

BURKINA FASO
◆
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
◆
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S.)
◆
SECTION MEDECINE

Année Universitaire 1997 - 1998

N°36

MODIFICATIONS CUTANÉES PHYSIOLOGIQUES SURVENANT SUR
PEAU NOIRE , AU COURS DE LA GROSSESSE NORMALE.
OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03 Juillet 1998
Pour l'obtention du :

GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par : Sita TRAORE/épouse TRAORE
Née le 18 Janvier 1968 à Banfora

Président du jury :
Professeur Ag. Y. Joseph DRABO

Directeur de thèse :
Professeur Ag. Bibiane KONE

Membres du jury :
Professeur Ag. Blaise SONDO
Docteur Michel AKOTIONGA
Docteur Adama TRAORE

Co-Directeur
Docteur Adama TRAORE

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen en Charge des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA
Service Courrier	Mr Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Assistants associés

Caroline BRIQUET

Chimie -Analytique, Pharmacologie
et Toxicologie

Valérie MURAILLE

Galénique, Chimie-Analytique

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Jean LANKOANDE

Gynécologie-Obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

Ludovic KAM

Pédiatrie

Adama LENGANI

Néphrologie

Omar TRAORE N°1

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Adama TRAORE

Dermatologie Vénérologie

Abdoulaye TRAORE

Santé Publique

Kampadilemba OUOBA

Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie Générale

Daman SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Joachim SANOU

Anesthésie-Réanimation

Patrice ZABSONRE

Cardiologie

Jean Gabriel OUANGO

Psychiatrie

Georges KI-ZERBO

Maladies Infectieuses

Théophile TAPSOBA

Biophysique

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

Sophar HIEN

Chirurgie - Urologie

Timothée KAMBOU

Chirurgie

Philippe ZOURE

Gynécologie-Obstétrique

T.Christian SANOU (in memoriam)

Oto Rhino Laryngologie

Madi KABRE

Oto Rhino Laryngologie

Doro SERME (in memoriam)

Cardiologie

Hamadé OUEDRAOGO

Anesthésie-Réanimation
physiologie

Alexis ROUAMBA

Anesthésie-Réanimation
physiologie

M. Théophile COMPAORE

Chirurgie

Rabiou CISSE

Radiologie

Y. Abel BAMOUNI

Radiologie

Blami DAO

Gynécologie Obstétrique

DAO / Maïmouna OUATTARA

ORL

Alain BOUGOUMA

Gastro-Entérologie

Alain ZOUBGA

Pneumologie

André K. SAMANDOULOGOU

Cardiologie

KYELEM / Nicole Marie ZABRE

Maladies Infectieuses

Rigobert THIOMBIANO

Maladies Infectieuses

Raphaël DAKOURE

Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale

Guy V. OUEDRAOGO

Chimie Minérale

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie Cellulaire

Laou Bernard KAM (in memorian)

Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA

Chimie-Physique Générale

François ZOUGMORE

Physique

Patoin Albert OUEDRAOGO

Zoologie

Adama SABA

Chimie Organique

Philippe SANKARA

Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie Cellulaire

Marcel BONKIAN

Mathématiques
et Statistiques

Longin SOME

Mathématiques
et Statistiques

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Makido B. OUEDRAOGO

Génétique

Jean KOULIDIATY

Physique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

Jeanne MILLOGO

T.P. Biologie-Cellulaire

Raymond BELEMTOUGOURI

T.P. Biologie Cellulaire

Gustave KABRE

Biologie

Drissa SANOU

Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique

Georges Annicet OUEDRAOGO Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY Psychologie

Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie

Aimé OUEDRAOGO Ophtalmologie

R. Joseph KABORE Gynécologie-Obstétrique

Saïdou Bernard OUEDRAOGO Radiologie

Dr Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE Planification

Dr Nicole PARQUET Dermatologie

M. GUILLRET Hydrologie

M. DAHOU (in mémoriam) Hydrologie

Dr Bréhima DIAWARA Bromatologie

Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Mr KPODA	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata	Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
------------------------	-------------------------------------

Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr. M. BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr. Viviane MOES	Galénique

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu le père tout puissant

Que ta volonté soit faite.

A papa,

Amour paternel,

A Maman

Amour maternel.

A mon époux, Zantigui

Merci pour tout. Ce travail est également le tien.

A mes enfants chéris Zidée et Cléna

Je n'ai pas toujours été disponible pour vous. Mais sachez que maman vous aime.

A mes frères et soeurs

Amour fraternel.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

Merci pour tout.

A toute ma belle famille.

Au Docteur KO/YODA Bernadette

Vous m'avez soutenue moralement et matériellement tout au long de ce parcours.

Les mots me manquent pour vous témoigner de ma profonde gratitude.

A madame COULDIATY/NIKIEMA Evelyne

Au nom de notre amitié.

A Sali et Yvette

Que ce trio ne se brise à jamais.

A tous nos ami (es)

A nos Maîtres et Juges

A notre Maître et Président du jury

Le Professeur agrégé Joseph DRABO

Maître de conférences agrégé en médecine interne/Endocrinologie

C'est pour nous un grand honneur de vous voir présider le jury de notre thèse.

Votre modestie et votre disponibilité forcent l'admiration.

Merci pour l'enseignement en endocrinologie.

Veillez accepter cher Maître l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge

Le Professeur agrégé Blaise SONDO

Maître de conférences agrégé en santé publique

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant juger ce travail. Merci pour votre enseignement en santé publique.

Sincères reconnaissances

A notre Directeur de thèse

Le Professeur agrégé Bibiane KONE

Maître de conférences agrégé en Gynécologie - Obstétrique.

Votre disponibilité et votre amour pour le travail bien fait, forcent notre admiration.

Nous vous remercions sincèrement pour l'enseignement théorique et pratique dont nous avons bénéficié en gynécologie-obstétrique.

Vous avez encore accepté de diriger ce travail malgré vos multiples préoccupations.

Croyez en l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Le Docteur Michel AKOTIONGA

Assistant en Gynécologie-Obstétrique

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de notre jury. Malgré vos multiples préoccupations, vous avez accepté jugé ce travail. Nous vous disons merci.

Sincère reconnaissance.

A notre Co-Directeur de thèse,

Docteur TRAORE Adama

Maître assistant en dermatologie-vénérologie.

Vous nous avez inspiré le sujet, et vous avez été présent tout au long de ce travail.

Vous avez réaliser vous même les iconographies.

Votre dévouement pour le travail, votre rigueur et vos qualités humaines forcent l'admiration.

Grâce à vous, nous avons appris à aimer la dermatologie. Nous vous disons merci.

Sincères reconnaissances.

NOS REMERCIEMENTS

A tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

A mon oncle, son Excellence Mélégué Maurice TRAORE, Président de l'Assemblée Nationale.

Au Docteur Jean LANKOANDE.

Au Docteur Bougouma

Pour votre enseignement, notre encadrement et votre apport pour ce travail.

A Monsieur OUEDRAOGO Mahanmadou (D.G Tan Aliz)

Merci pour ton aide

A COULIBALY Baba

Ton aide ma été très précieuse

A YAMEOGO Marceline,

A Monsieur ZONGO Jean Louis,

A BIRBA Léocadie

A OUEDRAOGO Aïssata,

A tous nos enseignants de la faculté.

Au Docteur SAWADOGO Oumar (dermatologue)

Au Docteur BARRO Fatou (dermatologue)

A tout le personnel de la dermatologie

A tout le personnel de la maternité

A tout le personnel du Centre SYFED

A tout le personnel de la Bibliothèque de la F.S.S.

A Monsieur COULDIATY Richard Patrik

A tout le personnel de la SMI de Saint Camille, Paul VI, Goughin, Central, Wemtinga, Samadin.

« Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S.) a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACTH	Adreno-Corticotrophic Horonone
CHN	Centre Hospitalier National
CHNYO	Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CPN	Consultation prénatale
CSMI	Centre de Santé Maternelle et Infantile
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
Eff	Effectif
INSD	Institut National de Statistique et de la Démographie
Kg	Kilogramme
LE	Lupus érythémateux
LEAD	Lupus érythémateux aiguë disséminé
LEC	Lupus érythémateux chronique
MM	Melanome malin
MI	Membre inférieur
MSH	Melanocytic stimulating hormone
%	Pourcentage
OMI	Oedème des membres inférieurs
PEP	Polymorphic eruption of pregnancy
PRG	Pityriasis rosé de Gibert
PUPP	Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy
T ₁	Premier trimestre
T ₂	Deuxième trimestre
T ₃	Troisième trimestre
TGFG	Taux global de fécondité général
TSH	Tyroïd stimulating hormone
UV	Ultra violet
Σ	Ecart réduit

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME	1
II - GENERALITES	4
1 - LES MODIFICATIONS CUTANEEES PHYSIOLOGIQUES DE LA GROSSESSE	5
1.1 - Les modifications pigmentaires	5
1.1.1 - Pathogénie	5
1.1.2 - Clinique	6
1.1.2.1 - Une mélanodermie généralisée	6
1.1.2.2 - Une hyperpigmentation régionale	6
1.1.2.3 - Le mélasma ou masque de grossesse	7
1.2 - Les modifications vasculaires	8
1.2.1 - Physiopathologie	8
1.2.2 - Clinique	9
1.2.2.1 - Les angiomes stellaires	9
1.2.2.2 - Érythème palmaire	9
1.2.2.3 - Les varices et les varicosités superficielles	10
1.2.2.4 - Autres modifications vasculaires	10
1.3 - Les atteintes gingivales au cours de la grossesse	11
1.3.1 - La gingivite gravidique	11
1.3.2 - L'épulis	11
1.3.3 - Le granulome pyogénique ou botryomycome	11
1.4 - Les modifications du tissu conjonctif	12
1.4.1- Les vergetures	12
1.4.1.1 - Pathogénie	12
1.4.1.2 - Clinique	12
1.4.2 - Le molluscum pendulum ou fibrosum gravidarum	13
1.5 - Les modifications des phanères	13
1.5.1 - Poils et cheveux	13
1.5.2 - Les ongles	14
1.6 - Les modifications de l'activité glandulaire	14
1.6.1 - La sécrétion sudorale	14
1.6.2 - La sécrétion sébacée	15

2 - LES DERMATOSES INFLUENCEES PAR LA GROSSESSE	15
2.1 - Les dermatoses améliorées par la grossesse	15
2.1.1 - La Sclérodermie	15
2.1.2 - La maladie de Fox-Fordyce, l'idrosadénite et la maladie de verneuil	16
2.1.3 - La sarcoïdose	16
2.2 - Les dermatoses aggravées par la grossesse	17
2.2.1 - Le lupus érythémateux systémique	17
2.2.2 - Le pemphigus	17
2.2.3 - Les condylomes accuminés	18
2.2.4 - Autres dermatoses aggravées par la grossesse	18
2.3 - Les dermatoses sur lesquelles la grossesse a un effet variable	18
2.3.1 - L'acné	18
2.3.2 - Le psoriasis	19
2.3.3 - L'eczéma atopique	19
2.3.4 - Le mélanome malin	19
3 - LES DERMATOSES SPECIFIQUES DE LA GROSSESSE	19
3.1 - La pemphigoïde gestationis ou herpès gestationis	20
3.2 - L'impétigo herpétiforme ou psoriasis pustuleux	20
3.3 - Affection prurigineuses de la grossesse	21
3.3.1 - Le prurit gravidique	21
3.3.2 - Les dermatoses papuleuses et prurigineuses spécifiques de la grossesse	21
3.3.2.1 - Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy (PUPPP)	21
3.3.2.2 - Les autres dermatoses papuleuses et prurigineuses de la grossesse	22
III - OBJECTIFS	23
1 - OBJECTIF GENERAL	24
2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES	24
IV - METHODOLOGIE	25
1 - Cadre de l'étude	26
2 - Type et durée de l'étude	26
3 - Echantillonnage	26
4 - Le recueil des données	27

5 - Critères d'inclusion	27
6 - Critères d'exclusion	27
7 - Déroulement pratique de l'enquête	27
8 - Définitions opérationnelles	29
9 - Saisie et analyse des données	29
V - RESULTATS	30
1 - CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	31
1.1 - L'âge	31
1.2 - La nationalité	31
1.3 - La profession	32
1.4 - Le poids	32
1.5 - La parité	32
1.6 - Les antécédents (ATCD)	33
1.6.1 - Antécédent de contraception orale	33
1.6.2 - Antécédents personnels de vergetures	33
1.6.3 - A.T.C.D. familiaux de vergetures	33
1.6.4 - A.T.C.D. de varices	33
1.7 - L'hormonothérapie	34
1.8 - La prise médicamenteuse	34
1.9 - Le teint	34
2 - MODIFICATIONS CUTANÉES PHYSIOLOGIQUES RENCONTREES	35
2.1 - Résultats globaux	35
2.2 - Résultats analytiques	36
2.2.1 - Modifications pigmentaires objectives	36
2.2.1.1 - Mélasma	36
* - Mélasma en fonction d'une prise de contraception orale(C.O), ou d'une hormonothérapie	37
* - Mélasma et prise médicamenteuse	38
2.2.1.2 - Hyperpigmentation Régionale (HR) en dehors du mélasma	38
* - modifications des naevi et des éphélides	40
* - Hyperpigmentation Régionale et Parité	40
* - Hyperpigmentation Régionale et teint de la patiente	41
2.2.2 - Modifications du tissu conjonctif	41
2.2.2.1 - Les vergetures	41
* - Vergetures et A.T.C.D. de vergetures	42
* - Vergetures et poids	43

* - Vergetures et parité	44
* - Les Vergetures et l'âge	44
2.2.2.2 - Molluscum Pendulum	45
* Date d'apparition des molluscum	45
2.2.3 - Modifications vasculaires et gingivales	46
* - Les types de modifications vasculaires et gingivales	46
* - Modifications vasculaires et leur date d'apparition	47
2.2.3.1 - Varices apparues pendant la grossesse et notion d'A.T.C.D. de varices	47
2.2.3.2 - Varices et parité	48
2.2.3.3 - Varices et âge	48
2.2.3.4 - Varices et poids	49
2.2.3.5 - Erythème palmaire et teint	50
2.2.4 - L'acné	50
2.2.4.1 - Acné apparue pendant la grossesse	50
* - L'acné selon l'âge	51
2.2.4.2 - Les modifications de l'acné préexistante	52
2.2.5 - Modifications du teint	52
* - Les modifications du teint en fonction du teint initial de la femme	52
2.2.6 - Modifications phanériennes	53
2.2.6.1 - Les Poils et les cheveux	53
2.2.6.2 - Les ongles	53
<i>VI - DISCUSSION</i>	54
1 - Limite et biais	55
2 - A propos de l'hyperpigmentation	55
3 - A propos des vergetures	57
4 - A propos du molluscum pendulum	57
5 - A propos des modifications vasculaires	58
6 - A propos de l'acné	60
7 - A propos des modifications phanériennes	60
8 - A propos des modifications du teint	60

VII - CONCLUSION	62
VIII - SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	64
LX - RÉFÉRENCES	66
X - ICONOGRAPHIES	
XI - ANNEXES	

I - INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

La peau et les phanères sont fréquemment modifiés au cours de la grossesse. Ces modifications sont le fait de modifications hormonales, immunologiques, circulatoires et métaboliques. Elles sont si fréquentes qu'elles sont considérées comme physiologiques. Elles sont en général bénignes et disparaissent après l'accouchement. Elles peuvent aider au diagnostic de la grossesse. Mais lorsque leur expression clinique s'accroît ou lorsqu'elles persistent au delà de l'accouchement, elles deviennent alors inquiétantes. Elles peuvent même dans certains cas ressembler à des dermatoses pathologiques. En outre certaines sont très gênantes pour les patientes, nécessitant parfois, une prise en charge particulière.

Elles doivent donc être bien connues de tout le personnel prenant en charge les femmes enceintes. Une simple rassurance des patientes suffit dans certains cas.

Les modifications les plus fréquemment rencontrées sont : les modifications pigmentaires (90%), les vergetures, les modifications vasculaires et les modifications phanériennes.

A coté de ces modifications physiologiques, il existe des dermatoses pathologiques de la grossesse. Elles sont classées en 2 groupes :

- les dermatoses spécifiques de la grossesse,
- et les dermatoses influencées par la grossesse.

