



Cas Clinique

Manifestations Cutanées Révélatrices de la Faim Cachée : À Propos de Deux Cas

Revealing skin lesions of hidden hunger: a report of two cases

Hélène Kamo Selangai Doka^{1,2}, Suzanne Ngo Um Sap³, Isabelle Mekone Nkwele³, Ritha Mbono Betoko⁴, Jeannette Epee Ngoue², Hadidjatou Inoua²

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Ngaoundéré, Cameroun

² Hôpital Régional de Ngaoundéré, Cameroun

³ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1. Cameroun.

⁴ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

Auteur correspondant: Dr Hélène Kamo Sélangai Doka Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'Université de Ngaoundéré.
nissilena@yahoo.ca Tel : +237 698456363

Mots clés : faim cachée, micronutriments, affection cutanée, pellagre, acrodermatite entéropathique

Keywords : hidden hunger, micronutrients, skin diseases, pellagra, acrodermatitis enteropathica

RÉSUMÉ

La faim cachée est une carence en micronutriments. L'OMS la décrit comme la forme la plus grave de malnutrition eu égard aux rôles joués par les oligo-éléments dans le métabolisme de l'organisme. Cependant leur dosage est peu accessible dans les pays à ressources limitées. Les manifestations cliniques cutanées peuvent apparaître au premier plan avec des lésions caractéristiques évocatrices du diagnostic. Nous présentons deux cas cliniques dont un de pellagre et un d'acrodermatite entéropathique dont le diagnostic était clinique. Ces cas relèvent l'importance de la clinique dans le diagnostic et la prise en charge précoce de la faim cachée dans notre contexte.

ABSTRACT

Hidden hunger is a deficiency of micronutrients. The WHO describes it as the most serious form of malnutrition because of the roles played by micronutrients in the body's metabolism. However, their dosage is not easily accessible in low-middle income countries. Clinical manifestations of the disease may appear in the foreground with characteristic lesions suggestive of the diagnosis. We present two clinical cases, one of pellagra and one of acrodermatitis enteropathica, whose diagnosis was clinical. These cases highlight the importance of the clinic in the diagnosis and early management of hidden hunger in our context.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit la carence en micronutriments comme la forme de malnutrition la plus grave [1]. Elle est qualifiée de « faim invisible » car se développe de manière insidieuse, son impact dévastateur ne pouvant être observé qu'après l'installation des dommages [1,2]. Les carences en fer, en vitamine A et en iode sont les plus répandues dans le monde [3]. Les carences en certains micronutriments « négligés » comme le zinc, vitamines B2, B12, niacine, vitamine D et calcium sont répandues dans les pays à ressources limitées [3]. Le dosage des micronutriments est coûteux et n'est pas toujours accessible dans ces pays. Cependant la présentation clinique des déficits en micronutriments est variable, dans certains cas, le tableau cutané apparaît au premier plan avec des lésions pathognomoniques [4,5]. Ainsi, chez un enfant atteint d'une dermatite péri-orificielle ou acrale, le diagnostic de carence en zinc doit

être envisagé, surtout s'il existe un retard de croissance [4]. La reconnaissance des manifestations cutanées est d'une importance capitale pour le diagnostic précoce [6,7]. Nous rapportons 2 cas cliniques : un cas de pellagre et un cas d'acrodermatite entéropathique avec des manifestations cutanées ayant permis d'identifier une carence en micronutriments.

CAS CLINIQUES

Patient 1

Il s'agit d'un garçon de six ans emmené en consultation pour une lésion cutanée évoluant depuis 4 mois sans réponse favorable aux antifongiques, antiseptiques et antibiotiques. Il est le cinquième enfant d'une fratrie de huit. Le repas familial était principalement composé de couscous et bouillie de maïs. À l'examen physique, il pesait 11,6 kg ; sa taille était de 109 cm soit un indice de masse corporelle (IMC) de 10,1 kg / m² correspondant à une insuffisance pondérale sévère. Son état général était altéré par une asthénie. Il avait des lésions cutanées

hyperpigmentées maculaires et rugueuses, symétrique sur les mains sur le visage tout autour des yeux et autour du cou (figure 1). Celle du cou inhabituelle en forme de collier est appelée collier de Wallace, lésion typique décrite dans les carences en niacine. Par ailleurs les cheveux et les muqueuses étaient d'aspect normal.

