



## Particularités cliniques et prise en charge du pityriasis rosé de Gibert sur peau noire : expérience de l'Hôpital National de Niamey (Niger).

### *Clinical Features and Management of Pityriasis Rosea in Black Skin: Experience at the National Hospital of Niamey (Niger).*

Laouali Idi MS<sup>1\*</sup>, Salissou L<sup>1,2</sup>, Ouédraogo MM<sup>4</sup>, Issa Abdou K<sup>7</sup>, Ousmane S<sup>2</sup>, Gado M<sup>1</sup>, Halidou Sidibé R<sup>5</sup>, Abdourahamane ATA<sup>1</sup>, Inouss Issa A<sup>5</sup>, Harouna M<sup>4</sup>, Ango A<sup>3</sup>, Abdoulaye M<sup>6</sup>.

Reçu le 14-11-2025

Accepté le 21-12-2025

Publié le 30-12-2025

#### Mots-clés

Pityriasis  
rosé de Gibert  
;  
Épidémiologie  
; Peau noire ;  
Médaillon  
initial ;  
Variations  
saisonnières ;  
Niger.

#### Résumé

**Introduction :** Le pityriasis Rosé de Gibert (PRG) est une dermatose, inflammatoire aiguë, caractérisée par des lésions érythémato-squameuses. Les lésions sont bénignes, auto-résolutives en quelques semaines ; cependant le caractère inesthétique et affectif impose un traitement symptomatique. L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du PRG au service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital National de Niamey.

**Matériels et méthodes :** il s'est agi d'une étude transversale à collecte rétrospective réalisée sur une période de 3 ans (1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 Décembre 2020) au service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital National de Niamey.

**Résultats :** Sur un total de 6680 consultations, 88 cas de PRG étaient diagnostiqués soit une fréquence de 1,32%. L'âge moyen des patients était de 17,44 ans. Les femmes représentaient 61,36% (n = 54) et le Sex Ratio (F/H) était de 1,58. Les élèves/étudiants étaient les plus concernés (48,86%). Le facteur favorisant retrouvé était l'atopie (20,45%). Le PRG survenait par annuellement en 2 pics mensuels : Mars et Juin. Chez 48,86% (n= 43), le PRG évoluait moins de 2 semaines au jour de la consultation. Cliniquement, le PRG était prurigineux chez 5,68% (n = 5) des patients. Le médaillon initial était retrouvé dans 65,90% (n=58) des cas. La forme classique représentait 80,68% (n=71). Les localisations les plus fréquentes étaient le tronc (67,04%) et les membres (32,95%). Les dermocorticoïdes utilisés dans 77,27% des cas et associées aux émollients ont permis d'accélérer la rémission des lésions chez 85,22% des patients.

**Conclusion :** le PRG est une affection cutanée bénigne et perannuelle qui touche principalement les sujets jeunes. La reconnaissance des particularités cliniques du PRG est essentielle pour établir un diagnostic correct et éviter un traitement inadéquat. L'utilisation des dermocorticoïdes et des émollients a permis d'accélérer une rémission des lésions dans notre contexte.

#### Keywords

Pityriasis rosea  
of Gibert;  
Epidemiology;  
Black skin;  
Initial herald  
patch; Seasonal  
variations;  
Niger.

#### Abstract

**Introduction:** Pityriasis Rosea of Gibert (PRG) is an acute inflammatory skin disease characterized by erythematous-squamous lesions. The lesions are benign and self-resolving within a few weeks; however, their unsightly and emotional impact requires symptomatic treatment. This work aim to study the epidemiological, clinical, and therapeutic aspects of PRG in the Dermatology-Venereology Department of the National Hospital of Niamey.

**Materials and methods:** This was a cross-sectional study with retrospective data collection carried out over a period of 3 years (January 1, 2018, to December 31, 2020) in the Dermatology-Venereology Department of the National Hospital of Niamey.