Ces dermatoses peuvent avoir des répercussions sur la mère et l'enfant. Elles sont parfois à l'origine de mort foetale et maternelle, de prématurité, de mort in-utero et d'avortement.

La multitude des manifestations cutanées pouvant se voir chez la femme enceinte, l'intérêt pronostique de certaines aussi bien maternelle que foetale, justifient la place prépondérante qu'il faut accorder à l'examen cutanéomuqueux chez la femme enceinte.

Si les deux derniers aspects sont bien connus et la conduite à tenir codifiée, il existe par contre très peu d'études cliniques faites sur les modifications cutanées physiologiques d'une manière générale et particulièrement en Afrique noire. Celles déjà faites portent pour la plupart sur des femmes blanches. Il existe quelques études américaines portant sur des femmes noires. Mais à notre connaissance, il n'existe pas d'étude clinique sur les femmes noires africaines.

Notre étude avait pour but de permettre une meilleure connaissance de ces modifications cutanées physiologiques sur peau noire, en milieu tropicale. Ce qui permettra de distinguer le normal du pathologique et de rassurer les femmes enceintes devant une modification cutanées physiologique.

II - GENERALITES

1 - LES MODIFICATIONS CUTANÉES PHYSIOLOGIQUES DE LA GROSSESSE

Elles sont pour la plupart dues aux troubles hormonaux survenant au cours de la grossesse. En effet, au cours de la grossesse on observe l'augmentation du taux des hormones préexistantes et l'apparition de nouvelles hormones. L'oestrogène est l'hormone la plus incriminée dans ces modifications. Il stimule, la croissance des kératinocytes et la pigmentation cutanée ; il déprime la sécrétion sébacée ; il provoque une vasodilatation cutanée, une augmentation de la perméabilité capillaire et une néoangiogénèse.

L'influence de la progestérone sur la peau est mal connue. Elle possède vraisemblablement une action pigmentogène en synergie avec les oestrogènes. Son action sur la sécrétion sébacée est faible.

Les glucocorticoïdes diminuent l'activité mitotique kératinocytaire, inhibent la synthèse du collagène et de l'élastine dermique, stimulent la pousse pileuse et provoquent une hyperkératose des follicules pilo-sébacés.

La sécrétion d'ACTH de MSH et de TSH est augmentée en raison de l'hyperfonctionnement hypophysaire durant la grossesse ; l'ACTH et le MSH stimulent l'activité mélanocytaire et participent à la pigmentation gravidique [28].

Les modifications cutanées physiologiques peuvent être regroupées en six items que sont :

- les modifications pigmentaires,
- les modifications du tissu conjonctif ,
- les modifications vasculaires,
- les modifications phanériennes,
- les atteintes gingivales,
- et les modifications de l'activité des glandes sébacées.

1.1 - Les modifications pigmentaires

1.1.1 - Pathogénie

Leur pathogénie est complexe. Il s'agit d'une hypermélanose par hyperactivité mélanocytaire [2, 30]. De nombreux facteurs comme l'exposition solaire, l'augmentation de

la sécrétion de MSH, et surtout l'action synergique des oestrogènes et de la progestérone, qui sont des stimulants mélanocytaires [1], seraient impliqués dans leur survenue. Ce dernier fait est confirmé par l'existence de mélanose chez les patientes non enceintes, mais prenant une contraception oestro-progestative par voie orale.

1.1.2 - Clinique

Cliniquement, on distingue 3 aspects.

1.1.2.1 - Une mélanodermie généralisée.

L'existence d'une mélanodermie généralisée uniforme est très rare et peut passer inaperçue lorsqu'elle est discrète, nécessitant alors un examen en lumière de Wood, pour la mettre en évidence [1].

1.1.2.2 - Une hyperpigmentation régionale

Elle est surtout marquée chez les femmes brunes. Environ 90 % des femmes enceintes présentent ce type d'hyperpigmentation [1, 2, 30]. Elle débute précocement dès les premiers mois de la grossesse. Il s'agit d'une accentuation de la pigmentation des régions normalement hyperpigmentées que sont : l'aréole mammaire pouvant déborder sur la peau voisine en prenant un aspect réticulé, le mamelon, la ligne abdominale médiane ou ligne blanche (allant du pubis à l'appendice xyphoïde), les aisselles, la face interne des cuisses, la région périnéale et ano-vulvaire, l'ombilic, les naevi préexistants.

Au cours de la grossesse, les éphélides aussi se multiplient et deviennent plus foncées. Les cicatrices de survenues récentes, c'est à dire peu avant ou au début de la grossesse, se pigmentent.

On peut avoir également une apparition de nouveaux naevi [30], et de ligne de démarcation pigmentaire naturelle du groupe B sur les membres inférieurs [33].

Les lignes de démarcation sont des zones de démarcation linéaire, nette, entre deux régions différemment pigmentées. Cinq types ont été décrits dans la littérature [10, 15].

- Le type A : localisé à la face antéro-interne du bras. Ce type se rencontre chez les Noires et les Asiatiques.
- Le type B : localisé à la face postéro-externe des membres inférieurs.

- Le type C : est une hypopigmentation linéaire verticale pré et para-sternale.
- Le type D : localisé à la face postéro-interne de la colonne vertébrale.
- Le type E : va de la clavicule à la région périaréolaire.

Ces lignes sont bilatérales et symétriques.

L'hyperpigmentation régionale s'atténue après l'accouchement. Cependant, une pigmentation plus ou moins atténuée peut persister pendant des mois ou des années [1].

Compte tenu de sa bénignité, aucun traitement n'est préconisé. Mais le diagnostic différentiel peut se poser dans les cas de modifications de naevi préexistants ou d'apparition de nouvelles éphélides ou de nouveaux naevi avec un mélanome malin [7].

C - Le mélasma ou masque de grossesse

Encore appelé chloasma, il survient chez environ 70 % des femmes enceintes ; en particulier chez les noires [2]. Il apparaît vers le troisième mois de la grossesse [1]. Il s'agit de nappes étendues hyperpigmentées du visage à contours irréguliers mais nets; siégeant sur le front (mais n'atteignant pas la bordure du cuir chevelu), les joues, parfois les tempes, la lèvre supérieure, le menton et le nez [17].

Trois formes cliniques sont classiquement individualisées [17, 19] :

- La forme centro-faciale (la plus fréquente 63 % ; front, joues, nez, menton) ;
- La forme malaire (21 % ; joues, nez) ;
- La forme maxillaire (16 % ; partie supérieure des joues).

De topographie symétrique, les lésions ne sont pas toujours homogènes, parfois semées de petites zones peu pigmentées. La couleur en est variable, du jaune clair au brun noir, s'accroissant en période ensoleillée.

L'examen en lumière de Wood [17], permet d'apprécier la topographie de la surcharge pigmentaire et d'individualiser :

- un mélasma épidermique (lorsque la surcharge mélanique est épidermique). Il est caractérisé par une accentuation du contraste entre la peau saine et la peau lésionnelle en lumière de Wood ;

- un mélasma dermique (lorsque la surcharge mélanique est dermique). Il est caractérisé par la disparition du contraste entre la peau hyperpigmentée et la peau saine péri-lésionnelle sous lumière de Wood.
- un mélasma mixte (lorsque la surcharge mélanique est mixte). Il est caractérisé par le peu de modification du contraste entre la peau saine et la peau atteinte sous lumière de Wood.

Après l'accouchement, le mélasma s'atténue en 6 à 18 mois. Il peut régresser totalement ou persister de façon durable [28].

Le traitement consiste, à l'éviction des rayons UV, à l'éviction des topiques parfumés sur le visage [28].

Lorsque les lésions persistent après l'accouchement, un traitement à base de topiques composés d'acide trétinoïde (0,1 %), d'hydroquinone (5 %) et de dexaméthasone (0,1 %) peut-être prescrit [19].

Le mélasma n'apparaît pas seulement au cours de la grossesse, mais peut apparaître chez 20 % de patientes sous contraception oestro-progestative, ainsi que chez des hommes traités par oestrogène pour néoplasme prostatique [1] ; d'où le rôle important des oestrogènes dans son apparition.

1.2 - Les modifications vasculaires

1.2.1 - Physiopathologie

La physiopathologie des modifications vasculaires survenant au cours de la grossesse, est encore mal élucidée. De nombreux facteurs ont été incriminés [1, 20, 24], notamment :

- l'hypersécrétion oestrogénique responsable de vasodilatation et de l'augmentation de la perméabilité capillaire, ainsi que d'un accroissement du nombre des capillaires néoformés (néoangiogénèse) ;
- l'augmentation du volume sanguin ;
- l'altération mécanique du retour veineux ;
- l'augmentation de l'irrigation périphérique particulièrement aux mains et aux pieds.

1.2.2 - Clinique

Cliniquement on distingue plusieurs aspects dont les plus fréquents sont :

1.2.2.1 - Les angiomes stellaires

Leur fréquence de survenue est de 70 % des femmes de race blanche et de 10 % des femmes noires [31]. Ils réalisent une arborisation de petits vaisseaux centrés par un point rouge vif, apparaissant entre le deuxième mois et le cinquième mois de la gestation et augmentant jusqu'à l'accouchement [28].

Les angiomes stellaires siègent préférentiellement au visage, au cou, au thorax, aux membres supérieurs (bras et main) [1, 25, 28]. Ils disparaissent spontanément dans 75 % des cas, sept semaines après l'accouchement. Ils peuvent cependant persister ou récidiver aux mêmes sites lors des grossesses ultérieures ou lors de prise d'oestro-progestatifs pour contraception ou thérapeutique [1, 28].

Le diagnostic différentiel de ces angiomes peut se poser avec les angiomes apparaissant au cours de maladie hépatique ou de maladie de Rendu Osler Weber [25].

Leur traitement consiste essentiellement à une électrocoagulation à l'aiguille fine en cas de persistance [1, 30].

1.2.2.2 - Érythème palmaire

Sa fréquence de survenue est de 2/3 des cas chez les femmes blanches et 1/3 des cas chez les femmes noires [25, 28]. Il résulte de l'engorgement capillaire et veineux [21].

L'érythème palmaire [28] apparaît au premier trimestre de la grossesse. Deux formes cliniques sont décrites :

- l'érythème diffus, atteignant toute la paume avec une coloration cyanique ;
- l'érythème localisé aux éminences thénar et hypothénar, sur la face palmaire des articulations métacarpophalangiennes, et sur la pulpe des doigts. La première forme est la plus fréquente. Il disparaît sans traitement dans la semaine qui suit l'accouchement.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec les érythèmes palmaires des hyperthyroïdies, des cirrhoses hépatiques, du lupus systémique, et des pseudo-lupus qui surviennent lors de grossesses traitées par salbutamol en injection intraveineuse (salbutamol®). Dans cette dernière situation, l'érythème atteint les paumes, la face dorsale

des dernières phalanges, le pourtour unguéal des doigts et des orteils. La sérologie lupique est négative. Il régresse complètement après l'accouchement.

1.2.2.3 - Les varices et les varicosités superficielles

Leur fréquence de survenue est de 40 % [1]. L'hérédité, les facteurs posturaux, l'hyperpression veineuse, et la fragilité du tissu élastique, expliquent leur survenue [28]. Elles débutent au troisième mois de la grossesse. On distingue [25] :

- les varices des membres inférieurs, particulièrement des jambes ;
- les varices hémorroïdaires très souvent responsables de crises hémorroïdaires;
- les varices vulvaires et vaginales ; pouvant compliquer l'accouchement.

Les varices régressent spontanément après l'accouchement, mais souvent de façon incomplète.

Le traitement consiste pour les varices des membres inférieurs à des mesures hygiéniques telles que : l'élévation des jambes, se coucher en décubitus latéral gauche, l'éviction de la position debout ou assise prolongée, le port de bas élastiques sans constriction pour les jambes. Pour les varices hémorroïdaires, le traitement consiste à des bains de siège, des laxatifs, des suppositoires et anesthésiques locaux [25, 33].

On peut également administrer des veinotropes, faire des micro-scléroses ou une cure chirurgicale [1, 32].

1.2.2.4 - Autres modifications vasculaires

- Le purpura des jambes. Fréquent dans la deuxième moitié de la grossesse, il est dû à la fragilité capillaire [1] ;
- Les oedèmes des membres inférieurs : leur fréquence est de 70 % [16]. Ils sont dus à l'augmentation de la perméabilité capillaire. Ils se localisent aux jambes, aux chevilles [16, 31].
- L'oedème des paupières. Sa fréquence de survenue est de 50 % [16, 24]. C'est un oedème ferme, rosé, persistant, et parfois diffus à la face. Il apparaît en fin de grossesse [28].

- Des angiomes plans ou tubéreux peuvent apparaître dans 5 % des cas à la fin du premier trimestre [30].

1.3 - Les atteintes gingivales au cours de la grossesse

1.3.1 - La gingivite gravidique

Sa fréquence de survenue est de 80 % de femmes enceintes [19]. C'est une gingivite à caractère hyperplasique, avec des languettes gingivales congestives, oedématiées, se manifestant par des douleurs et des saignements spontanés. Cette gingivite est très marquée entre le troisième et cinquième mois de la grossesse et régresse rapidement après l'accouchement [29]. Dès le premier mois de la grossesse, des phénomènes d'hyperplasie gingivale, d'érythème, de douleurs et saignements peuvent apparaître avant même que le diagnostic de grossesse ne soit établi. Sa pathogénie est inconnue, mais l'oedème et l'hyperhémie dus aux modifications hormonales aussi bien que l'irritation locale, jouent un rôle [19].

1.3.2 - L'épulis

C'est une hyperplasie pseudo tumorale et circonscrite de la gencive.

Cliniquement, on observe une masse nodulaire unique ou polylobée, dite en « bissac » lorsqu'elle siège entre les muqueuses vestibulaires et palatine ou linguale. Son apparition serait plus tardive par rapport aux gingivites (deux derniers trimestres) [29].

1.3.3 - Le granulome pyogénique ou botryomycome.

Le granulome pyogénique est une petite tumeur vasculaire inflammatoire [30], qui se forme secondairement à un traumatisme. Il s'agit d'une réaction anormale du tissu au traumatisme [24]. La mauvaise hygiène bucco-dentaire et les micro-traumatismes sont des facteurs favorisant son apparition.

Cliniquement, c'est un nodule saillant, pédiculé, rouge violacé.

Sa base est le plus souvent une papille inter-dentaire, mais il peut-être attaché à n'importe quel côté de la gencive. Le siège gingival est extrêmement rare en dehors de la grossesse, d'où sa spécificité lorsqu'il est localisé sur la gencive [25, 29].

Sa fréquence de survenue est de 2 % des femmes en grossesse [25]. Il commence tôt, au début de la grossesse et se développe jusqu'à terme. Il régresse au post partum et peut être ignoré lorsqu'il est asymptomatique.

Le traitement consiste en une bonne hygiène bucco-dentaire, des astringents et des bains de bouche. Le traitement chirurgical est rarement nécessaire, sauf dans les cas très hémorragiques, volumineux, gênant l'alimentation ou très douloureux [24,25].

1.4 - Les modifications du tissu conjonctif

1.4.1 - Les vergetures

Les vergetures sont dues à la destruction irréversible des fibres élastiques et du collagène du derme [1].

1.4.1.1 - Pathogénie

La pathogénie des vergetures est mal connue. Elle correspond à l'association de la distension mécanique brutale de l'abdomen pendant la grossesse, sur un terrain familial prédisposé, avec l'effet aggravant de l'accroissement des oestrogènes et des corticoïdes surrénaliens. Les vergetures font partie du tableau d'hypercortisisme comme dans la maladie de cushing [1].

1.4.1.2 - Clinique

Les vergetures surviennent chez 90 % de femmes blanches enceintes [25] et moins fréquemment chez les femmes noires et les asiatiques. Les primipares jeunes sont les plus exposées [17]. Elles débutent vers le sixième - huitième mois de la grossesse. Ce sont des lésions linéaires ou fusiformes, d'aspect atrophique, recouvertes d'une peau amincie, lisse ou finement plissée, parfois déprimée, donnant au toucher une impression de vacuité.

