme sévère [5]. Un résultat similaire était rapporté au Cameroun par Ekobena et al., avec 70% d'hirsutisme léger, 28% d'hirsutisme modéré et 2% d'hirsutisme sévère [8]. Par contre, dans la série de Chhabra et al., il existait plus de cas d'hirsutisme modéré avec 52,5% et une proportion importante d'hirsutisme sévère avec 15% des cas [9]. Ces différences pourraient s'expliquer d'une part par la variabilité des critères d'évaluation de la sévérité de l'hirsutisme selon les études, et d'autre part par les différences ethno-géographiques.

Les zones les plus touchées par l'hirsutisme chez nos patientes étaient par ordre de fréquence la lèvre supérieure, le menton et la région sous-ombilicale. Nos résultats sont similaires à ceux de Sharma et al., en Inde mais différent de ceux de Ekobena et al., au Cameroun où les régions les plus affectées étaient la région sous-ombilicale, le menton et le thorax [8, 10]. Dans tous cas, le menton et la région sous-ombilicale semblent être les zones les plus concernées par l'hirsutisme dans la littérature à tel point que Knochenhauer et al., ont suggéré dans leur étude qu'un score FGm ≥ 2 dans ces zones était prédictif d'hirsutisme avec une sensibilité de 100% [11].

L'acné était le signe le plus fréquemment associé à l'hirsutisme dans notre étude, retrouvé dans 71,4% des cas. Sharma et al., et Mahajan et al., ont rapporté respectivement une fréquence de 60% et de 46,7% d'acné chez leurs patientes présentant un hirsutisme [10, 12]. La fréquence de l'association entre l'hirsutisme et l'acné n'est pas fortuite car ces deux signes représentent les manifestations majeures de l'hyperandrogénie féminine [13]. Tout comme l'acné, l'hyperséborrhée est également une manifestation importante de l'hyperandrogénie féminine. Elle était retrouvée chez 57% de nos patientes. En ce qui concerne l'irrégularité du cycle menstruel, elle était notée chez 34,3% de nos patientes. Zargar et al., ont rapporté une fréquence supérieure à la nôtre, soit 50,8% de cas d'irrégularité du cycle menstruel chez leurs patientes présentant un hirsutisme [14]. Sharma et al., ont rapporté, par ailleurs, une association significative entre l'irrégularité du cycle menstruel et la survenue de SOPK [10]. L'obésité



était présente chez 17,1% de nos patientes, soit une fréquence proche de celle rapportée par Sharma et al., avec 16% [10]. Au cours de l'hirsutisme, l'obésité semble plus fréquente chez les patientes atteintes de SOPK [10]. Quant à l'acanthosis nigricans, il était très rare dans notre étude, retrouvé chez une seule patiente, contrairement à l'étude de Sharma et al., où sa fréquence était de 26,32% [10].

La dépigmentation artificielle était la cause la plus fréquente d'hirsutisme dans notre étude représentant 37,1% des causes. De nombreuses séries africaines ont rapporté une fréquence relativement importante de l'hirsutisme chez les femmes pratiquant la dépigmentation artificielle. En République Démocratique du Congo, Ngolo Masudi et al., ont rapporté une fréquence de 9% d'hirsutisme parmi les complications cutanées de la dépigmentation artificielle, tandis qu'à Dakar, Mahé et al., ont rapporté une fréquence de 10% [15, 16]. Dans notre revue de la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude rapportant la dépigmentation artificielle comme cause d'hirsutisme. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des études sur l'hirsutisme ont été réalisées chez des populations où la dépigmentation artificielle ne représente pas un fléau de société comme c'est le cas en Afrique sub-Saharienne. La survenue d'hirsutisme sur un terrain de dépigmentation artificielle est liée à l'hypercorticisme secondaire induit par l'application prolongée de produits éclaircissants contenant des dermocorticoïdes d'activité forte à très forte, entraînant le passage systémique de faible dose de corticoïdes [7].