**Results:** Out of a total of 6,680 consultations, 88 cases of PRG were diagnosed, corresponding to a frequency of 1.32%. The average age of the patients was 17.44 years. Women accounted

for 61.36% (n = 54), and the sex ratio (F/M) was 1.58. Schoolchildren/students were the most affected group (48.86%). The most common predisposing factor was atopy (20.45%). PRG occurred annually with two monthly peaks: March and June. In 48.86% (n = 43) of cases, PRG had been evolving for less than 2 weeks at the time of consultation. Clinically, PRG was pruritic in 5.68% (n = 5) of the patients. The initial herald patch was found in 65.90% (n = 58) of cases. The classic form accounted for 80.68% (n = 71). The most frequent locations were the trunk (67.04%) and limbs (32.95%). Topical corticosteroids, used in 77.27% of cases and combined with emollients, helped accelerate lesion remission in 85.22% of patients.

**Conclusion :** PRG is a benign and perennial skin condition that mainly affects young individuals. Recognizing the clinical features of PRG is essential to make a correct diagnosis and avoid inappropriate treatment. The use of topical corticosteroids and emollients has helped accelerate lesion remission in our context.

## Introduction

Le pityriasis rosé de Gibert (PRG) a été décrit pour la première fois en 1860 par un Dermatologue français, Camille-Melchior Gibert [1]. C'est une dermatose inflammatoire aiguë bénigne caractérisée cliniquement par des lésions érythématosquameuses [2]. Elle touche principalement les adolescents et les adultes jeunes [2,3]. L'hypothèse d'une cause virale (HHV) est de plus en plus admise. C'est les herpes virus humains 6 et 7 (HHV 6 et HHV7) qui sont incriminées [3-5]. Le diagnostic du PRG est essentiellement clinique, reposant sur la présence d'un médaillon initial (inaugural) suivie d'une éruption secondaire dans un délai variant de 1 à 2 semaines. Cette éruption secondaire se caractérise par des lésions ovalaires, nombreuses, de tailles et nombres variables disposés en << arbre de Noël >> sur le tronc [4]. Sur peau noire, cette dermatose présente des particularités cliniques majeures constituant un véritable défi diagnostique. En effet l'aspect érythémateux des lésions, est moins évident sur la peau donnant une tendance à la coloration brunâtre ou grisâtre ; ceci rend son diagnostic clinique erroné.

Cette particularité sémiologique constitue souvent une source d'erreur diagnostique [6,7]. Mais la notion d'une prise médicamenteuse, la sérologie syphilitique, les examens mycologiques (examens direct et indirect) et l'examen histologique d'une lésion similaire permettent de confirmer ou infirmer le diagnostic du PRG [8]. C'est une dermatose

spontanément résolutive après 6 à 12 semaines d'évolution, mais son caractère inesthétique impose un traitement symptomatique [8]. Le PRG est un motif fréquent de consultation dermatologique en Afrique subsaharienne [9-11]; sa prévalence exacte n'est pas connue au Niger. L'objectif de ce travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du PRG au service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN).

## Matériels et méthodes

Il s'est agi d'une étude hospitalière transversale à collecte rétrospective menée sur une période de 3 ans (1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2020) au service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital National de Niamey.

### Affiliations :

1. Dermatologie Vénérologie, Hôpital National de Niamey-Niger
2. Université Abdou Moumouni de Niamey - Niger
3. Dermatologie-Vénérologie, Hôpital National de référence de Niamey
4. Centre Dermato-Lèpre Boukoki Niamey-Niger,
5. Dermatologie-Vénérologie, Hôpital Amirou Boubacar de Niamey
6. Centre National de lutte contre les IST/Niamey-Niger
7. Dermatologie -vénérologie, Hôpital National de Zinder ; Université André Salifou de Zinder - Niger

\* **Auteur correspondant :** Dr Laouali Idi Mamane Sani ; E-mail : [limsani1@yahoo.fr](mailto:limsani1@yahoo.fr)

Nous avons inclus dans cette étude, tous les patients de 2 sexes, de tout âge, avec un diagnostic du Pityriasis Rosé de Gibert retenu sur la base des arguments cliniques. Nous avons exclu les dossiers des patients inexploitable. Une fiche de collecte, établie à cet effet, a permis la collecte des données à partir des registres de consultations. Les variables étudiées étaient : la fréquence, les données socio-démographiques (sexe, âge, provenance, profession), les facteurs de risque/aggravants (antécédents médicaux, saison), les données cliniques (mode de début, durée d'évolution, récurrence, type et étendue de lésions, la localisation) et les données thérapeutiques (type et durée du traitement et enfin l'évolution sous traitement). Ces données avaient été saisies et analysées sur le logiciel épi-info version 7.2.6. La saisie et les graphiques étaient réalisés avec le logiciel Word et Excel 2016.