Au début, elles apparaissent rouges ou légèrement violacées, pourpres. Elles virent au blanc nacré en vieillissant et sont définitives. Elles sont parfois hyperpigmentées [2].

Les vergetures siègent préférentiellement sur l'abdomen, les cuisses, les seins, la région inguinale, les fesses, le bras [1, 2].

Il n'y a pas de traitement préventif. Des massages à l'huile d'olive ont été proposés [30]. Récemment, il a été proposé l'application locale de trétinoïne, avec semble-t-il une

certaine efficacité sur les vergetures constituées. Son utilisation est contre indiquée pendant la grossesse [28].

1.4.2 - Le molluscum pendulum ou fibrosum gravidarum.

C'est une tumeur conjonctivale bénigne (synonyme: acrochordon, fibrome mou, fibrome pendulum) [30].

Il débute vers la deuxième moitié de la grossesse [2, 28]. C'est une masse charnue, très molle (morceau de peau [19]), ayant en moyenne 3 - 5 mm de diamètre pouvant atteindre 2 cm de section, implantée par un pédicule étroit sur la peau. La surface de la lésion est irrégulièrement bosselée et souvent pigmentée, surtout si elle est implantée dans un plis [30].

Le molluscum pendulum peut siéger pendant la grossesse aux faces latérales du visage, au thorax, aux aisselles, au cou, aux aines, sur l'abdomen, à la région sous-mammaire, et occasionnellement aux pieds [2, 25, 28].

Son étiologie est inconnue [25]. Le diagnostic différentiel se fait avec les naevus mous ou les verrues séborrhéïques [30].

Les molluscum pendulum régressent souvent au post partum, mais peuvent aussi persister et s'élargir pendant les grossesses suivantes [25]. En cas de persistance, ils peuvent être traités par électro-coagulation ou par excision [28, 30].

1.5 - Les modifications des phanères

1.5.1 - Poils et cheveux

Les modifications des cheveux s'expliquent par la modification du cycle pileaire au cours de la grossesse sous l'influence des hormones oestro-progestatives. En effet, la phase de formation et de la croissance des cheveux (anagène) est prolongée, tandis que la phase de la régression et de la destruction du poil (télogène) est bloquée. Ce phénomène explique la faible chute des cheveux observée pendant la grossesse. Après l'accouchement cependant, le blocage est levé, avec passage brutal de la majorité des cheveux anagènes vers la phase télogène. Ceci explique le risque d'alopécie plus ou moins diffuse survenant vingt semaines après la délivrance. Ce phénomène est appelé *effluvium télogène* par les anglo-saxons [17]. Le stress de l'accouchement pourrait agir également comme facteur favorisant, en tout cas,

cette alopecie se répare habituellement en quelques mois, mais des récives à chaque grossesse restent toujours possibles [1].

A côté des cheveux, les poils peuvent également montrer une perturbation avec possibilité d'hypertrichose en cours de grossesse, particulièrement chez certaines femmes prédisposées génétiquement. Un hirsutisme vrai, d'allure masculine, est parfois observé ; il doit toujours faire pratiquer une enquête approfondie à la recherche d'une autre cause (tumeur ovarienne). Cette hypertrichose de la grossesse régresse habituellement après l'accouchement [1].

1.5.2 - Les ongles

Ils se modifient dès la sixième semaine de la grossesse, précèdent souvent l'atteinte éventuelle des cheveux. Au début de la grossesse, ils sont beaucoup plus brillants et moins fragiles ; ils deviennent ensuite cassants et plus friables avec des sillons transversaux (encore connu sous le nom de lignes de Beau) [19]. Une petite onycholyse distale et une hyperkératose sous unguéale est possible [1].

La pathogénie de ces modifications est inconnue. Les modifications unguéales sont réversibles six mois à un an après l'accouchement. Le traitement consiste à l'observation soigneuse des ongles en évitant les traumatismes et les infections [19].

1.6 - Les modifications de l'activité glandulaire

1.6.1 - La sécrétion sudorale.

L'activité des glandes eccrines est augmentée, sauf aux paumes, prédisposant à des poussées de sudamina. Cette augmentation de la sécrétion eccrine serait liée à une hyperactivité thyroïdienne [17, 28].

L'activité des glandes apocrines décroît, atténuant l'évolutivité des idrosadénites ou d'une maladie de Fox-Fordyce préexistante. Par contre, dans la période du post-partum, il peut se produire une poussée de rebond [17].

1.6.2 - La sécrétion sébacée

Elle est modifiée dans le dernier trimestre de la grossesse, en général dans le sens d'une augmentation à des degrés divers, induisant des réponses variables sur une acné

préexistante. De plus, les modifications métaboliques, glucidiques et lipidiques (hyperglycémie, hypertriglycéridémie, augmentation des acides gras libres) peuvent aggraver une acné. Par contre, l'élévation du taux des oestrogènes circulants peut être bénéfique chez certaines patientes [17].

L'augmentation de la taille des glandes sébacées des aréoles mammaires entraîne la formation de papules appelées tubercules de Mongtgomery [17]. Les tubercules de Mongtgomery apparaissent dès le premier trimestre.

En plus de ces modifications cutanées physiologiques, il existe d'autres atteintes cutanées au cours de la grossesse. Ce sont les dermatoses influencées par la grossesse et les dermatoses spécifiques de la grossesse.

2 - LES DERMATOSES INFLUENCEES PAR LA GROSSESSE

La grossesse peut améliorer ou aggraver une dermatose préexistante.

2.1 - Les dermatoses améliorées par la grossesse.

2.1.1 - La Sclérodermie

La sclérodermie est une induration évolutive acquise de la peau, correspondant à une hyperproduction des fibres collagènes du derme. C'est le nom donné à la maladie décrite par Carlos Curzio à Naples en 1753. Dans les formes graves appelées sclérodermies systémiques, tous les organes peuvent être atteints, surtout le tube digestif, les articulations, les poumons, le rein et le cœur.

On ne connaît pas la ou les cause(s) de la sclérodermie. Une micro-angiopathie, une dysimmunité, un déséquilibre entre la synthèse et la dégradation du collagène, un trouble neurologique fonctionnel, ont été mis en cause [30].

Cliniquement au cours de la sclérodermie généralisée, en plus des atteintes viscérales, de la sclérose cutanée, on observe des troubles vasomoteurs, appelés syndrome de RAYNAUD.

Ces manifestations vasculaires de la Sclérodermie (syndrome de RAYNAUD) s'atténuent au cours de la grossesse, du fait de la vasodilatation provoquée par

l'hyperoestrogénie. La peau s'assouplit également [1, 28]. Mais il peut y avoir une aggravation, s'il existe une atteinte rénale, entraînant une insuffisance rénale incontrôlable, une hypertension artérielle sévère et une insuffisance cardiaque, engageant le pronostic vital maternel [16, 28].

Le diagnostic différentiel peut se poser avec la prééclampsie [28].

Le pronostic foetal est dominé par l'avortement, la mort in-utéro, la mort en période néonatale, le retard de croissance intra-utérin et la prématurité.

2.1.2 - La maladie de Fox-Fordyce, l'idrosadénite et la maladie de Verneuil.

- La maladie de Fox-Fordyce [30] est une inflammation excréto-sudorale, aboutissant par sa répétition à des images de rétention. Elle atteint l'aisselle, mais parfois aussi les autres localisations (région ano-génitale) et se traduit par un prurit vif, puis par l'apparition de papules peu colorées ou peu pigmentées, d'aspect quasi lichénien.
- L'idrosadénite [30] est une infection aiguë des glandes apocrines ; réalisant un aspect de furoncle de l'aisselle ou des régions génito-périneales riches en glandes apocrines. Souvent, ces idrosadénites ne sont que les premiers signes d'une maladie de Verneuil.
- La maladie de Verneuil [30] est une affection suppurative chronique en partie d'origine infectieuse, de l'aisselle et des régions génito-inguinales riches en glandes apocrines et poils sexuels terminaux ambisexuels.

Pendant la grossesse, la réduction de la sécrétion des sudorales apocrines entraîne une amélioration de ces trois entités [1, 17, 28]. Mais un rebond est possible au post partum.

2.1.3 - La sarcoïdose.

Encore appelée maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, la sarcoïdose est une granulomatose multisystémique, d'étiologie inconnue de l'adulte jeune. Le diagnostic repose sur la confrontation de données cliniques, radiographiques, histologiques (existence d'une granulomatose épithélioïde non caséuse, disséminée à plus d'un organe) et immunitaire (déficit de l'immunité à médiation cellulaire) [12]. Les lésions cutanées sont représentées par des élevures isolées ou multiples, arrondies, bien limitées, fermes, lisses, de coloration rouge ou livide, violacée ou rouge brunâtre, jaunâtre à la vitro-pression. Ce sont les sarcoïdes. Elles peuvent être à petits nodules ou à gros nodules ou même diffuses [30].

En plus des sarcoïdes, il existe des adénopathies superficielles.

Au cours de la grossesse la sarcoïdose peut être améliorée [1,17].

2.2 - Les dermatoses aggravées par la grossesse

2.2.1 - Le lupus érythémateux systémique.

Le lupus érythémateux (L.E) est une maladie auto-immune de cause inconnue, dans laquelle, semblent intervenir des facteurs génétiques, immunologiques, ainsi que d'environnement. Lorsqu'il est essentiellement cutané, on parle de lupus érythémateux chronique (L.E.C) et lorsque l'atteinte est générale, on parle de lupus érythémateux aiguë disséminé (L.E.A..D) ou de L.E systémique.

Sur le plan cutané, les lésions sont faites essentiellement d'érythèmes, siégeant sur les zones exposées.

La grossesse est considérée comme un facteur aggravant ou déclenchant, surtout pour le L.EA.D. Ce risque est majoré en cas d'atteinte rénale. Le risque materno-foetal est représenté par les avortements spontanés, la mort foetale, la prématurité. On peut avoir également un lupus érythémateux néonatal[17, 28, 30].

2.2.2 - Le pemphigus

Le pemphigus est un groupe de maladies caractérisé par une perte de la cohésion interkératinocytaire dont résulte un phénomène clinique (la bulle), et une image histologique (l'acantholyse avec formation de fentes intradermiques). La formation de la bulle intra-épidermique est due à la fixation d'auto-anticorps [30].

Le pemphigus est aggravé par la grossesse, mais la grossesse n'est pas influencée par le pemphigus. [1, 17]. L'aggravation survient surtout au cours des premier et deuxième trimestres.

2.2.3 - Les condylomes accuminés

C'est une maladie vénérienne due au papillomavirus. Ce sont des formations charnues, pédiculées, roses, ou rouge vif, confluant en masses molles parfois exubérantes. Chez la femme, elles prédominent à la paroi postérieure du vestibule vaginal et aux lèvres, mais peuvent s'étendre au vagin, à l'urètre, au périnée et au col utérin [30]. Les condylomes sont

aggravés par la grossesse et peuvent être source d'infection locale, ou de dystocie (si les lésions sont volumineuses) [1, 2, 17].

2.2.4 - Autres dermatoses aggravées par la grossesse

Les porphyries : groupes d'affections dont le commun dénominateur est une altération du métabolisme des porphyrines, substances qui interviennent dans la synthèse de l'hème [30].

L'érythème polymorphe ou érythème multiforme : il s'agit d'une réaction de la peau et des muqueuses à des agents variés [30].

Le Pityriasis Rosé de Gibert (PRG) : dermatose éruptive, commune, bénigne, maculo-squameuse aiguë ou subaiguë, d'évolution cyclique, parfois épidémique, d'étiologie inconnue [30].

La dermatomyosite est une connectivite qui associe, un érythème diffus ou en taches du visage, un oedème lilacé sous palpébrales, des oedèmes circonscrits des membres, un syndrome musculaire, avec myalgie, myasthénie [30].

2.3 - Les dermatoses sur lesquelles la grossesse a un effet variable.

2.3.1 - L'acné

L'acné est un trouble de fonctionnement de l'unité pilo-sébacée des zones séborrhéiques du corps : visage, cou, dos, région pré-sternale. Cliniquement on observe des comédons ou des microkystes qui s'enflamment (papules puis pustules folliculaires) et se vident pouvant laisser des cicatrices [7]. L'acné affecte environ 80 % des adolescents [30].

La grossesse peut améliorer ou aggraver une acné préexistante. Une acné peut également apparaître au cours de la grossesse, et revêt alors un aspect mineur, microkystique ou un aspect inflammatoire et polymorphe [17, 30].

2.3.2- Le psoriasis

C'est une dermatose érythémato-squameuse qui s'accompagne d'une cornification anormale (parakératose) associée à une activité mitotique épidermique fortement augmentée. Cette maladie proliférative de l'épiderme est sous la dépendance de facteurs génétiques révélés par divers facteurs de l'environnement.

Le psoriasis peut s'améliorer, s'aggraver ou conserver son aspect habituel au cours de la grossesse. Il n'a aucune incidence foetale [17, 30].

2.3.3 - L'eczéma atopique

Le terme eczéma atopique désigne l'ensemble des manifestations cutanées qui surviennent chez un sujet prédisposé génétiquement au développement d'autres affections atopiques (asthme bronchique et rhinite allergique par exemple) sans que cette association ne soit absolue et/ou nécessaire [30].

Eczéma atopique peut s'améliorer, ou s'aggraver au cours de la grossesse[17]. On peut même noter une réapparition s'il avait disparu depuis plusieurs années [30].

2.3.4 - Le mélanome malin

Le mélanome malin (MM) de la peau est une tumeur qui se développe soit de *novo* (50 à 80 % selon les auteurs) au départ des mélanocytes épidermiques, soit au départ des cellules naeviques (20 à 50 %) des naevus congénitaux, dysplasiques et jonctionnels mixtes, beaucoup plus rarement des naevus intradermiques et des naevus bleus.

L'influence de la grossesse est incertaine ; tout comme l'action des hormones sexuelles sur le MM. Bien que les naevus augmentent souvent de taille, rien ne prouve que la gestation favorise leur transformation en MM. [17, 28, 31].

3 - LES DERMATOSES SPECIFIQUES DE LA GROSSESSE.

Ce sont des dermatoses dont la survenue est liée à la grossesse. Elles peuvent avoir des répercussions sur la mère et l'enfant. Parmi celles-ci, on peut citer :

- la pemphigoïde gestationis ou herpès gestationis,
- l'impétigo herpétiforme ou psoriasis pustuleux,
- les affections prurigineuses de la grossesse.

3.1 - La pemphigoïde gestationis ou herpès gestationis.

C'est une dermatose bulleuse auto-immune rare, survenant au cours de la grossesse [2, 17, 30] sans aucun rapport avec l'infection herpétique. Son étiologie est inconnue. Il existe une prédisposition génétique. Elle débute vers le deuxième - troisième trimestre de la grossesse par une sensation de malaise, de fièvre, de nausées, de céphalées, d'impression de

"chaud et froid". Le prurit constant, en général sévère, peut précéder l'apparition des signes objectifs de quelques jours, voir de quelques semaines [28].

L'éruption correspond à des papules érythémateuses, oedémateuses, d'allure urticarienne, très prurigineuses, qui se groupent en placards polycycliques, avec parfois un aspect circiné. Après quelques jours ou quelques semaines, dans les formes typiques, des vésicules et/ou des bulles de grandes tailles, tendues, à contenu clair, apparaissent sur les plaques parfois à leur périphérie, réalisant un aspect cible ou en cocarde. La survenue de bulles en peau saine est possible. On observe une rémission spontanée au post partum. Les lésions débutent habituellement sur la région ombilicale ou péri-ombilicale pour s'étendre par la suite à tout l'abdomen, le tronc, les fesses, les cuisses. Le pronostic maternel est bon, mais le pronostic foetal est réservé. Certains auteurs évoquent des risques d'accouchement prématuré, une mortalité élevée, une mort néonatale, des anomalies foetales et d'herpès gestationis néonatal [2, 17, 30].

3.2 - L'impétigo herpétiforme ou psoriasis pustuleux

C'est une éruption pustuleuse non infectieuse, généralisée de la grossesse. L'autonomie de cette affection rare, individualisée par Hébra, est discutée par certains qui considèrent qu'il pourrait s'agir de psoriasis pustuleux [2, 4].