Le SOPK était la deuxième cause d'hirsutisme dans notre étude, retrouvé chez 31,4% des patientes. Le SOPK était également la deuxième cause d'hirsutisme dans la série de Sharma et al., après l'hirsutisme idiopathique, avec une fréquence de 38% [10]. Par contre, Al-Ruhaily et al., ont rapporté une fréquence beaucoup plus importante du SOPK chez les femmes saoudiennes atteintes d'hirsutisme soit un taux de 82% [17]. Aux États-Unis, la prévalence du SOPK semble moins importante comme le démontre l'étude de Willis et al., qui ont rapporté une fréquence de 13,6% [18]. L'absence de consensus sur les critères diagnostiques du SOPK pourrait être une des raisons expliquant la variabilité de la prévalence du SOPK dans les séries de la littérature.

L'hirsutisme idiopathique ne représentait que la troisième cause d'hirsutisme dans notre étude, contrairement à l'étude de Sharma et al., et celle de Ahmad et al., où l'hirsutisme idiopathique

était la cause la plus fréquente, représentant respectivement 50% et 80% des causes [10, 19]. Dans notre étude, l'impact de l'hirsutisme sur la qualité de vie était globalement minime avec un score moyen DLQI de 3,5. L'hirsutisme n'avait aucun effet sur la qualité de vie chez près de la moitié de nos patientes et avait un effet mineur chez près du tiers. Nos résultats rejoignent ceux de Ekobona et al., au Cameroun [8]. En revanche, dans l'étude de Roche et al., au Royaume-Uni, l'impact de l'hirsutisme sur la qualité de vie était très considérable avec un score moyen DLQI de 19,2 [20]. Ces différences pourraient s'expliquer principalement par des réalités socio-culturelles différentes entre l'Occident et l'Afrique subsaharienne dans la perception des troubles dermatologiques affichants. Cependant, le DLQI connaît certaines limites malgré qu'il soit un outil bien validé en recherche clinique. En effet, dans le DLQI, l'évaluation se concentre surtout sur l'état physique du malade et peu d'éléments abordent les implications possibles sur l'état psychologique [21]. Il existe également des risques de biais relatif à certains facteurs tels que l'âge, le sexe, le diagnostic et l'ethnie, pouvant potentiellement affecter les réponses à certaines questions [21].

Conclusion

L'hirsutisme est un symptôme relativement rare, découvert le plus souvent de façon fortuite chez les femmes consultant en dermatologie à Dakar. La dépigmentation artificielle en représente la principale cause dans notre contexte, ce qui constitue une particularité importante de notre étude. Cependant, toute découverte d'hirsutisme doit inciter à rechercher une cause endocrinienne sous-jacente, qui reste dominée par le SOPK. La hirsutose demeure toujours une cause néoplasique sous-jacente.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Hohl A, Ronsoni MF, Oliveira Md. **Hirsutism: diagnosis and treatment.** *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2014; **58(2): 97-107**
2. Spritzer PM, Marchesan LB, Santos BR, Figuera TM. **Hirsutism, Normal Androgens and Diagnosis of PCOS.** *Diagnostics (Basel).* 2022; **12(8): 1922**
3. Elliott J, Liu K, Motan T. **Guideline No. 444: Hirsutism: Evaluation and Treatment.** *J Obstet Gynaecol Can.* 2023; **45(12): 102272.**