## Résultats

**Fréquence :** Sur un total de 6680 consultations réalisées durant la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 Décembre 2020 (3 ans), nous avons colligé 88 cas de PRG soit une fréquence de 1,32%.

**Données socio-démographiques :** Les femmes étaient majoritaires soit 61,36% (n = 54). Le Sex Ratio (F/H) était de 1,58. Les tranches d'âge moins de 10 ans et de 10 à 20 ans étaient les plus représentées avec respectivement 29,55% et 31,82%. L'âge moyen était de 17,44 ans et les extrêmes étaient de 2 ans et 59 ans. Les élèves/étudiants représentaient 48,86% (n=43). Les sujets résidant à Niamey (lieu de l'étude) étaient les plus représentés soit 60,23% (n=53) (**Tableau I**)

**Tableau I :** Répartition des patients selon le sexe et l'âge

|  | Effectifs (n) | (%) |
|--|---------------|-----|
|--|---------------|-----|

| Sexe            |    |       |
|-----------------|----|-------|
| Masculin        | 34 | 38,64 |
| Féminin         | 54 | 61,36 |
| Age             |    |       |
| Moins de 10 ans | 26 | 29,54 |
| 10 – 19 ans     | 28 | 31,81 |
| 20 – 29 ans     | 16 | 18,18 |
| 30 – 39 ans     | 07 | 7,95  |
| 40 – 49 ans     | 07 | 7,95  |
| 50 ans et plus  | 4  | 4,54  |

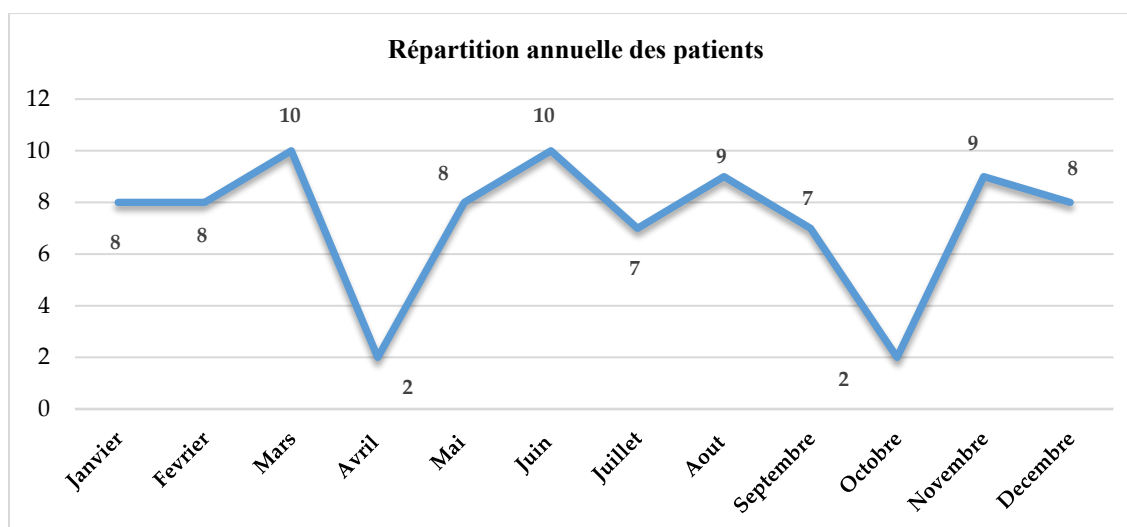
**Données cliniques :** Les antécédents retrouvés étaient l'atopie (20,45%) et le diabète (4,54%). La durée d'évolution du PRG était de moins de 2 semaines chez 48,86% des patients (n= 43) et la chronicité (plus de 4 semaines) était notée chez 31,81% (n=28). L'éruption était aiguë chez 60,22% des patients (n= 53%) (**Tableau II**).

**Tableau II :** Répartition des patients selon le mode évolutif

|                                         | Effectifs (n) | %     |
|-----------------------------------------|---------------|-------|
| Durée d'évolution avant la consultation |               |       |
| - Moins de 2 semaines                   | 43            | 48,86 |
| - 2 - 4 semaines                        | 17            | 19,31 |
| - Plus de 4 semaines                    | 28            | 31,81 |
| Mode de début                           |               |       |
| - aiguë                                 | 53            | 60,23 |
| - Progressif                            | 35            | 39,77 |
| Nombre d'épisode                        |               |       |
| - Premier épisode                       | 87            | 98,86 |
| - Récidive                              | 1             | 1,14  |

Le PRG était perannuel dont les pics étaient observés au mois de Mars (11,36%) et Juin (11,36%) (**Graphique 1**).