Elle débute au troisième trimestre de la grossesse. En plus de l'éruption cutanée, elle associe une altération de l'état général, des manifestations extra - cutanées à type de troubles digestifs (diarrhée, vomissement) et neurologiques (délire, convulsion tonique et clonique). Le pronostic materno-foetal est grave avec risque de mort maternelle et foetale [2, 28, 30].

3.3 - Les affections prurigineuses de la grossesse

3.3.1 - Le prurit gravidique

C'est une cholestase intra-hépatique induite par des médiateurs hormonaux et/ou métaboliques survenant sur un terrain génétiquement prédisposé, définie par des critères cliniques et biologiques que sont [28] :

- début du prurit lors de la grossesse ;
- persistance des symptômes jusqu'à l'accouchement ;

- disparition spontanée dans le post partum immédiat (inférieur à 7 jours) ;
- récurrences induites exclusivement par une nouvelle gestation ou la prise d'oestro-progestatifs ;
- absence d'hépatopathie évolutive ;
- absence de prise médicamenteuse hépatotoxique ;
- existence d'antécédent personnel ou familial de prurit survenant en cours de gestation ou après la prise d'oestro-progestatifs (critères facultatifs) ;
- existence d'une élévation des titres sériques de sels biliaires totaux et/ou des transaminases hépatiques.

Le pronostic maternel est bon. On observe cependant une fréquence élevée de lithiases vésiculaires chez les femmes ayant eu un prurit gravidique. Chez le fœtus, on observe significativement prématurité et petit poids de naissance en cas de cholestase chez la mère. En cas de prurit sans ictère, la possibilité d'accouchement prématuré ou de décès intra-utérin ou néonatal a également été rapportée [16].

3.3.2 - Les dermatoses papuleuses et prurigineuses spécifiques de la grossesse

3.3.2.1 - Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP)

Décrite par Lawley et Ackermann en 1979 [17], cette éruption atteint principalement les primipares lors du troisième trimestre de la grossesse, sans récurrence obligatoire aux grossesses ultérieures.

Elle est formée de papules érythémateuses de 1 - 2 mm de diamètre, qui confluent rapidement en plaques urticariennes prurigineuses souvent entourées d'un halo clair. D'autres lésions sont plus rarement notées : vésicules, lésions érythémateuses polycycliques, lésions en cocarde. Elle débute sur l'abdomen, et s'étend sur les cuisses, les fesses, la face interne des bras et le bas du dos. Le visage est respecté. Les lésions évoluent vers la résolution spontanée, habituellement dans la première semaine du post-partum, mais elles peuvent persister jusqu'à la sixième semaine.

Aucune morbidité maternelle ou foetale n'a été signalée.

3.3.2.2 - Les autres dermatoses papuleuses et prurigineuses de la grossesse

En dehors de la PUPPP, il existe plusieurs dermatoses papuleuses et prurigineuses, parfois urticariennes [17], qui peuvent s'individualiser par leur date de survenue au cours de la grossesse, leur aspect clinique et certaines caractéristiques biologiques. En fait, la distinction entre ces différentes dermatoses n'est pas toujours évidente, et surtout, son intérêt est limité, car elles n'ont pas de traitement spécifique. Ces affections peuvent être classées en deux groupes que sont :

- les dermatoses de la grossesse de type PUPPP, ou de type urticarien, ou éruptions polymorphes de la grossesse (« polymorphic eruptions of pregnancy » : PEP). Ce sont le rash toxémique de la grossesse et le prurigo de survenue tardive décrit par Nurse ;
- les dermatoses de la grossesse de type prurigo. Ce sont le prurigo gestationis de Besnier, le prurigo « de survenue précoce » de Nurse (« early onset prurigo ») qui paraît correspondre à la même entité, la dermatite papuleuse de la grossesse.

III - OBJECTIFS

1 - OBJECTIF GENERAL

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des modifications cutanées physiologiques survenant sur peau noire au cours de la grossesse normale.

2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 2.1 - Déterminer la fréquence des modifications cutanées physiologiques survenant au cours de la grossesse normale ;
- 2.2 - Décrire les différentes modifications cutanées et phanériennes rencontrées.
- 2.3 - Analyser ces différentes modifications cutanées en fonction des caractéristiques des patientes et de certains antécédents.

IV - METHODOLOGIE

1 - Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans six centres de santé maternelle et infantile (C.S.M.I) de la ville de Ouagadougou ; province du Kadiogo.

La ville de Ouagadougou, capitale politique et administrative du Burkina Faso comptait 752 236 habitants en 1996 [22]. Les femmes en âge de procréer représentaient 22,8 % de la population du Burkina avec un taux global de fécondité général (TGFG) à 223,4 pour 1000 en 1991 [13, 14].

Du point de vue infrastructures sanitaires publiques, la ville de Ouagadougou comptait en 1995 [23] :

- 1 Centre Hospitalier National (CHN),
- 4 Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (C.M.A.),
- 5 Centres Médicaux (C.M.),
- 28 Centres de Santé et de Promotion Sociale (C.S.P.S.),
- 1 dispensaire isolé ,
- 2 maternités isolées.

Les consultations prénatales sont effectuées dans les C.M., les C.M.A. qui ont des unités de S.M.I. et dans les C.S.P.S.

Notre étude s'est déroulée dans les S.M.I., du CMA de Paul VI, du C.M. de Saint Camille, du C.M. de Samandin, du C.M. de Gounghin, du C.M. de urbain central et du C.M. de Wemtinga.

Le C.M.A. de Paul VI et le C.M. de Saint Camille sont des établissements privés religieux à but non lucratif.

2 - Type et durée de l'étude

Nous avons effectué une enquête transversale descriptive à passage unique. Elle s'est déroulée du 2 Avril au 1er Octobre 1997.

3 - Echantillonnage

Nous avons choisi les six centres de santé les plus fréquentés après une pré-enquête ; puis nous avons effectué un mois d'enquête dans chaque centre.

Toutes les femmes enceintes au 3^e trimestre de la grossesse, consultant au cours de notre période d'enquête ont été incluses.

4 - Le recueil des données

Les données ont été recueillies par l'interrogatoire et l'examen clinique des patientes et ont été consignées sur une fiche d'enquête (annexe 1) conçue à cet effet.

Cette fiche comportait des données générales tels que l'âge, le poids, la parité, les antécédents et des données cliniques.

5 - Critères d'inclusion

- Femmes enceintes de peau noire, au 3^e trimestre de leur grossesse, fréquentant les services de consultation prénatale pendant la période de notre enquête.
- Ont été pris en compte les modifications cutanées survenues au cours de la présente grossesse, quand elles étaient attestées par les patientes et/ou constatées à l'examen physique.

Nous avons pris les femmes au 3^e trimestre de la grossesse dans le souci d'avoir le maximum de signes.

6 - Critères d'exclusion

- femmes blanches ou métissées,
- femmes au 1^{er} et 2^e trimestre de leur grossesse,
- les modifications cutanées préexistantes,
- les femmes non consentantes.

7 - Déroulement pratique de l'enquête

- Nous avons d'abord effectué un stage d'une année en service de dermatologie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHNYO), afin de pouvoir reconnaître les différents signes et de traiter certaines pathologies dermatologiques courantes.
- Une autorisation d'enquête a été introduite au Ministère de la Santé qui a répondu favorablement (annexe 2).

- Dans chaque centre, après présentation de la lettre d'autorisation au responsable du centre, nous nous entretenions avec le personnel chargé de la Consultation Périnatale (CPN). Nous leur expliquions le but de notre enquête.
- Pour ne pas perturber la CPN, une salle nous était assignée. Les patientes nous étaient alors référées par les sages femmes après leur CPN. Elles leur expliquaient le but de cet deuxième examen. En général, les femmes étaient ravies.
- Cette consultation se déroulait de façon consécutive du lundi au vendredi, de 7h-12h pendant une période d'un mois dans chaque centre.
- Seules les femmes au troisième trimestre de leur grossesse étaient retenues.
- Nous avons interrogé et examiné nous même ces femmes.
- Certaines caractéristiques des patientes telles que la taille, le poids, l'âge, étaient retrouvées le plus souvent sur le carnet de CPN. Ce qui nous a facilité la tâche.
- Les patientes présentant des pathologies dermatologiques étaient traitées dans le même temps. Si cela nécessitait une prise en charge particulière, elles étaient référées dans le service de dermatologie du CHNYO.
- Les patientes ne faisant pas partie de notre échantillon, mais présentant une pathologie dermatologique, nous étaient également référées.

* Difficultés

- L'âge de la grossesse n'était pas toujours connu. Certaines patientes étaient incapables de nous donner la date de leur dernières règles. Nous les considérons comme étant au troisième trimestre quand la hauteur utérine était ≥ 28 cm.
- Certaines étaient même incapables de nous donner leur âge, ne possédant aucun document à cet effet.
- Le poids et la taille n'ont pu être mesurés dans tous les cas, car certains centres ne disposaient pas de matériel de mesure ou que ce matériel était en panne momentanément.

8 - Définitions opérationnelles

- Nous entendons par modifications cutanées physiologiques, toutes modifications cutanées de la peau, des muqueuses et des phanères, survenues au cours de la grossesse, et disparaissant après celle-ci.
- Nos patientes ont été classées en 3 groupes selon leur teint de façon subjective : teint « clair » lorsqu'elles étaient brunes claires ; teint « noir » quand elles étaient brunes foncées, et teint « intermédiaire » celles comprises entre les deux extrêmes (teint terreux).
- Nous entendons par hormonothérapie, un traitement hormonal administré au cours de la présente grossesse.
- Prise médicamenteuse : il s'agit de médicaments (autres que des hormones) pris de façon régulière, au cours de la présente grossesse, pendant au moins un mois.
- Antécédent de contraception orale (CO) : il s'agit de patientes prenant une contraception orale avant la présente grossesse.

9 - Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 5.0. Les tests statistiques utilisés étaient le test de Khi carré, le test de Fischer et le test de l'écart-réduit (Σ).

Une différence est dite statistiquement significative si $p \leq 0,05$.

V - RESULTATS

1 - CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Nous avons examiné au total 1 428 femmes enceintes, au troisième trimestre de leur grossesse.

1.1 - L'âge

L'âge a été précisé chez 1413 femmes. Les âges extrêmes étaient de 15 ans et de 44 ans. L'âge moyen était de 25,31 ans. La classe d'âge la plus représentée, était celle de 20-24 ans. La figure 1 montre la répartition des 1 413 femmes selon leur âge.

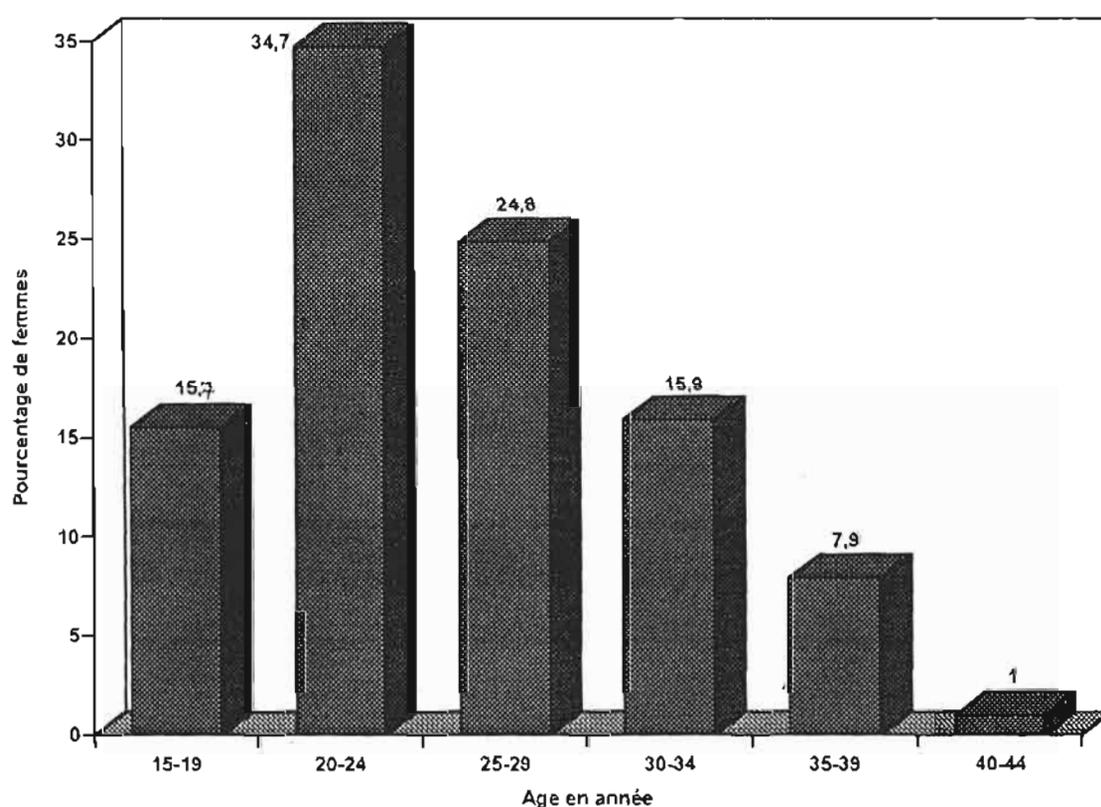


Figure 1 : Répartition des 1 413 femmes enceintes selon leur âge

1.2 - La nationalité

Les Burkinabè représentaient 97,5 %, les non Burkinabè représentaient 2,5 %. C'étaient des Togolaises et des Nigérianes.

1.3 La profession

Les ménagères représentaient 86,2 %, celles qui exerçaient une profession libérale représentaient 8,5 %, les salariées 2,6 %, les Elèves et les Etudiantes 2,7 %.

1.4 - Le poids

Le poids a pu être déterminé chez 1 404 femmes. Le tableau I montre la répartition des femmes selon leur poids.

Tableau I : Répartition des 1404 femmes enceintes selon leur poids

Poids en Kg	Effectifs	Pourcentages
<44	9	0,6
44-<58	431	30,7
58-<72	734	52,3
72-<86	196	14,0
86-<100	25	1,8
≥ 100	9	0,6
Total	1 404	100,0

Les poids extrêmes étaient de 32 kg et de 114 kg. La moyenne était de 63,49 kg.

1.5 - La parité

La parité variait de 0 à 9. La moyenne était égale à 2.

Les nullipares étaient les plus nombreuses (31,2 %) suivis des paucipares (25 %) et des primipares (24,1 %). La figure 2 montre la répartition des femmes selon leur parité.

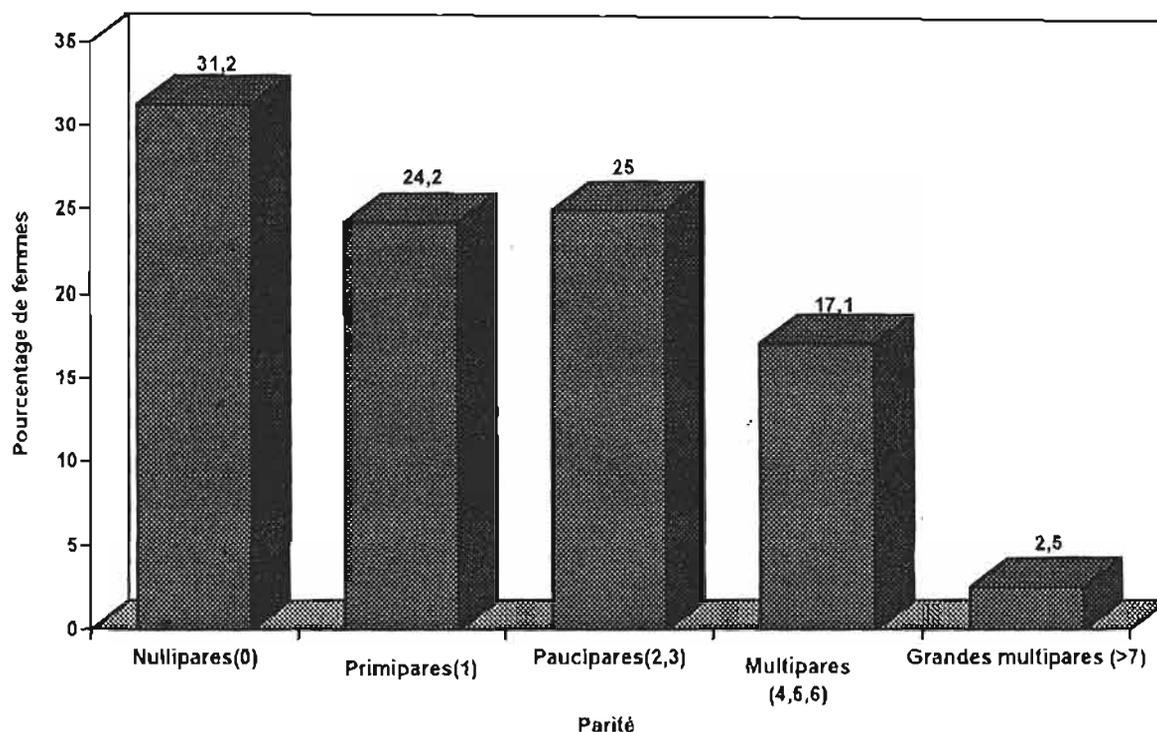


Figure 2 : Répartition des 1 428 patientes selon leur parité

1.6 - Les antécédents (ATCD)

1.6.1 - Antécédent de contraception orale

Les A.T.C.D. de contraception orale étaient retrouvés chez 255 femmes, soit dans 17,9% des cas.