Les dépistages du VIH et de la tuberculose étaient négatifs. Une Numération Formule Sanguine (NFS) a révélé des globules blancs normaux à 4 100 cellules / ml, une anémie avec un taux d'hémoglobine à 8,8 g / dl microcytaire hypochrome et une numération plaquettaire normale : 360 000 cellules / ml.

Le diagnostic positif de pellagre associé à une malnutrition aiguë sévère a été posé. Le dosage biologique de la niacine n'a pas pu être réalisé car examen onéreux et non disponible dans notre ville. Patient a été traité avec 6 mg de niacine par jour pendant 30 jours en association avec la prise en charge nutritionnelle par des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (*Plumpy nut** = 100 kcal / 100 ml) et le repas familial. Des conseils nutritionnels ont été prodigués à la mère pour une alimentation équilibrée. Le suivi à 2 mois montrait une disparition complète des lésions (figure 2). À 6 mois d'évaluation, le poids était de 17 kg et la taille 110 cm pour un IMC de 14,04 kg/m² (-1 DS) soit une corpulence normale (sous la moyenne)

Patient 2

Nourrisson de six mois et trois semaines de sexe masculin emmené en consultation pour lésion cutanée évoluant depuis 3 semaines. L'enfant a été nourri exclusivement au lait maternel depuis la naissance. La maman aurait constaté l'émission de selles molles au moment du sevrage d'où en automédication administration des sels de réhydratation par voie orale sans succès. L'évolution a été marquée par l'apparition de lésions cutanées à type de croûte associées à des plaques érythémato-squameuses sur la face surtout autour du nez, de la bouche. Après plusieurs tentatives de traitement par la Chlorhexidine sans succès, les lésions vont se généraliser vers le dos, les fesses et les organes génitaux externes avec une desquamation importante et des fissures péri-orificielles (figure 3). Ces lésions ont été traitées à plusieurs reprises comme impétigo sans amélioration. La distribution péri-orificielle de ces lésions, leur aspect et leur apparition au début du sevrage nous ont orienté vers le diagnostic de l'acrodermatite entéropathique (AE), affection traduisant un déficit en zinc. Devant l'incapacité de doser la zincémie, une supplémentation de 20 mg de zinc par 24h a été administrée en plus des soins à la Chlorhexidine. L'évolution au cinquième jour a été marquée par l'amélioration de l'état clinique avec régression importante des lésions cutanées (Figure 4).

DISCUSSION

Il s'agit ici de deux cas cliniques de manifestations cutanées pathognomoniques de la faim cachée, diagnostic évoqué chez les patients, à risque de malnutrition dans une ville du Cameroun, pays à revenus intermédiaires. Le dosage des micronutriments

était impossible dans cette ville par défaut de laboratoire approprié. Une supplémentation en micronutriments a conduit à une amélioration rapide des manifestations cliniques, d'où l'importance de maîtriser les signes cliniques évocateurs d'un déficit en micronutriments.