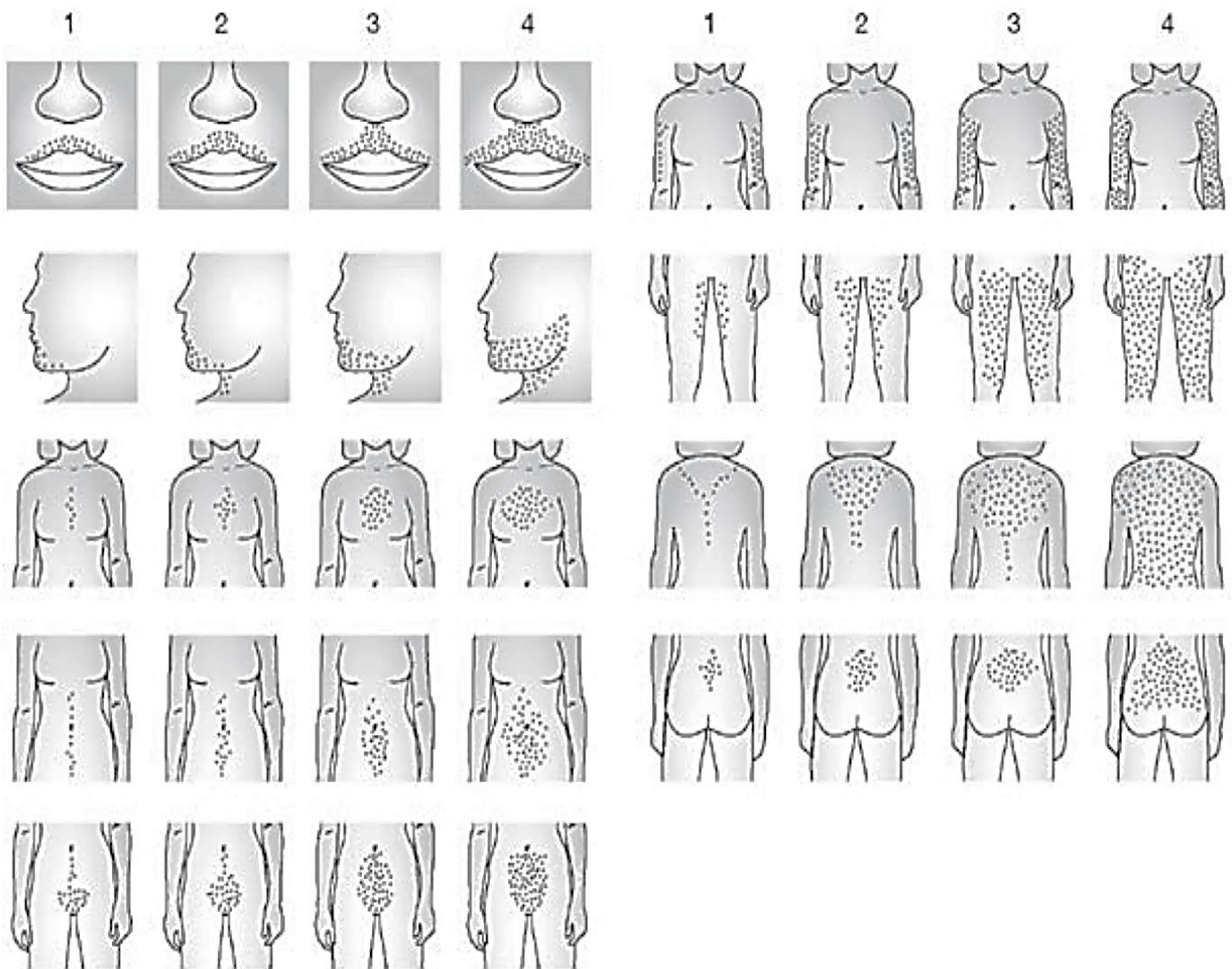


4. Hafsi W, Kaur J. Hirsutism. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29262139
5. Ansarin H, Aziz-Jalali MH, Rasi A, Soltani-Arabshahi R. Clinical presentation and etiologic factors of hirsutism in premenopausal Iranian women. *Arch Iran Med.* 2007; 10(1): 7-13
6. Zhao X, Ni R, Li L, Mo Y, Huang J, Huang M, Azziz R, Yang D. Defining hirsutism in Chinese women: a cross-sectional study. *Fertil Steril.* 2011; 96(3): 792-6.
7. Ndour MA, Diédhiou D, Sow D, Diallo IM, Dieng M, Mbodj FGA, Preira JB, Gadji FK, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EHMM, Halim C, Sarr A and Mbaye MN. Profile of Female Hyperandrogenism at the Medical Clinic II: About 19 Cases. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases.* 2023; 13: 63-74
8. Ekobena F, Etoga M, Yon L, Dehayem M, Nengom S, Ngassam E, Balla V, Sobngwi E and Mbanya J. Clinical, Psycho-Social and Metabolic Profile of Women with Hirsutism in Yaounde. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases.* 2022; 12: 225-237
9. Chhabra S, Gautam RK, Kulshreshtha B, Prasad A, Sharma N. Hirsutism: A Clinico-investigative Study. *Int J Trichology.* 2012; 4(4): 246-50
10. Sharma D, Shanker V, Tegta G, Gupta M, Verma GK. Clinico-investigative Profile of Patients of Hirsutism in a Tertiary Level Institution. *Int J Trichology.* 2012; 4(2): 69-74
11. Knochenhauer ES, Hines G, Conway-Myers BA and Azziz R. (2000) Examination of the Chin or Lower Abdomen Only for the Prediction of Hirsutism. *Fertility and Sterility*, 74, 980-983 [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(00\)01602-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(00)01602-2)
12. Mahajan VK, Singh Chauhan P, Chandel M, Singh Mehta K, Karan Singh V, Sharma A, Sharma R, Sharma J, Hooda S, Raj Verma Y, Sharma H. Clinico-investigative attributes of 122 patients with hirsutism: A 5-year retrospective study from India. *Int J Womens Dermatol.* 2020 Dec 5; 7(3): 237-242