1.6.2 - Antécédents personnels de vergetures

Il s'agit de patientes ayant déjà des vergetures avant la présente grossesse. Les vergetures existaient déjà chez 414 femmes ; soit dans 29 % des cas

1.6.3 - A.T.C.D. familiaux de vergetures

Les antécédents familiaux de vergetures étaient retrouvés chez 127 femmes, soit 8,9 %.

1.6.4 - A.T.C.D. de varices

Les A.T.C.D. personnels de varices étaient retrouvés dans 55 cas soit 3,9 %.

Les A.T.C.D. familiaux de varices étaient retrouvés chez 36 femmes soit 2,5 %.

1.7 - L'hormonothérapie

Il s'agissait de patientes ayant reçu un traitement hormonal au cours de la grossesse pour le plus souvent une menace d'avortement.

Les antécédents d'hormonothérapie étaient retrouvés chez 17 femmes (1,2 %). Cette hormonothérapie était essentiellement progestative.

1.8 - La prise médicamenteuse

Nous n'avons considéré que les médicaments pris de façon régulière pendant la grossesse, d'une durée d'au moins un mois (autres que des hormones).

La prise médicamenteuse a été retrouvée chez 1130 femmes de notre échantillon, soit 79,1 %. Ces médicaments étaient pour la plupart des anti-paludéens, associés ou non à du fer et à de l'acide folique. La chloroquine était la plus prescrite ; 70,3 % des cas.

1.9 - Le teint

Les patientes ont été classées en 3 groupes de façon subjective selon leur teint en : teint « clair », teint « noir », teint « intermédiaire ».

La figure 3 représente la répartition des femmes selon leur teint

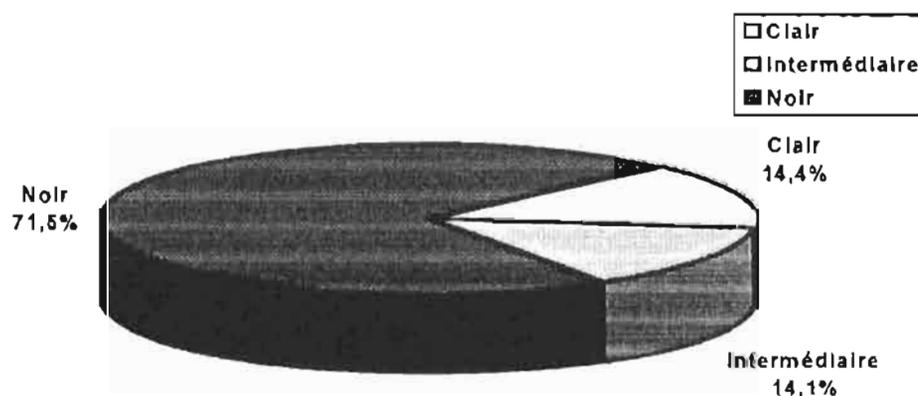


Figure 3 : Répartition des 1 428 femmes selon leur teint

2 - MODIFICATIONS CUTANÉES PHYSIOLOGIQUES **RENCONTREES**

2.1 - Résultats globaux

Sur les 1 428 femmes enceintes, 1 420 soit 99,4 % avaient au moins une modification cutanée physiologique. Ces modifications cutanées étaient de 5 types :

- les modifications pigmentaires représentées par le mélasma, l'hyperpigmentation régionale, les modifications de teint ;
- les modifications du tissu conjonctif représentées par les vergetures et le molluscum pendulum ;
- les modifications vasculaires et gingivales ;
- les modifications phanériennes ;
- et l'acné. Il s'agit soit d'une acné apparue au cours de la grossesse ou d'une acné préexistante modifiée par la grossesse.

La figure 4 représente les types de modifications rencontrées et leurs fréquences.

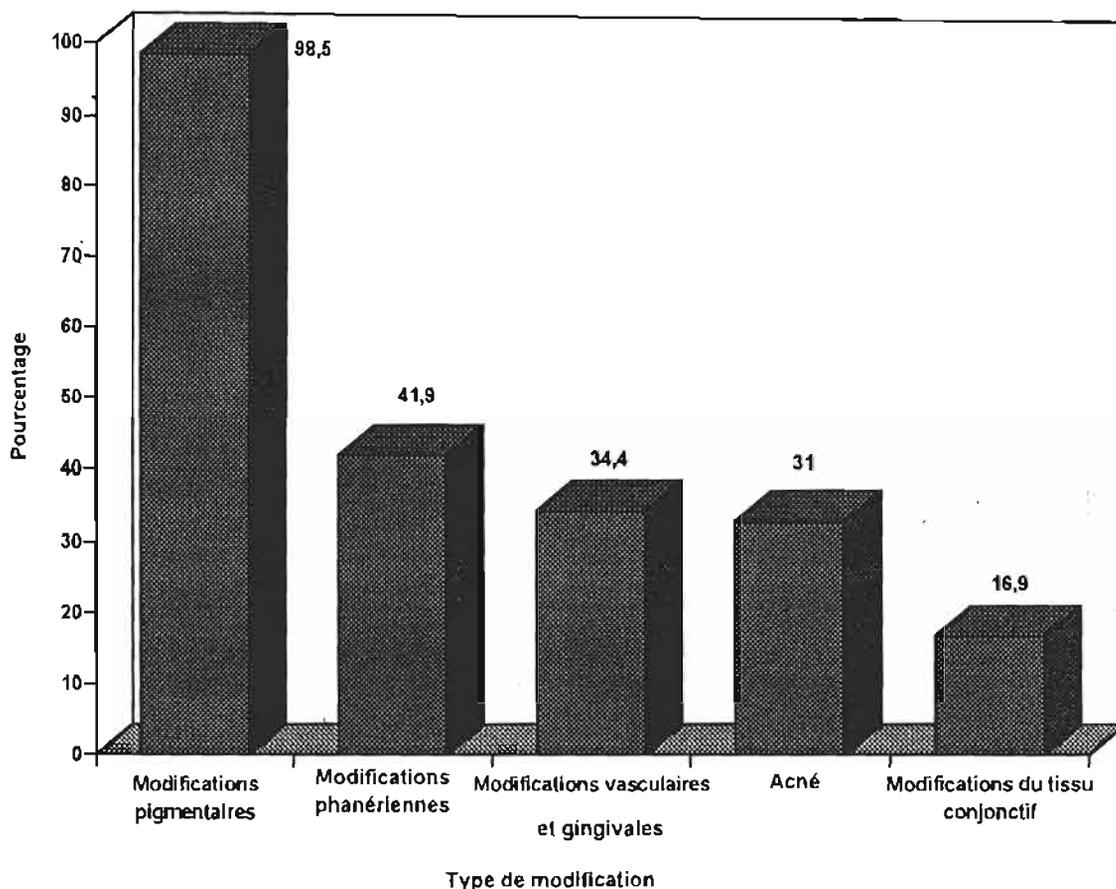


Figure 4 : Modifications physiologiques rencontrées et leurs fréquences

2.2 - Résultats analytiques

2.2.1 - Modifications pigmentaires (objectives)

2.2.1.1 - Le mélasma

Nous avons observé 8 cas de mélasma, soit une fréquence de 0,6 %.

Ces mélasma étaient de siège centro-facial (4 cas) et malaire (4 cas). Dans les 8 cas, il était apparu au premier trimestre.

Nous avons voulu savoir s'il existait une relation entre l'apparition du mélasma et la prise de contraception orale, l'hormonothérapie, et la prise d'autres médicaments. Les tableaux II, III, IV montrent la répartition du mélasma en fonction de ces trois entités.

*** - Mélasma en fonction d'une prise de contraception orale(C.O), ou d'une hormonothérapie**

Tableau II : Répartition du mélasma en fonction de l'A.T.C.D de C.O

A.T.C.D de C.O	Mélasma				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	1	0,4	254	99,6	255
Absence	7	0,6	1166	99,4	1173
Total	8		1420		1428

Le test de Fischer donne $p = 0,567$

Il n'y a pas de liaison statistique entre l'ATCD de CO et le mélasma.

Tableau III : Répartition du mélasma en fonction d'une hormonothérapie

Hormonothérapie	Mélasma				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	0	0	17	100	17
Absence	8	0,6	1403	99,4	1411
Total	8		1420		1428

Le test de Fischer donne $p = 0,9084$.

Il n'y a pas de liaison statistique entre l'administration d'hormone progestative pendant la grossesse et le mélasma.

* - Mélasma et prise médicamenteuse

Tableau IV : Répartition des patientes ayant présenté un mélasma en fonction de la prise médicamenteuse

Prise médicamenteuse	Mélasma				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	7	0,6	1123	99,4	1130
Absence	1	0,3	297	99,7	298
Total	8		1420		1428

Le test de Fischer donne $p = 0,477$.

La fréquence du mélasma est élevée chez les patientes ayant eu une prise médicamenteuse régulière d'au moins un mois. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

2.2.1.2 - Hyperpigmentation Régionale (HR) en dehors du mélasma

L'hyperpigmentation régionale a été observée chez 1406 femmes, soit 98,5 %.

Les tableaux V et VI montrent la répartition de l'HR selon leur siège et leur date d'apparition.

Tableau V : Répartition de l'hyperpigmentation régionale selon les sièges

Sièges	Nombre d'observation	Pourcentage
Mamelon	1399	99,5
Aréole	1394	99,1
Ombilic	925	65,8
Ligne blanche	844	60,0
Axillaire	59	4,2
Face interne des cuisses	35	2,5
Ligne de démarcation de la jambe	8	0,6
Anogénital	30	2,1
Autres sièges	105	7,5

La pigmentation de la ligne blanche allait du pubis à l'appendice xyphoïde dans 616 cas soit 73 % des cas ; elle s'arrêtait à mi-distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic dans 59 cas (7 %), et était sous ombilicale dans 169 cas (20 %).

Les autres localisations de l'HR étaient l'abdomen, 77 cas (5,4 %) ; le sein, 34 cas (2,4 %) ; la face externe des cuisses 11 cas, (0,8%) ; et les fesses 4 cas, (0,3%). Ces sièges étaient souvent associés.

Au niveau de l'abdomen, il s'agissait de plages hyperpigmentées, inhomogènes, à bordures irrégulières, mais nettes, pouvant occuper soit tout l'abdomen, soit seulement péri-ombilicale.

Au sein, il s'agissait d'une hyperpigmentation allant au delà de l'aréole.

Au niveau des fesses et de la face externe des cuisses, il s'agissait d'une accentuation de la pigmentation normale.

Tableau VI : Répartition de l'hyperpigmentation régionale en fonction de leur siège et de leur date d'apparition

Sièges	T 1 Eff	T 2 Eff	T3 Eff	Total
Mamelon/aréole	672	214	7	893
Ombilic/ligne blanche	238	265	25	528
Axillaire	9	11	0	20
Face int. des cuisses	10	6	1	17
Ligne démarcation jambe	0	1	0	1
Ano-génitale	2	7	1	10

T₁ = premier trimestre ; T₂ = deuxième trimestre ; T₃ = troisième trimestre

Eff = effectif.

L'hyperpigmentation de l'aréole et celle du mamelon apparaissaient simultanément ; surtout au premier trimestre. De même l'hyperpigmentation ombilicale et celle de la ligne blanche apparaissaient simultanément, entre le premier et le deuxième trimestre.

La date d'apparition n'avait pas pu être précisée dans tous les cas.

*** - Modifications des naevi et des éphélides**

Dans notre échantillon, 25 femmes soit 1,8% ont signalé l'augmentation de taille d'un naevus et 11 (0,8) ont signalé la modification de coloration de naevus (noircissement).

Il n'y a pas eu d'apparition de naevus.

L'apparition d'éphélides a été signalée par 1 femme (0,07 %), et le changement de coloration d'éphélide par 13 femmes (0,9 %).

Dans notre échantillon, 20 femmes ont eu des cicatrices récentes et ces cicatrices ont toutes noirci, soit une fréquence de 100 %.

*** - Hyperpigmentation Régionale et Parité**

Le tableau suivant montre la répartition de l'hyperpigmentation régionale en fonction de la parité.

Tableau VII : Répartition des 1406 cas d'hyperpigmentation régionale en fonction de la parité

Parité	H. R				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Nullipares (0)	445	99,8	1	0,2	446
Primipares (1)	340	98,3	6	1,7	346
Paucipares (2,3)	352	98,6	5	1,4	357
Multipares	237	97,1	7	2,9	244
Grandes multipares (≥ 7)	32	91,4	3	8,6	35
Total	1406		22		1428

Ecart réduit (Σ) = 3,808 ; $p < 10^{-3}$

La fréquence de l'hyperpigmentation régionale est plus élevée chez les nullipares que chez les grandes multipares.

Cette différence est statistiquement significative.

* - Hyperpigmentation Régionale et teint de la patiente

Le tableau suivant montre la répartition de l'hyperpigmentation selon le teint.

Tableau VIII : Répartition de 1406 cas d'hyperpigmentation selon le teint des patientes

Teint	H. R				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Clair	204	99	2	1	206
Intermédiaire	198	98,5	3	1,5	201
Noir	1004	98,3	17	1,7	1021
Total	1406		22		1428

Khi 2 = 0,516 p = 0,472

La fréquence de l'hyperpigmentation régionale est plus élevée chez les femmes de teint clair que chez les femmes de teint plus foncé. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative, car p est supérieur à 0,05.

2.2.2 - Modifications du tissu conjonctif

2.2.2.1 - Les vergetures

Les vergetures ont été observées chez 225 femmes soit 15,8 %. Ces vergetures étaient en général hyperpigmentées.

La figure 5 montre la répartition de ces vergetures selon le siège.

Le siège abdominal était le plus fréquemment rencontré, suivi de celui des cuisses.

La date d'apparition avait pu être précisée dans 108 cas (48 %). Les vergetures apparaissaient plus fréquemment au deuxième trimestre, 64 cas (59,3 %). Elles apparaissaient dans 23 cas (21,3 %) au premier trimestre et au troisième trimestre dans 21 cas (19,4 %).