La pellagre, est une maladie causée par un déficit d'une vitamine hydrosoluble, la niacine (vitamine PP ou vitamine B3), ou encore de son précurseur, le tryptophane [8]. Cette maladie demeure endémique dans certaines zones d'Afrique et d'Asie où le maïs constitue la céréale de base dans l'alimentation des populations. En effet, la niacine contenue dans le maïs est sous forme liée, non bio-disponible [8,9]. Cliniquement, la pellagre se manifeste par la diarrhée, une dermatite et une démence. Les signes cutanés sont les premiers à apparaître dans plus de 80 % des cas [10]. Les lésions cutanées sont typiques, réalisant un collier de Wallace comme sur la figure 1. Elles affectent les zones exposées au soleil comme le visage, le cou, le dessus des mains, les avant-bras et les jambes. On parle de photodermatose. On note un rash en « ailes de papillon ». On voit apparaître des zones hyper pigmentées qui peu à peu perdent leur lustre naturel et deviennent sèches, squameuses et finalement rugueuses et craquelées. Il y a une démarcation très nette entre les zones saines et les zones atteintes que l'on ressent au toucher. Toutes ces lésions sont plus ou moins symétriques [10]. Chez l'enfant, la pellagre peut coexister avec une malnutrition sévère aiguë ou chronique associant, un amaigrissement ou un retard statural [8,10]. Le dosage de la niacine n'est pas indispensable au diagnostic et ne doit pas faire retarder la prise en charge de la pellagre [11].

L'acrodermatite entéropathique (AE) est une maladie rare autosomique récessive, liée à une anomalie de l'absorption intestinale du zinc [12]. La carence en zinc est responsable d'un ensemble de manifestations surtout dermatologiques [13]. L'AE se définit cliniquement par la présence de trois symptômes pathognomoniques une dermatite acrale (des extrémités) et péri-orificielle, une diarrhée et une alopecie [14]. Elle se révèle habituellement dans les premiers mois de la vie, lors du sevrage de l'allaitement maternel. Elle est caractérisée par un tableau clinique très évocateur et le diagnostic est confirmé par la mise en évidence d'un taux bas du zinc plasmatique. Par conséquent, la reconnaissance précoce des lésions caractéristiques favorise le diagnostic précoce et un traitement approprié [15].

En Afrique la malnutrition reste toujours un problème de santé publique et cela malgré les différentes stratégies de prise en charge mise en place [16]. L'un des problèmes majeurs posés par l'évaluation des apports nutritionnels est la détermination du statut en micronutriments à partir d'outils biologiques sensibles et spécifiques. Dans les deux cas présentés c'est la conjonction d'arguments cliniques qui nous a permis d'évoquer les diagnostics. Les carences en micronutriments ne sont pas rares dans les populations à risque, et la présence de manifestations cutanées est fréquente [4]. Chez les patients à risque de malnutrition, avec des lésions cutanées, il est important

de penser à un diagnostic de carence nutritionnelle [7]. Ceci en attendant que le dosage des micronutriments soit vulgarisé dans les pays à ressource limitée ou intermédiaire afin de déterminer la prévalence réelle de la faim cachée dans la population générale.

CONCLUSION

Les carences en micronutriments sont une réalité en Afrique subsaharienne, comme le prouvent les deux cas de carences nutritionnelles présentés. Le diagnostic a été établi sur la base de la conjonction d'arguments cliniques autour des manifestations cutanées. En l'absence de l'accessibilité aux dosages marqueurs biologiques, il convient pour le clinicien de maîtriser les éléments du diagnostic clinique, en particulier les manifestations cutanées pouvant être pathognomonique d'une carence particulière en micronutriment, sachant qu'un diagnostic tardif peut être fatal pour le patient.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Hélène Kamo Sélangai : 1) Supervision de collecte de sur le terrain l'analyse et l'interprétation de données ; 2) la rédaction de l'article et révision critique du contenu et 3) l'approbation finale de la version à publier.

Suzanne Sap Ngo Um : 1) L'interprétation de données 2) la rédaction de l'article et révision critique du contenu 3) l'approbation finale de la version à publier et recherche du journal pour publication.

Isabelle Mekone Nkwele : 1) l'analyse et l'interprétation de données ; 2) la rédaction de l'article et révision critique du contenu et 3) l'approbation finale de la version à publier.

Ritha Mbono Betoko: 1) l'analyse et l'interprétation de données ; 2) la rédaction de l'article et révision critique du contenu et 3) l'approbation finale de la version à publier.