Cliniquement, le PRG était prurigineux chez 5,68% (n= 05) (**Tableau III**). Le médaillon initial était retrouvé chez 65,90% des patients (n= 58) (**Figure 1**). Trois formes cliniques étaient retrouvées : la forme classique (80,68%), et deux (2) formes atypiques à savoir la forme papulo-squameuse (13,63%) et la forme eczématisée (5,68%).



**Graphique 1** : Répartition annuelle des patients

Les topographies les plus fréquentes étaient le tronc (67,04%) (**Figure 2**) et les membres (32,95%) (**Figure 3**)

**Tableau III** : Répartition des patients selon les signes cliniques et la topographie

|                                 | Effectifs (n) | %     |
|---------------------------------|---------------|-------|
| <b>Signes fonctionnels</b>      |               |       |
| - Prurit                        | 05            | 5,68  |
| - Asymptomatique                | 83            | 94,31 |
| <b>Signes physiques</b>         |               |       |
| - Médaillon initial             | 58            | 65,90 |
| - Éruption secondaire :         |               |       |
| Forme classique                 | 71            | 80,68 |
| Forme papulo-squameuse          | 12            | 13,63 |
| Forme eczématisée               | 05            | 5,68% |
| <b>Topographies des lésions</b> |               |       |
| - Visage                        | 02            | 2,27  |
| - Cou                           | 02            | 2,27  |
| - Tronc                         | 59            | 67,04 |
| - Membres                       | 29            | 32,95 |

\* Note : les localisations étaient multiples chez certains patients

**Données thérapeutiques** : Le traitement était local, basé essentiellement sur l'utilisation des émollients (100%) et des dermocorticoïdes (77,27%). Seuls 5,68% des patients se plaignant de prurit avaient bénéficié des antihistaminiques. L'évolution sous traitement était favorable chez 71,59% (n= 63) après 2 semaines de traitement. Une rémission

complète des lésions était notée chez 85,22% (n=75) après 4 semaines.



**Figure 1** : Médaillon initial (inaugural) du PRG localisé sur le sein gauche



**Figure 2** : PRG diffus sur le dos respectant la disposition en « sapin de Noël »



**Figure 3 :** Lésions du PRG localisées sur les cuisses

## Discussion

Notre étude portant sur 88 cas du PRG constitue la première réalisée au service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital National de Niamey. Durant de cette étude, certaines limites étaient à relever, notamment la complétude de certains dossiers. Malgré ces limites, cette étude a permis d'obtenir des caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette pathologie.

**Fréquence :** Le pityriasis Rosé de Gibert est une dermatose inflammatoire bénigne cosmopolite. Elle représente 0,16% à 1,67% des motifs de consultation dermatologique au Royaume-Uni, en Espagne, en Autriche, et en Turquie [12]. Sur le continent américain, la prévalence était de 0,21% aux USA [13]. En Asie, l'incidence du PRG était de 0,39 à 4,80 pour 100 patients consultants en dermatologie en Inde [14]. Sur le continent africain, dans la zone subsaharienne, la fréquence était de 0,6% au Burkina Faso selon Traoré A et al [10], au Nigeria, Yahya H et al [11] avaient noté une fréquence de 2,4%, au Bénin elle était de 2,36% selon Agbessi N et al. Dans notre étude, la fréquence du PRG était de 1,32%. Il ressort de ces données que la fréquence du PRG est plus élevée dans les régions subsahariennes que dans les pays occidentaux ; probablement à cause de l'environnement ou du climat : les climats chauds et humides

seraient plus favorables aux virus suspectés [8,9].