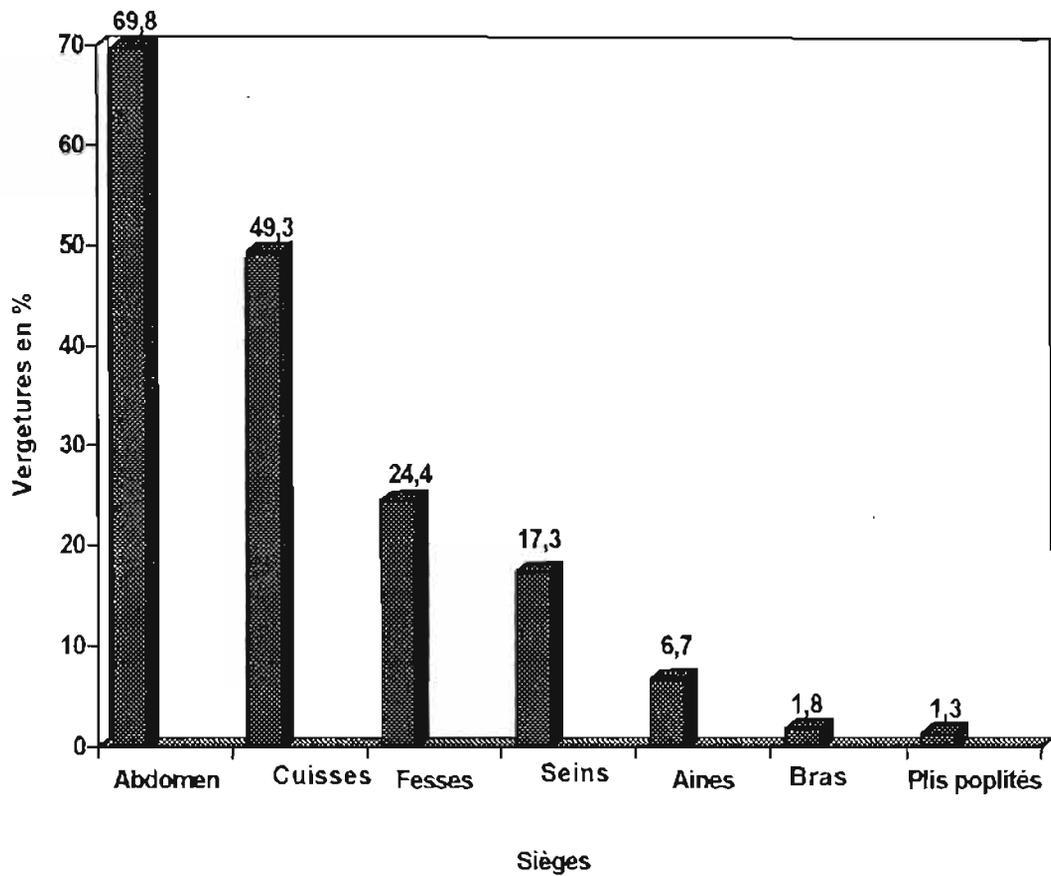


Figure 5 : Répartition des vergetures selon le siège

* - Vergetures et A.T.C.D. de vergetures

Les tableaux IX et X montrent la répartition des vergetures selon les antécédents de vergetures.

Tableau IX : Répartition des vergetures en fonction des A.T.C.D personnels de vergetures.

A.T.C.D P de vergetures	Vergetures				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	82	19,8	332	80,2	414
Absence	143	14,1	871	85,9	1014
Total	225		1203		1428

ATCD P = antécédents personnels

Khi 2 = 7,21 ; p = 0,007

Les vergetures apparaissent plus fréquemment chez les femmes enceintes ayant déjà des vergetures avant la présente grossesse, que celles qui n'en avaient pas. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Tableau X : Répartition des vergetures en fonction des A.T.C.D. familiaux de vergetures

A.T.C.D F de vergetures	Vergetures				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	25	19,7	102	80,3	127
Absence	200	15,4	1101	84,7	1301
Total	225		1203		1428

ATCD F = antécédents familiaux

Khi 2 = 1,62 ; $p = 0,202$

La fréquence des vergetures, chez les patientes ayant des ATCD familiaux de vergetures, semble plus élevée que chez celles n'ayant pas d'ATCD familiaux de vergetures, mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$).

* - **Vergetures et poids**

Le tableau XI montre la répartition des vergetures en fonction du poids.

Tableau XI : Répartition des vergetures en fonction du poids

Poids (kg)	Vergetures				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
<44	0	0	9	100	9
44 - <58	53	12,3	378	87,3	431
58 - <72	117	15,9	617	84,1	734
72 - < 86	44	22,4	152	77,6	196
86 - <100	4	16	21	84	25
≥100	1	11,1	8	88,9	9
Total	219		1185		1404

$\Sigma = 2,825$; $p = 0,005$

La fréquence des vergetures est plus élevée dans la classe de poids de 72 - 86 kgs (22,4%).

*** - Vergetures et parité**

Le tableau suivant montre la répartition des vergetures selon la parité.

Tableau XII : Répartition des vergetures en fonction de la parité

Parité	Vergetures				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Nullipares (0)	108	24,2	338	75,8	446
Primipares (1)	46	13,3	300	86,7	346
Paucipares (2,3)	44	12,3	313	87,7	357
Multipares (4,5,6)	23	9,4	221	90,6	244
Grandes multipares ≥ 7	4	11,4	31	88,6	35
Total	225		1203		1428

$$\Sigma = 4,684 ; p < 10^{-5}$$

La fréquence des vergetures décroît quand la parité augmente. Elle est plus élevée chez les nullipares. Cette différence est statistiquement significative.

*** - Vergetures et l'âge**

Le tableau suivant montre la répartition des vergetures en fonction de l'âge.

Tableau XIII : Répartition des vergetures en fonction de l'âge

Age(an)	Vergetures				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
≤ 19	67	30,2	155	69,8	222
20-24	70	14,3	420	85,7	490
25 - 29	52	14,8	299	85,2	351
30 - 34	24	10,7	200	89,3	224
35 - 39	10	8,9	102	91,1	112
≥ 40	0	0	14	100	14
Total	223		1190		1413

$$\Sigma = 3,151 ; p = 0,00163$$

Les vergetures sont plus fréquentes chez les femmes jeunes. Cette fréquence diminue quand l'âge augmente. Cette différence est statistiquement significative.

2.2.2.2 - Molluscum Pendulum

Nous avons observé chez 24 femmes des molluscum pendulum apparus pendant la grossesse, soit une fréquence de 1,7 %. C'étaient des molluscum, d'environ 2 - 3 mm de diamètre.

La figure 6 représente la répartition des molluscum selon leur siège.

Plusieurs sièges peuvent être atteints à la fois. Les sièges les plus fréquemment rencontrés, étaient le visage et le cou.

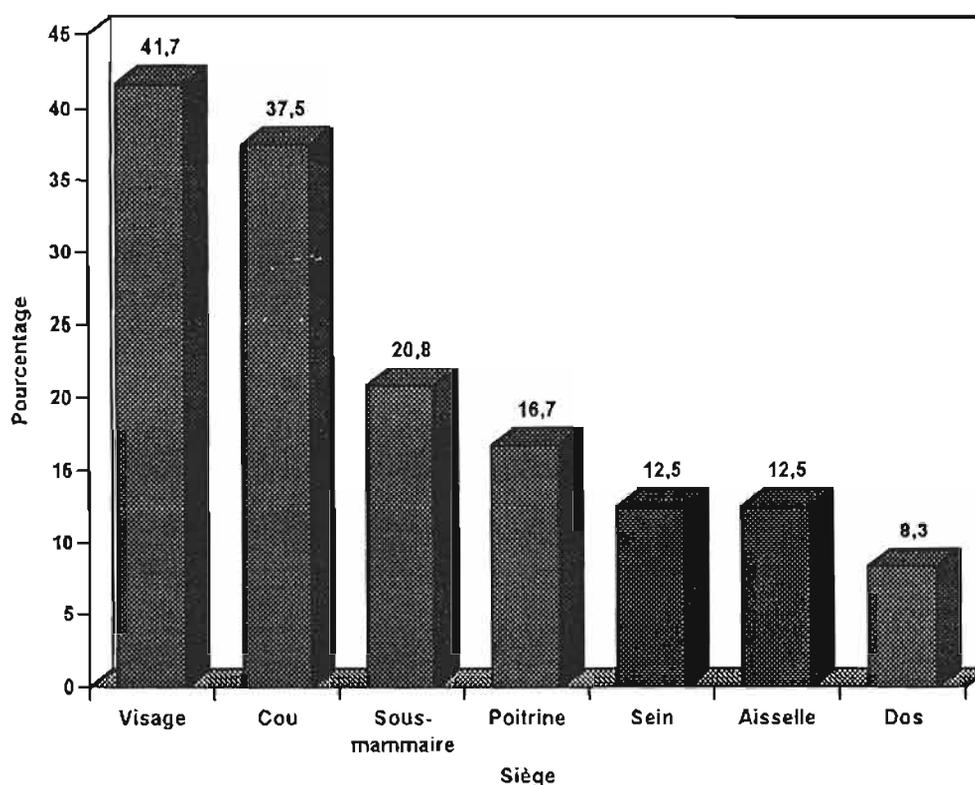


Figure 6 : Répartition des molluscum pendulum selon leur siège.

* Date d'apparition des molluscum

Les molluscum étaient le plus souvent de découverte fortuite, ce qui explique le fait que la date d'apparition n'avait pu être précisée que dans 4 cas. Ils apparaissaient dans 2 cas au premier trimestre, dans un cas au deuxième trimestre et dans un cas au troisième trimestre.

2.2.3- Modifications vasculaires et gingivales

Sur les 1 428 femmes, 491 ont présenté au moins une modification vasculaire ou gingivale, soit une fréquence de 34,4 %.

Les tableaux XIV et XV montrent les différents types de modifications vasculaires et gingivales, et leur date d'apparition.

*** - Les types de modifications vasculaires et gingivales**

Tableau XIV : Répartition des types de modification vasculaires et gingivale

Types de modifications	Nombre d'observation	Pourcentage
Oedème MI	229	16,0
Erythème palmaire	135	9,5
Gingivorragie	119	8,3
Oedème des paupières	66	4,6
Varices	65	4,6
Gingivites	37	2,6
Hémorroïdes	22	1,5
Granulome pyogénique	1	0,07

MI = membre inférieur

Nous n'avons pas observé de cas d'angiome stellaire.

Les varices étaient pour la plupart des varices des membres inférieurs en particulier des jambes. Nous avons observé un seul cas de varice vulvaire.

Les oedèmes des membres inférieurs étaient la modification vasculaire la plus fréquente.

Les érythèmes que nous avons observés étaient localisés.

Nous n'avons observé qu'un cas de granulome pyogénique gingival.

*** - Modifications vasculaires et leur date d'apparition**

Tableau XV : Répartition des types de modifications vasculaires et gingivales en fonction des dates d'apparition

Type de modifications	Date			Total
	T 1	T 2	T 3	
Erythème palmaire	1	0	0	1
Varices	22	13	4	39
Oedème des paupières	9	17	21	47
Oedème MI	13	44	137	194
Gingivorragie	28	12	30	70
Granulome pyogénique	1	0	0	1

T₁ = premier trimestre ; T₂ = deuxième trimestre ; T₃ = troisième trimestre

Les érythèmes étaient le plus souvent de découverte fortuite, les varices apparaissaient le plus souvent dès le premier trimestre et les oedèmes apparaissaient le plus souvent au troisième trimestre.

2.2.3.1 - Varices apparues pendant la grossesse et notion d'A.T.C.D. de varices

Les tableaux XVI et XVII montrent la répartition des varices en fonction des ATCD de varices.

Tableau XVI : Répartition des varices en fonction de l'A.T.C.D. personnel de varice.

ATCD P Varice	Varices				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	17	30,9	38	69,1	55
Absence	48	3,5	1325	96,5	1373
Total	65		1363		1428

Test exact de Fischer donne $p < 10^{-6}$

Tableau XVII : Répartition des varices en fonction des A.T.C.D. familiaux de varices.

A.T.C.D F Varice	Varices				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Présence	16	44,4	20	55,6	36
Absence	49	3,5	1343	96,5	1392
Total	65		1363		1428

Test exact de Fischer donne $p < 10^{-7}$

La fréquence des varices est plus élevée chez les femmes ayant des ATCD personnels ou familiaux de varices. Cette différence est statistiquement significative.

2.2.3.2 - Varices et parité

Le tableau suivant montre la répartition des varices en fonction de la parité.

Tableau XVIII : Répartition des varices en fonction de la parité

Parité	Varices				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Nullipares (0)	6	1,3	440	98,7	446
Primipares (1)	12	3,5	334	96,5	346
Paucipares (2,3)	25	7	332	93	357
Multipares(4,5,6)	17	7	227	93	244
Grandes multipares (≥ 7)	5	14,3	30	85,7	35
Total	65		1363		1428

$$\Sigma = 4,769 ; p < 10^{-5}$$

La fréquence d'apparition des varices au cours de la grossesse augmente avec la parité. Cette différence est statistiquement significative.

2.2.3.3 - Varices et âge

Le tableau XIX montre la répartition des varices en fonction de l'âge.

Tableau XIX : Répartition des varices en fonction de l'âge.

Age (an)	Varices				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
≤19	2	0,9	220	99,1	222
20 - 24	19	3,9	471	96,1	490
25 - 29	18	5,1	333	94,9	351
30 - 34	13	5,8	211	94,2	224
35 - 39	11	9,8	101	90,2	112
40 - 44	2	14,3	12	85,7	14
Total	65		1348		1413

$$\Sigma = 4,063 ; p = 5.10^{-5}$$

La fréquence d'apparition des varices augmente avec l'âge. Cette différence est statistiquement significative.

2.2.3.4 - Varices et poids

Le tableau suivant montre la répartition des varices en fonction du poids.

Tableau XX : Répartition des varices en fonction du poids

Poids (kg)	Varices				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
<44	0	0	9	100	9
44 - <58	14	3,2	417	96,8	431
58 - <72	34	4,6	700	95,4	734
72 - <86	13	6,6	183	93,4	196
86 - <100	2	8	23	92	25
≥ 100	1	11,1	8	88,9	9
Total	64		1340		1404

$$\Sigma = 1,781 ; p = 0,07498$$

Chez une femme présentant des varices, le poids n'a pas pu être précisé.

La fréquence des varices augmente avec le poids, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

2.2.3.5 - Erythème palmaire et teint

Le tableau XXI montre la répartition de l'érythème en fonction du teint.

Tableau XXI : Répartition de l'érythème en fonction du teint

Teint	Erythème				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Clair	25	12,1	181	87,9	206
Intermédiaire	19	9,5	182	90,5	201
Noir	91	8,9	930	91,1	1021
Total	135		1293		1428

$\text{Khi}2 = 2,08$; $p = 0,353$

L'érythème est plus fréquent chez les femmes claires, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

2.2.4 - L'acné

2.2.4.1 - Acné apparue pendant la grossesse

Dans notre échantillon, 235 femmes, soit 16,5 %, avaient une acné apparue seulement pendant la grossesse.

L'acné était apparue le plus fréquemment au premier trimestre. La date avait pu être précisée dans 201 cas. La figure 7 montre la répartition de l'acné en fonction de la date d'apparition.

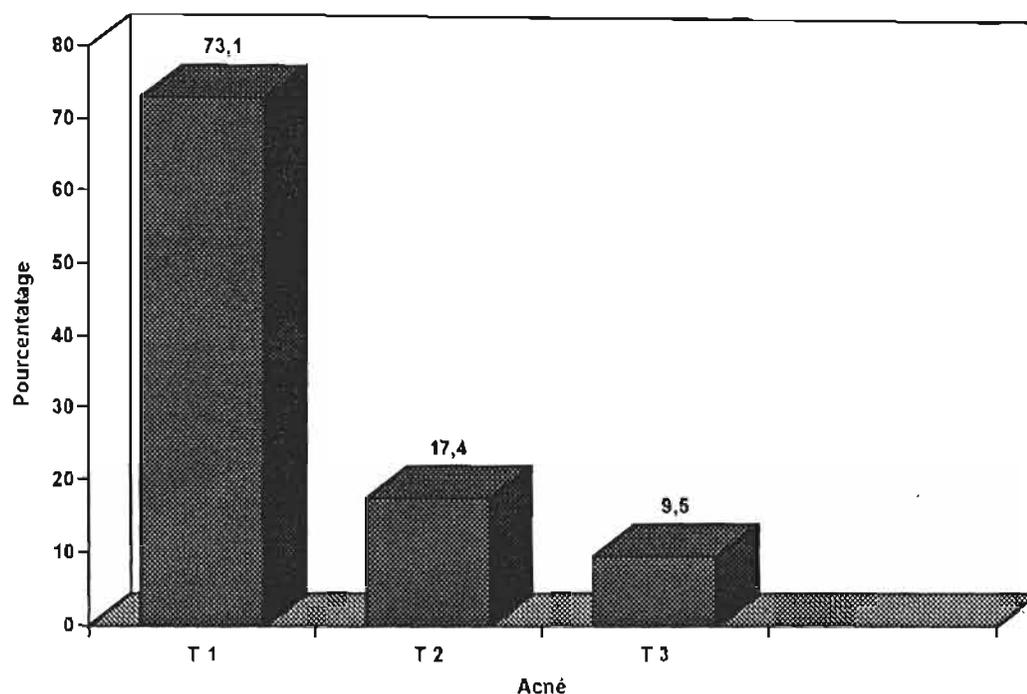


Figure 7 : Répartition de l'acné en fonction de la date d'apparition

* - L'acné selon l'âge

Parmi les 235 femmes ayant présenté une acné, l'âge avait pu être précisé chez 233. Le tableau XXII représente la répartition des 233 cas en fonction de l'âge.