Jeannette Epee Ngoue, 1) l'analyse et l'interprétation de données ; 2) la rédaction de l'article et révision critique du contenu et 3) l'approbation finale de la version à publier.

Hadidjatou Inoua: 1) l'analyse et l'interprétation de données ; 2) la rédaction de l'article et révision critique du contenu et 3) l'approbation finale de la version à publier.

REMERCIEMENTS

- 1) Dr Charifa Rahmatou Roufai pour le suivi des cas en salle d'hospitalisation.
- 2) Aux Parents des enfants qui ont données leur accord pour la publication de ces cas.

RÉFÉRENCES

- 1) Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia 2008. [Google Scholar]
- 2) DiBaise M, Tarleton SM. Hair, Nails, and Skin: Differentiating Cutaneous Manifestations of Micronutrient Deficiency. *Nutr Clin Pract* 2019 Aug;34(4):490-503. doi: 10.1002/ncp.10321. Epub 2019 May 29. PMID: 31144371.
- 3) Organisation mondiale de la Santé, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments. *GFF_Part_2*. 2011.379
- 4) Gehrig KA, Dinulos JG. Acrodermatitis due to nutritional deficiency. *Curr Opin Pediatr*. 2010 Feb;22(1):107-12. doi: 10.1097/MOP.0b013e328335107f. PMID: 19966568.
- 5) Scrivener Y. Dermatoses carentielles. *Encycl Med Chir In : Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS. Dermatologie*. Paris :2003 : 98-870-A-10.
- 6) NLakdawala JM. Grant-Kels Acrodermatitis caused by nutritional deficiency and metabolic disorders. *Clinics Dermatol* 2017 ; 35
- 7) Schlomer T, Di Iucca J, Bart PA. Manifestations cutanées de carences nutritionnelles, ou quand l'examen de la peau alimente le diagnostic. *Rev Med Suisse* 2019 ; 15 : 2125-30
- 8) MacDonald A, Forsyth A. Nutritional deficiencies and the skin. *Clin Experimental Dermatol* 2005;30:388-90
- 9) FAO. Nutrition dans les pays en développement: la pellagre, cause et épidémiologie. *Arch de doc de la FAO*, 2007
- 10) Palokinam T Pitche . Pellagre et érythèmes pellagroïdes. *Cahiers d'études et de recherches francophone Santé* 2005;15(3):205-208.
- 11) Chabchoub I, Souissi A, Alaoui FZ, Saad, Sajad, Mokni, Mourad. La pellagre : un diagnostic à ne pas méconnaître. *Rev Méd Interne*. 2019 40. Doi :A114.10.1016/j.revmed.2019.03.117.
- 12) Küry S, Bézieau S and Jean-Paul Moisan JP. Bases moléculaires de l'acrodermatite entéropathique. *Med Sci (Paris)* 2004 ; 20 (12) 1070-1072 DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/200420121070>
- 13) Ouadi Z, Hocar O, Akhdari N, Amal S. La carence en zinc chez l'enfant : du diagnostic au traitement. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2017 ; 30(3) 118-121, ISSN 0987-7983, <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2017.01.006>.
- 14) Danbolt N. Acrodermatitis enteropathica. *Br J Dermatol* 1979; 100 : 37-40. [Google Scholar]
- 15) Martínez-Bustamante ME, Peña-Vélez R, Almanza-Miranda E, Aceves-Barrios CA, Vargas-Pastrana T, Morayta-Ramírez Corona ARR. Acrodermatitis enteropática [Acrodermatitis enteropathica]. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2017 Jul-Aug;74(4):295-300. Spanish. doi: 10.1016/j.bmhmx.2017.05.002. Epub 2017 Jul 5. PMID: 29382519.



Figure 1 : Patient 1 avec pellagre à l'examen clinique initial



Figure 2 : Patient 1 avec pellagre après le traitement



Figure 3 : Patient 2 avec Acrodermatitis enteropathica



Figure 4 : Patient 2 après 5 jours de supplémentation en zinc