**Données socio-démographiques :** Le PRG est retrouvé chez certaines catégories professionnelles (8) mais également chez des sujets fréquentant des établissements d'enseignement (adolescents et des adultes jeunes) [8,12]. Les femmes sont les plus touchées [12]. Dans notre étude, les sujets de moins de 20 ans représentaient 60,72% (n= 54) avec un âge moyen de 17,44 ans. Les élèves/étudiants (48,86%) et les fonctionnaires (14,77%) étaient les plus représentés. Le sexe féminin était majoritaire (61,36%). Selon Yahya H et al [11], le PRG était présent chez 60% des patients de moins de 18 ans; Ganguly S et al [4] trouvaient des sujets de 11-30 ans dans les proportions 82 %. Les travaux de Traore A et al [10], réalisée sur 6000 élèves examinés dans les différents établissements de la ville de la capitale burkinabée, avaient trouvé 36 cas du PRG. Dans plusieurs publications [1, 3, 5, 9,11] la prédominance féminine était confirmée.

**Données cliniques :** l'atopie constitue un des facteurs prédisposant à la survenue du PRG (9). Dans notre étude elle était notée dans 20,45% des cas. L'atopie (rhinite allergique et asthme) avait été rapportée par Agbessi et al [6] avec une fréquence 17,89%.

Pour certains auteurs, le PRG est sous l'influence de climats (température, humidité et saison) avec des pics [2,9]. Cette constatation est marquée par des poussées durant l'hiver, le printemps ou la fin de l'automne dans les pays tempérés [9]. Dans notre étude, le PRG était perannuel, mais les pics étaient observés durant le mois de Mars (11,36%) et Juin (11,36%). A Parakou, selon Agbessi et al [6], le PRG était plus fréquent pendant la saison pluvieuse (mois d'avril) (14,49%). Au Nigeria (9) aussi, un pic a été observé pendant la saison pluvieuse : septembre (11,5%) et octobre (11,2%). Cliniquement, le PRG évolue en deux phases : une phase initiale (médaillon) suivie d'une phase secondaire floraison). Cette phase

secondaire apparaît le plus souvent 1 à 2 semaines après le médaillon initial avec une disposition en « arbre de Noël » sur le dos. Sur le plan fonctionnel, le prurit est inconstant dans le PRG [1, 2,8]. Traore A et al [10] avaient trouvé le prurit dans 61,6% des cas tandis que chez Agbéssi N et al [6], le prurit représentait 68,11%. Dans notre étude, les lésions étaient prurigineuses chez 5,68% (n=5) des patients. Le faible taux de prurit observé dans notre étude peut s'expliquer par un délai de consultation court (48,86% des patients avaient consulté dans les deux (2) premières semaines) et une prédominance des lésions aiguës (chez 60,22% des patients l'éruption était aiguë), suggérant que le prurit se développe probablement plus tardivement au cours de l'évolution naturelle du PRG. Le médaillon initial, retrouvé chez 65,90 % des patients (n= 58) était suivi d'une éruption secondaire classique dans 86,36% des cas. Les lésions étaient disposées sur le tronc dans 67,04% des cas et sur et sur les membres dans 32,95%) des cas. Selon Traore A et al [10], la durée d'évolution était de 1 à 4 semaines. Le médaillon initial (61,1%) était suivi d'une éruption secondaire principalement disposée sur le tronc (75%) et les membres (64,4%). Selon Yahya H et al [11], le médaillon initial était apparu dans 67,8% des cas et suivi d'une éruption secondaire localisée principalement sur le tronc dans 94% des cas et sur le cou dans 23,6% des cas. Des formes cliniques atypiques du PRG sont décrites [17,18]. Dans les travaux d'Agbéssi N et al [6], les formes cliniques atypiques retrouvées étaient : inversées (2,89%), eczématisées (13,04%) et impétiginisées (5,97%). Nous avons retrouvé 2 formes cliniques atypiques : papulo-squameuses (13,63 %) et eczématisées (5,68%).

**Données thérapeutiques :** Le PRG est une dermatose spontanément résolutive [1, 3,19]. Ce qui justifie l'abstention thérapeutique chez certains cliniciens [10,19]. Pour certains auteurs les dermocorticoïdes peuvent être utilisés, parfois en association avec les émoullients [5,

8,19]. Dans les formes prurigineuses, les antihistaminiques peuvent être nécessaires [5, 8, 10,19]. Dans notre étude, les patients avaient bénéficié d'un traitement à base des émoullients (100%) et des dermocorticoïdes (77,27%). Seuls 5,68% de nos patients se plaignant du prurit avaient bénéficié d'une prescription des antihistaminiques. Après quatre (4) semaines de traitement, une rémission totale des lésions était observée chez 85,22% (n=75%) de nos patients.