13. Sharma A, Welt CK. Practical Approach to Hyperandrogenism in Women. *Med Clin North Am.* 2021; 105(6): 1099-1116
14. Zargar AH, Wani AI, Masoodi SR, Laway BA, Bashir MI, Salahuddin M. Epidemiologic and etiologic aspects of hirsutism in Kashmiri women in the Indian subcontinent. *Fertil Steril.* 2002; 77: 674-8
15. Masudi N, Yassa P, Byemero N, & Bahati M. Complications cutanées de la dépigmentation artificielle à Bukavu. *Algerian Journal of Health Sciences.* 2023 ; 4(2) : 142-149
16. Mahé 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; 148(3): 493-500
17. Al-Ruhaily AD, Malabu UH, Sulimani RA. Hirsutism in Saudi females of reproductive age: a hospital-based study. *Ann Saudi Med.* 2008; 28(1): 28-32
18. Willis SK, Mathew HM, Wise LA, Hatch EE, Wesselink AK, Rothman KJ, Mahalingaiah S. Menstrual patterns and self-reported hirsutism as assessed via the modified Ferriman-Gallwey scale: A cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 248: 137-143
19. Ahmad QM, Shah IH, Sameem F, Kamili QU, Sultan J. Hirsutism in Kashmir: an etiological study. *Indian J Dermatol.* 2009; 54(1): 80-2
20. Roche A, Sedgwick PM, Harland CC. Laser treatment for female facial hirsutism: are quality-of-life benefits sustainable? *Clin Exp Dermatol.* 2016; 41(3): 248-52
21. Nijsten T. Dermatology life quality index: time to move forward. *J Invest Dermatol.* 2012 ; 132(1): 11-3



ANNEXES

Annexe 1 : Échelle de cotation de Ferriman Gallwey





Annexe 2 : DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)** ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout

2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout

3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour **faire des courses**, vous occuper de votre **maison** ou pour **jardiner** ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement empêché** de **travailler** ou **étudier** ?
3 Oui 0 Non 0 Non concerné(e)

Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

Score final DLQI : (0-30)