Tableau XXII: Répartition des 233 cas d'acné selon l'âge

Age (ans)	Acné				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
≤ 19	37	16,7	185	83,3	222
20 - 24	107	21,8	383	78,2	490
25 - 29	62	17,7	289	82,3	351
30 - 34	17	7,6	207	92,4	224
35 - 39	10	8,9	102	91,1	112
≥ 40	0	0	14	100	14
Total	233		1180		1413

$$\Sigma = 4,225 ; p = 2.10^{-5}$$

La fréquence de l'acné est plus élevée dans la tranche d'âge de 20 - 24 ans, et elle diminue quand l'âge augmente. Cette différence est statistiquement significative.

2.2.4.2 - Les modifications de l'acné préexistante

Nous avons observé 269 cas d'acné préexistante. Parmi ceux-ci, 132 cas (49,1 %) ont connu une amélioration ; 76 cas (28,3 %) ont connu une aggravation ; dans le reste des cas 61 (22,6 %) il n'y avait pas de changement.

2.2.5 - Modifications du teint

Les modifications de teint étaient survenues chez 211 femmes (14,8 % des cas).

172 femmes soit 81,5 % avaient signalé un éclaircissement. Cet éclaircissement était soit général, 148 cas (86 %) ou uniquement du visage, 24 cas (14 %).

Certaines avaient par contre signalé un assombrissement du teint ; 39 femmes (18,5%).

*** - Les modifications du teint en fonction du teint initial de la femme**

Les tableaux XXIII et XXIV montrent la répartition des modifications de teint selon les teints initiaux des patientes.

Tableau XXIII : Répartition de l'éclaircissement en fonction du teint initial de la patiente

Teint	Eclaircissement				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Clair	25	12,1	181	87,9	206
Intermédiaire	31	15,4	170	84,6	201
Noir	116	11,4	905	88,6	1021
Total	172		1256		1428

Khi 2 = 7,39 ; P = 0,116

L'éclaircissement du teint ne dépendait pas du teint initial de la patiente.

Tableau XXIV : Répartition de l'assombrissement du teint en fonction du teint initial de la femme

Teint	Assombrissement				Total
	Présence		Absence		
	Eff.	%	Eff.	%	
Clair	9	4,4	197	95,6	206
Intermédiaire	7	3,5	194	96,5	201
Noir	23	2,3	998	97,7	1021
Total	39		1389		1428

Khi2 = 3,39 ; p = 0,184

L'assombrissement du teint était plus fréquent chez les femmes claires 4,4 % que chez les femmes noires 2,2 % ; mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

2.2.6 - Modifications phanériennes

2.2.6.1 - Les poils et les cheveux

Nous n'avons pas observé d'hirsutisme. Par contre, 497 femmes (34,8 %) ont signalé des modifications de cheveux : 329 (66,2 %) une poussée abondante, et 168 (33,8 %) une chute.

2.2.6.2 - Les ongles

Des modifications des ongles ont été signalées chez 301 femmes (21,1 %).

Nous n'avons pas observé de strie transversale des ongles. Par contre, 99 femmes, (32,9 %) ont signalé des ongles cassants, et 202 femmes (67,1 %) ont signalé des ongles mous.

VI - DISCUSSION

1 - Limite et biais

- Notre échantillonnage était non probabiliste donc n'est pas forcément représentatif de la population. Mais elle est de grande taille.
- Le fait de voir uniquement les femmes au 3^e trimestre et le fait de ne considérer que les signes apparus pendant la présente grossesse, peut faire sous estimer les fréquences ou méconnaître les signes précoces et transitoires.

Nous avons choisi les femmes au 3^e trimestre dans le souci d'avoir le maximum de signes, car certains signes n'apparaissent qu'au 2^e ou 3^e trimestre.

- Notre type d'étude, une enquête transversale en un seul passage, et la population d'étude, ne nous ont pas permis de préciser la date d'apparition de ces signes dans beaucoup de cas.

Néanmoins, nos résultats peuvent être comparés à ceux d'autres auteurs.

2 - A propos de l'hyperpigmentation

Pour E. Estève et Coll, au cours d'une étude réalisée en France, sur 60 femmes enceintes (59 femmes blanches et une femme noire) : 59 (98,3 %) avaient au moins une modification cutanée [8]. Ce chiffre est comparable à celui de notre étude qui trouve 99,4 %.

L'hyperpigmentation régionale était rencontrée dans 85 % des cas chez E. Estève malgré son faible effectif ; contre 98,5 % dans notre étude. Lacour et Coll [17], Thoulon et Coll [31] trouvaient une fréquence de 90 %. Ces chiffres sont comparables aux nôtres.

Les sièges les plus fréquemment rencontrés étaient le mamelon, l'aréole, l'ombilic et la ligne blanche. Estève et Coll [8] trouvait également comme sièges les plus fréquemment rencontrés la ligne blanche, le mamelon, l'ombilic et l'aréole.

Cette hyperpigmentation apparaissait le plus souvent au premier trimestre dans notre étude comme il est dit dans la littérature [28, 31].

L'hyperpigmentation du sein allant au delà de l'aréole observée dans notre étude (2,4 %) a été décrite également dans la littérature [2], mais sans précision de fréquence. Nous n'avons pas observé l'hyperkératose aréolaire décrite par Rodallec et Coll [27].

L'hyperpigmentation abdominale observée dans notre étude (5,4 %) n'est pas retrouvée dans la littérature. Il s'agit probablement d'une entité particulière à la peau noire. L'abdomen serait donc une zone sensible à l'action des oestrogènes et à la progestérone ; car il est dit que les lieux d'hyperpigmentation, représentaient les zones de sensibilité accrue aux oestrogènes et à la progestérone [24, 33].

La ligne de démarcation du groupe B au niveau de la jambe (0,6 %) dans notre étude a été également décrite par James W D. et Coll [15] chez une femme noire et une femme blanche. Il s'agissait de cas d'observation ponctuelle.

La fréquence de l'hyperpigmentation régionale diminuait quand la parité s'élevait. Ceci pourrait s'expliquer par la présence d'une hyperpigmentation résiduelle chez les multipares, ne permettant pas de déceler une nouvelle repigmentation. Cette hyperpigmentation résiduelle a été également décrite dans la littérature [1]. Elle peut être dû aussi à la moindre sensibilité de la peau.

Nous avons observé 20 cas d'hyperpigmentation de cicatrices récentes. Ceci a été décrit également par Abensour et Baudet sans précision de fréquence [1, 2].

Le mélasma a été observé dans 0,6 % des cas. Ce chiffre est inférieur à celui de Lacour et Coll [17], de Thoulon [31] qui donnaient une fréquence de 50 - 70 %. La photoprotection naturelle du noir [18] pourrait expliquer notre faible taux. Aussi, il pourrait être dû au fait que le teint très foncé des patientes (figure 3) ne nous ait pas permis de déceler cliniquement les mélasma frustes. E. Estève trouvait une fréquence de 5 % [8].

Le siège du mélasma dans notre étude était 50 % centro-facial et 50 % malaire ; ce qui est comparable aux données de la littérature qui trouvent le siège centro-facial le plus fréquent (63 %), suivi du siège malaire (21 %) [17, 19, 28].

La prise de contraception orale avant la grossesse, la notion d'hormonothérapie ou la prise de médicament anti-palustre au cours de la grossesse n'influaient pas sur la survenue du mélasma. Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature qui incrimine surtout l'oestrogène dans l'apparition du mélasma [1].

Nous avons observé des modifications de naevus dans 2,6 % des cas. Ce taux est nettement inférieur à celui de Fourcar et Coll [9] qui trouvaient 32,5 %. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers avaient fait une étude prospective avec

examen histologique. Estève trouvait 15 % [8]. En plus, leurs études portaient sur des femmes blanches. Un naevus est beaucoup plus marquant sur une peau blanche que sur une peau noire, où des modifications peuvent passer inaperçues.

L'apparition d'éphélides au cours de la grossesse est décrite dans la littérature sans précision de fréquence [1, 28]. Dans notre étude, nous avons observé un cas (0,07%) et dans 13 cas (0,9 %) des changements de coloration d'éphélide.

3 - A propos des vergetures

La fréquence des vergetures dans la littérature est de 90 % [31]. Dans notre étude, nous avons observé une fréquence de 15,8 %. E. Estève avait observé une fréquence de 62 % [8]. Cette différence est dû au fait que les vergetures apparaissent plus fréquemment chez les femmes blanches que chez les femmes noires et asiatiques [25], et également par le fait que nous n'avons tenu compte que des nouvelles apparitions.

Ces vergetures apparaissaient plus fréquemment au deuxième trimestre et siégeaient préférentiellement sur l'abdomen (69,8 %) et les cuisses (49,3 %). Ces données sont comparables à celles de la littérature [2, 4, 31] qui trouve comme sièges fréquemment rencontrés, l'abdomen, les cuisses, les seins, la région inguinale, les fesses et le bras sans précision de fréquence.

Leur fréquence d'apparition est également plus élevée chez les nullipares, les primipares et les femmes jeunes. Cela concorde avec les données de Lacour qui rapporte que les primipares jeunes sont les plus exposées [17].

Estève trouvait également que les primigestes jeunes étaient les plus exposées [8].

Ces vergetures étaient plus fréquentes chez les femmes ayant déjà des vergetures avant la présente grossesse ; confirmant ainsi la notion de prédisposition génétique décrite dans la littérature [1].

4 - A propos du molluscum pendulum

La fréquence du molluscum pendulum était de 1,7 %.

Ce taux est nettement inférieur à celui de Estève et Coll (7 %) [8]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que certaines patientes, ayant déjà des molluscum avant la

présente grossesse ne pouvaient remarquer l'apparition de nouveaux éléments, car ces lésions étaient très petites et multiples.

Les sièges les plus fréquemment rencontrés étaient le visage (41,7%), le cou (37,5%), la région sous-mammaire (20,8 %), le thorax (16,7 %), posant un problème esthétique.

Dans la littérature, le visage, le thorax, les aisselles, le cou, les aines, l'abdomen et la région sous mammaires, sont les sièges les plus fréquemment rencontrés sans précision de fréquence [2, 25, 28].

5 - A propos des modifications vasculaires

Dans notre étude, nous n'avons pas observé de cas d'angiome stellaire. Parmley et Coll, Thoulon et Coll observaient une fréquence de 70 % chez les femmes blanches et 10 % chez les femmes noires [25, 31] ; Estève [8] avait trouvé 53 % chez des femmes blanches. Les angiomes stellaires sont moins fréquents chez les Noires.

L'érythème palmaire était présent dans 9,5 % des cas. Ce chiffre est inférieur à celui de Kestenbaum et Coll, de Parmley et Coll qui disent qu'il survenait chez 1/3 de femmes noires et 2/3 de femmes blanches [16, 25]. Bean [3] dans une série de 1243 parturientes (484 femmes blanches et 759 femmes noires) avait observé une fréquence de 62 % chez les blanches et 35% chez les noires. E. Estève [8] avait observé une fréquence de 30 %. Notre faible taux pourrait s'expliquer par deux raisons :

- l'érythème est difficilement appréciable chez le noir vivant sous les tropiques, surtout si ce teint est très prononcé. La figure 5 nous montre que la fréquence de l'érythème est élevée chez nos patientes claires ce qui confirme notre hypothèse ;
- l'anémie est un signe fréquent chez la femme enceinte au Burkina Faso [34] et pourrait expliquer le faible taux d'érythème observé, car elle rend pâle les muqueuses et les téguments.

L'érythème était de type périphérique dans notre échantillon. Nous n'avons pas observé d'érythème diffus comme le décrit Estève [8] qui dans sa série, trouvait cet érythème cinq fois plus fréquent que l'érythème diffus.

Les varices représentaient 4,6 % dans notre étude. Il s'agissait de varices des membres inférieurs et d'un cas de varices vulvaires. Kestenbaum, Martin, Roger, et leur Coll trouvaient une fréquence de 40 % [16, 19, 28]. Estève [8] rapportait une fréquence de 33 %. Dans notre étude la fréquence des varices augmentait quand la parité augmentait, de même avec l'âge et le poids. Le facteur racial, le jeune âge de la majorité de nos femmes enceintes, leur faible poids et la faible parité pourraient donc expliquer cette faible fréquence de varices dans notre étude.

Les varices vulvaires ont été décrites dans la littérature qui dit qu'elles pouvaient être à l'origine de dystocie [2, 17, 25] lors de l'accouchement. Dans notre cas, elles ne constituaient pas un obstacle à l'accouchement.

Les varices apparaissaient dès le premier trimestre comme rapporté dans la littérature [1, 28]. Elles étaient plus fréquemment rencontrées chez les femmes ayant déjà des antécédents personnels ou familiaux de varices ; confirmant ainsi la notion de terrain familial prédisposant [1].

La fréquence des varices augmentait avec la parité et avec l'âge. La parité augmentant avec l'âge, on pourrait expliquer cette augmentation de la fréquence des varices par la fragilité du tissu élastique avec l'âge [30].

Les oedèmes des membres inférieurs étaient la modification vasculaire la plus fréquente dans notre étude : 16 %. Ce taux est inférieur à celui de Kestenbaum et Coll qui observait un taux de 70 % [16] et de celui de Estève et Coll [8] qui observait 36 %.

L'oedème des paupières (4,6 % des cas) a un taux comparable à celui d'Estève, qui trouvait 5 %, et diffère de celui de Kestenbaum TM et de Murray, et Coll qui trouvaient un taux de 50 % [16, 24].

Ce faible taux d'oedèmes dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que nos patientes se mettaient systématiquement au régime hyposodé dès l'apparition de l'oedème ; entraînant souvent leur disparition.

Ces oedèmes apparaissent plus fréquemment au troisième trimestre, confirmant le rôle de la compression veineuse dans leur survenue [1].

Nous avons rencontré un cas de granulome pyogénique gingivale chez une jeune femme, soit 0,07 %. Sa fréquence est aussi faible dans la littérature 2 % [25].

6 - A propos de l'acné

Sa fréquence était de 16,5 %. Il s'agissait d'acné micro papuleuse du visage et parfois du dos et de la poitrine ; il apparaissait le plus souvent au premier trimestre. Estève [8], dans sa série, a observé une fréquence de 23 %.

L'acné est plus fréquente dans la tranche d'âge de 20-24 ans. Cette tranche correspond à la période à laquelle on observe plus fréquemment l'acné Juvénile [7]. Dans l'étude de Estève, l'âge n'influe pas sur l'apparition de l'acné [8].

Il est dit que l'action de la grossesse sur une acné préexistante était variable [17, 28] ; Cette variable a été constatée dans notre échantillon avec une aggravation dans 28,3% ; une amélioration dans 49,1 % ; et il n'y a pas eu de changement dans 22,6 %.

7 - A propos des modifications phanériennes

La poussée abondante des cheveux était la modalité la plus fréquente 23 %, avec une chute dans 11,8 % des cas. Ces modifications sont également décrites dans la littérature sans précision de fréquence [1, 17].

Nous n'avons pas observé de cas d'hirsutisme. L'hirsutisme vrai implique souvent une tumeur ovarienne [5].

Des modifications unguéales, ont été observées chez 21,1 % des femmes. Elles sont également décrites dans la littérature [1, 19], sans précision de fréquence.

Nous n'avons pas observé de strie longitudinal comme décrit dans la littérature chez les Noires et les Asiatiques [11, 33].