## Conclusion

Le PRG est une affection cutanée bénigne, perannuelle et surtout du sujet jeune. Un diagnostic et une prise en charge rapide permettent d'éviter le retentissement psychoaffectif de cette affection. Il faut cependant toujours éviter un traitement inadéquat du fait de confusion surtout avec une dermatophytie circinée. Dans notre expérience, l'utilisation des dermocorticoïdes associés aux émoullients a permis l'accélération de la rémission des lésions.

## Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Références

1. Villalon-Gomez JM, Pityriasis Rosea : Diagnosis and treatment. Am Fam Physican.2018.Jan 1 ; 97(1) :38-44.
2. Mahroum N, Shoenfeld Y. Classic Pityriasis Rosea. Isr Med Assoc J. 2022 Aug ; 24(8) : 549.
3. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Pityriasis Rosea : An Updated Review. CurrPediaterRev. 2021 ; 17-3) :201-211.
4. Ganguly S. A clinico-epidemiological study of pityriasis rosea in South India. Indian J DermatolVenereolLeprol. 2013 ; 79 : 42-46.
5. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, Garg VK. Pityriasis Rosea : An Update on etiopathogenesis and management of difficult

- aspects. *India J Dermatol*. 2016 Jul-Aug ; 61(4) : 375-84.
6. Agbessi N, Degboe B, Houngbo O, Keutcha L, Akpadjan F, Adegbidi H, et al. Profil clinique, comorbidités et qualité de vie des patients atteints du Pityriasis Rose de Gibert à Parakou (Benin). *Health Sciences and disease* 2021 ; 22(3) : 4360.
  7. Morand JJ, Lightburne E. *Dermatologie des peaux génétiquement hyperpigmenté (dites peaux noires)*. EMC – Dermatologie. 2009 ; 4-150-A-10 : 1-16
  8. Petit A. Pityriasis Rosé. In *Encyclopédie Médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson (Dermatologie). Fascicule 9-320-A-10.
  9. Ayanlowo O, Akinkugbe A, Olumide Y. the Pityriasis Rosea calendar : A 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig Q J Hosp Med*. 2010 Jan-Mar ; 20 (1) : 29-31.
  10. Traore A, Korsaga-Some N, Niamba P, Barro F, Sanou I, Drabo YJ. Pityriasis Rosé de Gibert dans les écoles secondaires à Ouagadougou. *Ann DermatolVenereol*. 2001 May ; 128(5) : 605-9.
  11. Yahya H. Pityriasis Rosea in kaduna, North-West Nigeria : A 20 year experience. *West Afr J Med*. 2023 ; 40(8) : 816 -821.
  12. Joshi TP, Calderara GA, LipoffJB. Prevalence of Pityriasis Rosea in the United States : A Cross-sectional study using the All of Us database. *JAAD int*. 2022 May 19 ; 8:45- 46.
  13. Amer A, Fischer H, Li X, The natural history of pityriasis rosea in black american children : How correct is the classic description ? *Arch PediatrAdolesc Med*. 2007 May ; 161(1) :503-6.
  14. Ehsani A, Esmaily N, Noormohammadpour P, Toosi S, Hosseinpour A, Hosseini M, et al. The comparison between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of pitiriasis rosea. *Indian J Dermatol*. 2010;55(3): 246-8.
  15. Drago F, Ciccarese G, Parodi A (2018). Pityriasis Rosea and Pityriasis Rosea-like eruptions : How to distinguish them ? *JAAD Case Reports*, 4(8), 800-801.
  16. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical Variants of pityriasis rosea. *World J Clin Case*. 2017 Jun 16 ; 5(6) : 2023-211.
  17. Kilinc F, Akbas A, Sener S, Aktas A. Atypical pityriasis rosea : Clinical evaluation of 27 patients. *CutanoculToxicol*. 2017 jun ; 36(2) : 157 – 162.
  18. Daze RP, Dorton D. An atypical Presentation of Pityriasis Rosea localized to the extremities. *Cureus*. 2020 Aug 15 ; 12(8) :e9765.
  19. Chuh A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. A position statement on the management of patients with pityriasis rosea. *J Eur AcadDermatolVenereol*. 2016 Oct ; 30(10) : 1670 -1681.