8 - A propos des modifications du teint

Dans notre étude, 12,1 % des femmes ont signalé un éclaircissement de leur teint. Cette entité n'est pas décrite dans la littérature. Il pourrait s'agir d'une entité particulière à la femme noire africaine.

L'assombrissement du teint a été signalé dans 2,7 % des cas. S'agit-il d'une mélanodermie généralisée frustrée ? Nous ne pouvons l'affirmer, car cette dernière n'est décelable qu'en lumière de Wood [1].

VII - CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les modifications cutanées physiologiques de la grossesse décrites dans la littérature sont fréquentes chez les femmes noires en Afrique. Dans notre étude cette fréquence est de 99,4%. Cependant, on note quelques particularités :

- la notion d'éclaircissement du teint (12,1 %) ;
- l'hyperpigmentation du sein, allant au delà de l'aréole (2,4%) ;
- l'hyperpigmentation abdominale en plage (5,4 %) ;
- la faible fréquence du mélasma (0,6%) qui pourrait être due à la photoprotection naturelle du sujet noir, ou à la difficulté d'appréciation des mélasma frustes sur peau noire ;
- le faible taux de modifications de naevus intervenant au cours de la grossesse, dû probablement à sa difficulté d'appréciation sur la peau noire ;
- la ligne de démarcation du type B qui a été observée dans 0,6 % des cas ;
- l'apparition moins fréquente de vergetures chez les femmes noires que chez les femmes blanches. Dans notre étude cette fréquence est de 15,8 % ;
- l'absence d'angiome stellaire ;
- la faible fréquence d'érythème palmaire 9,5 % probablement due à la difficulté d'appréciation et à l'anémie ;
- une faible fréquence de varices des membres inférieurs est également observée.

Cette étude gagnerait à être complétée par une étude prospective pour confirmer la notion de modification de teint et surtout les dates d'apparition des différentes modifications.

VIII - SUGGESTIONS

ET

RECOMMANDATIONS

1 - Aux Décideurs

Nous suggérons des ateliers de formations pour permettre une meilleur connaissance des modifications cutanées physiologiques de la grossesse, par les personnels de santé.

2 - Aux Responsables de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP)

Nous Suggérons l'introduction d'un chapitre de cours de dermatologie sur les dermatoses de la grossesse dans la formation des Sages-femmes, des Maeticiens d'Etat et des accoucheuses auxiliaires.

3 - Aux Sages-Femmes, aux Maeticiens d'Etat et aux Accoucheuses Auxiliaires

Nous recommandons :

- l'examen systématique de la peau et des phanères au cours des consultations prénatales.
- de rassurer les femmes enceintes devant une modification cutanée physiologique, lors des consultations prénatales.
- de référer les femmes enceintes ayant une dermatose non physiologique aux dermatologues.

IX - REFERENCES

1 - Abensour M.

Peau et grossesse.

Vie médicale 1991;72:91-4

2 - Baudet J, Bonnaud F, Pichereau D, Zago J.

Peau et grossesse. Dans : Médecine interne et grossesse.

Paris : Maloine 1980 : 261-270.

3 - Bean WB, Goswell K, Dexter M, Embeck JP.

Vascular changes of the skin in pregnancy. Vascular spiders and palmar erythema.

Surg Gynecol Obstet 1949;88:739-752.

4 - Chosidow O.

Dermatoses de la grossesse.

Dermatol Prat 1995;158:9-10.

5 - Derbal S, Riziga H, Kammou N.

Hirsutisme et grossesse ; à propos d'un cas.

Tunisie Médicale 1993;71:347-352.

6 - Ellis DL.

Pregnancy and sex stéroïd hormone affects on nevi of patients with the dysplatic nevus syndrome.

J Am Acad Dermatol 1991;25:467-482.

7 - Enjolros O.

Dermatoses banales chez la femme jeune influence des grossesses.

Trav Dermatol Français.Paris : Lutsia

8 - Estève E, Soudeau L, Pierre F, Barruet K, Vaillant L, Lorette G.

Signes cutanés physiologiques rencontrés au cours de la grossesse normale : étude de 60 femmes enceintes.

Ann Dermatol Venerol 1994;121:227-231.

9 - Foucar E, Bentley TJ, Laube DW, Rosai I.

A histologic evaluation of nevocellular nevi in pregnancy.

Arch Dermatol 1985;121:350-4.

10 - Franchimont C, Rurangirwa A, Lames A, Ekoude IB, Piérard GE.

Particularités physiopathologique de la peau noire.

Dans Piérard GE, Caumes E, Franchimont C, Estrada JA eds.

Dermatologie Tropicale.

Bruxelles : Editions de l'université de Bruxelles/AUPELF 1993 : 73 - 77.

11 - Fryer IM, Weith VP.

Pregnancy associated hyperpigmentation : longitudinal melanonychia.

J Am Acad Dermatol 1992;26:493-4.

12 - Gentilini M.

Medecine tropicale. 5^e édition. Paris : Flammarion, 1993:643-4.

13 - Institut National de la statistique et de la demographie.

Enquête démographique 1991.

Ouagadougou : INSD ; 1992:558

14 - Institut National de la statistique et de la démographie.

Enquête démographique et santé 1993.

Ouagadougou : INSD ; 1994 :296.

15 - James WD, Meltzer MS, Guill MA, Berger TG, Rodman OG,

Pigmentary démarcation lines associated with pregnancy.

J Am Acad Dermatol 1984;11:438-440.

16 - Kestenbaum TM, Orleans N.

Dermatoses de la grossesse.

Officiel Dermatol 1995;56:10-11.

17 - Lacour JP, Dubois D, Ortonne JP.

Peau et grossesse.

Encycl Med Chir Paris-France ;

Dermatologie, 12235 G10, 1989,14p.

18 - La Ruche G, Cesarini JP.

Histologie et physiologie de la peau noire.

Ann Dermatol Venereol 1992;119:567-574.

19 - Martin AG, Leal-Khoury S.

Physiologic skin changes associated with pregnancy.

Int J Dermatol 1992;31:375-378.

20 - Merger R, Levy J, Melchior J.

Modifications physiologiques générales de l'organisme maternel.

Dans : Précis d'obstétrique.

5. Paris : Masson 1985:56-71.

21 - Merger R, Levy J, Melchior J.

Dermatologie de la grossesse.

Précis d'obstétrique.

5° édition. Paris : Masson 1985:529-531.

22 - Ministère de l'économie et des finances.

Institut national de la statistique et de la démographie.

Recensement générale de la population et de l'habitat du Burkina Faso

10-20 Décembre. 1996. INSD.

23 - Ministère de la santé et de l'action sociale.

Statistiques sanitaires 1995. DEP-1996.

24- Murray JC.

Pregnancy and the skin. Dermatol clin 1990;8:327-334.

- 25 - **Parmley T, O'Brien T.J.**
Skin Changes during pregnancy.
Clinical obstétrics Gynecology 1990;33:713-717.
- 26 - **Perron J.**
Peau et grossesse.
Gazette Med 1991; 17-20.
- 27 - **Rodallec J, Morel P, Guilaine J, Civatte J.**
Hyperkératose de l'aréole mammaire unilatérale récidivante chez une femme enceinte.
Ann dermatol Venereol 1978;105:527-28.
- 28 - **Roger D, Estève E, Pierre F, Lorette G.**
Peau et grossesse.
Editions techniques. Encycl Med chir (Paris-France). Obstétrique, 5038,A1019 2, 10p.
- 29 - **Rougier M.**
Stomatologie et grossesse.
Encycl. Med Chir (Paris-France) stomatologie. Odontologie. 22-050F-10. 1994, 48.
- 30 - **Saurat J H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J M.**
Dermatologie et vénéréologie. 2^e édition. Paris : Masson 1990:911p.
- 31 - **Thoulon J M, Puech F, Boog G.**
Obstétrique. Paris : Marketing/Ellipses, 1995:421-427.
- 32 - **Winton GB, Lewis CW.**
Dermatoses of pregnancy.
J Am Acad Dermatol 1982;6:977-998.

33 - Wong RC, Ellis CN.

Physiologic skin changes in pregnancy.

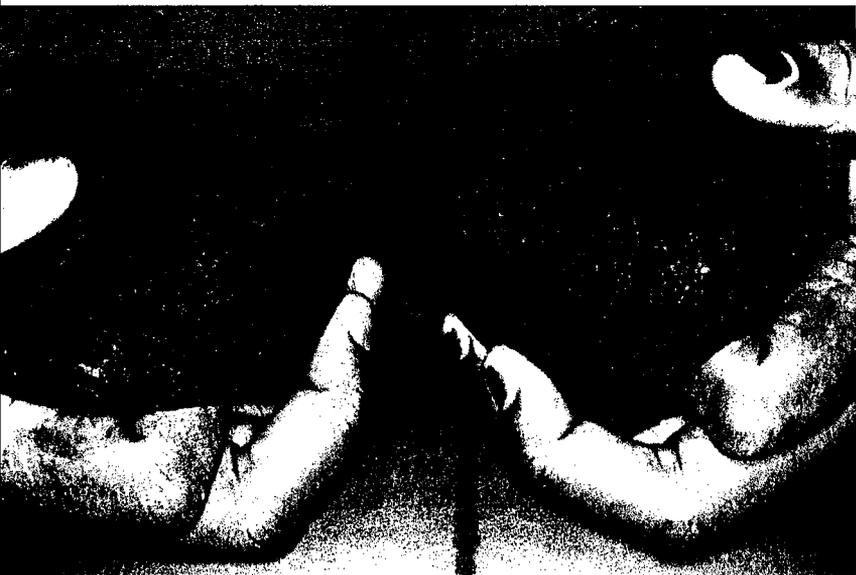
Seminars in Dermatology 1989; 8:7-11.

34 - Yaméogo B.

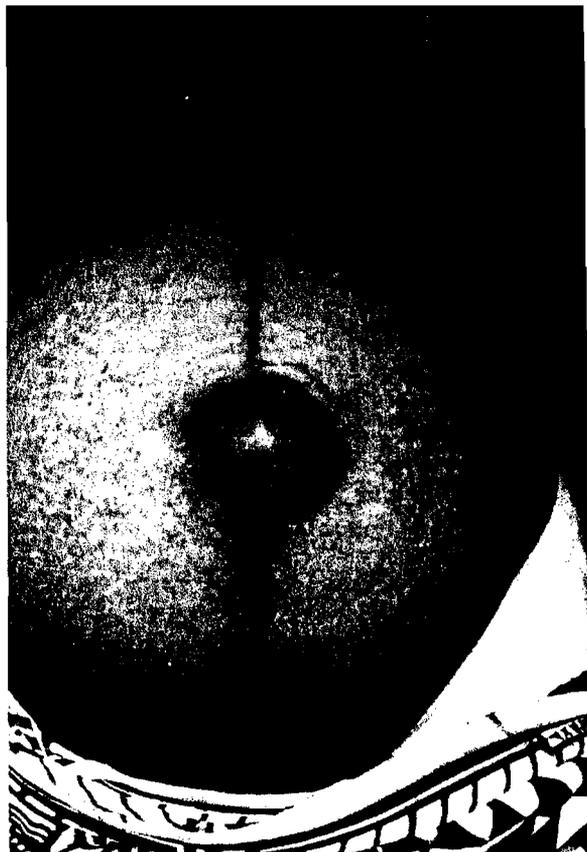
Les anémies chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso ;

thèse med : Ouagadougou E.SS.SA ; 1993:75p.

X - ICONOGRAPHIES



1 Hyperpigmentation de l'Aréole mammaire



2- Hyperpigmentation de l'Ombilic et de la ligne blanche



3- Varices des Membres inférieurs



4- Hyperpigmentation abdominale

XI - ANNEXES



Ouagadougou, le 14 AVR. 1997

N° 97-0751, MS/SG/DEI

Le Ministre de la Santé

Objet : Suite votre demande
d'autorisation pour
mener une enquête

Au

Réf. :

Professeur Bibiane KONE
Chef de service de la Maternité
S/C Directeur Général de l'Hôpital
National Yalgado OUEDRAOGO

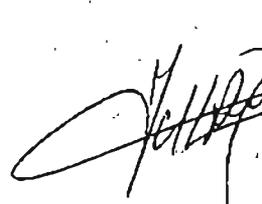
OÙAGADOUGOU

Professeur,

J'ai lu avec intérêt votre demande d'autorisation ainsi que le protocole d'enquête et j'apprécie la pertinence de vos objectifs. Les résultats de ce travail permettront une meilleure prise en charge, sur le plan clinique et thérapeutique, des femmes en grossesse présentant des dermatoses.

Aussi, cette étude étant la première du genre au Burkina, l'autorisation pour mener cette enquête vous est accordée. Nos services techniques seront disponibles pour vous apporter l'appui nécessaire à la réalisation de ce travail.

Veillez agréer Professeur, l'expression de ma haute considération.



Christophe DABIRE
Le Ministre

15 - 04 - 97
775

IV - MODIFICATIONS VASCULAIRES

ANGIOMES STELLAIRE : Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

Siège : face /_/ nez /_/ cou /_/ mains /_/ Autres sièges (préciser).....

ERYTHEME PALMAIRE Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

VARICES DES MEMBRES INFERIEURS : Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

HEMOPRROIDES / Oui /_/ Non /_/

OEDEMES : paupières Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

membres inf. Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

GINGIVORRAGIE : Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

GRANULOME PYOGENIQUE : Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

Autres modifications vasculaires (préciser).....

V - POILS ET PHANERES

HIRSUTISME : Oui /_/ Non /_/

CHEVEUX : poussée abondante /_/ Chute importante /_/ Cheveux normal /_/

ONGLES : stries transversales /_/ ongles cassantes /_/ ongles moues /_/ ongles normales /_/

ACNE : Oui /_/ Non /_/ Date d'apparition : T1 /_/ T2 /_/ T3 /_/

ACNE préexistante : Améliorée /_/ Aggravée /_/ Inchangée /_/

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ».

Année universitaire 1997-1998

AUTEUR

Sita TRAORE/épouse TRAORE
03 BP 7021 Ouagadougou 03 BURKINA FASO

TITRE

Modifications cutanées physiologiques survenant sur peau noire, au cours de la grossesse normale.
Ouagadougou (BURKINA FASO)

RESUME

Les modifications cutanées physiologiques rencontrées au cours de la grossesse sont fréquentes et polymorphes.

Nous avons mené une étude transversale, en examinant 1428 femmes enceintes en consultation prénatale, pour déterminer la fréquence des différentes modifications cutanées physiologiques survenant chez une femme noire, en milieu africain, à Ouagadougou.

Notre étude nous a permis de savoir que les modifications cutanées physiologiques étaient aussi fréquentes chez nos femmes enceintes (99,4 %).

- Les modifications pigmentaires étaient les plus fréquentes (98,5 %) avec quelques particularités : la notion d'éclaircissement du teint et l'hyperpigmentation abdominale. Le mélasma était moins fréquent (0,6 %).
- Les modifications vasculaires représentaient 34,4% . Il n'existait pas d'angiome stellaire, l'érythème (9,5 %) était également moins fréquent, de même que les varices (4,6 %). Les varices apparaissaient plus fréquemment chez les femmes ayant déjà des antécédents de varices. Cette fréquence augmentait avec la parité et l'âge.
- Les modifications du tissu conjonctif (16,9%) étaient essentiellement représentées par les vergetures (15,8 %). Les vergetures étaient plus fréquents chez les primipares jeunes. Le molluscum pendulum était présent seulement dans 1,7 % des cas.
- Les modifications des phanères étaient variables (41,9%) de même que l'acné (31%).

Le faible taux de certaines modifications cutanées physiologiques chez nos femmes enceintes pourrait s'expliquer par le facteur racial, la photoprotection naturelle du noir, et la difficulté d'appréciation de certains signes sur une peau noire.

Les dates d'apparition de ces différents signes n'ont pu être précisées dans tous les cas.

Une étude Prospective permettra de confirmer certaines données recueillies uniquement par l'interrogatoire des patientes et surtout, de préciser les différentes dates d'apparition.

MOTS CLES

Grossesse - Modifications physiologiques cutanées - Peau noire.



1 Hyperpigmentation de l'Aréole mammaire



2- Hyperpigmentation de l'Ombilic et de la ligne blanche



3- Varices des Membres Inférieurs



4- Hyperpigmentation abdominale