

**BURKINA FASO**  
Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE NAZI BONI  
(UNB)**



**INSTITUT SUPERIEUR DES  
SCIENCES DE LA SANTE  
(IN.S.SA)**



Année Universitaire : 2017-2018

Thèse N° -149

**LE PSORIASIS DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU  
CHU SOURO SANOU: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES,  
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 21 JUIN 2018  
Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**  
(Diplôme d'Etat)

Par  
**SANON Koghognini Bénédicte**

Née le 09/02/1991 à Ouagadougou (Burkina Faso)

| <b>JURY</b>  |   |
|--|---|
| <b>Directeur de Thèse</b><br>Pr ANDONABA Jean Baptiste<br>Maître de Conférences Agrégé | <b>Président :</b><br>Pr KYELEM Carole Gilberte<br>Maître de Conférences Agrégé |
| <b>Co-directeur de Thèse</b><br>Dr DIALLO Boukary<br>Maître Assistant                  | <b>Membres :</b><br>Dr DIALLO Boukary<br>Dr SOURABIE Yacouba<br>Dr KERE Moussa  |

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE  
L'INNOVATION

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
UNIVERSITE NAZI BONI  
01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01  
Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax (226) 20 98 25 77

-----  
**INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES  
DE LA SANTE (IN.S.SA)**  
**Tél. (226) 20 95 29 90**



Savoir-Excellence-Conscience

**BURKINA FASO**  
Unité-Progrès -Justice

**DIRECTION**

## **ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE**

Par délibération, le conseil scientifique de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (IN.S.SA) arrête : « les opinions émises dans les thèses doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation. »

Pour le conseil scientifique

Le Directeur de l'INSSA

**MCA Rasmané BEOGO**  
**Chevalier de l'Ordre national**

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT

SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET  
DE L'INNOVATION

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE NAZI BONI

01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01

Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax (226) 20 98 25 77

**INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES**

**DE LA SANTE (IN.S.SA)**

**Tél. (226) 20 95 29 90**



Savoir-Excellence-Conscience

**BURKINA FASO**

Unité-Progrès -Justice

**DIRECTION**

---

## **LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)**

***(ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018)***

.....

Directeur

MCA Rasmané BEOGO

Directeur Adjoint

MCA Téné Marceline YAMEOGO

Chef du département médecine et spécialités

MCA Téné Marceline YAMEOGO

Médicales

Chef du département de Gynécologie- Obstétrique

MCA Souleymane OUATTARA

Chef de département de Santé publique

MCA Léon G. Blaise SAVADOGO

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Directeur des stages  | MCA Patrick DAKOURE W. H   |
| Chef du département de Pédiatrie                            | Dr K. Raymond CESSOUMA     |
| Chef du département des Sciences<br>fondamentales et mixtes | MCA Sanata BAMBA           |
| Coordonnatrice Section Médecine                             | MCA Carole Gilberte KYELEM |
| Coordonnatrice Section Pharmacie                            | MCA Sanata BAMBA           |
| Secrétaire principal  | M. SeydouBANCE             |
| Chef du Service Administratif et Financier                  | M. Mahamadi OUEDRAOGO      |
| Chef du Service de la Scolarité                             | M. Yacouba YAMBA           |
| Responsable du Service des ressources humaines              | M. Seydou BANCE            |
| Responsable de la Bibliothèque                              | Mme.Haoua TALL             |
| Secrétaire du Directeur                                     | Mme Olga OUEDRAOGO         |

# LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....

*(ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018)*

.....

## 1. PROFESSEURS TITULAIRES

- |                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. Blami DAO*        | Gynécologie-obstétrique         |
| 2. Macaire OUEDRAOGO | Médecine interne/Endocrinologie |

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 1. Souleymane OUATTARA     | Gynécologie-obstétrique                   |
| 2. Issiaka SOMBIE**        | Epidémiologie                             |
| 3. Jean Baptiste ANDONABA  | Dermatologie-vénérologie                  |
| 4. Zakari NIKIEMA          | Imagerie médicale                         |
| 5. Léon Blaise SAVADOGO    | Epidémiologie                             |
| 6. Patrick W.H. DAKOURE    | Orthopédie-Traumatologie                  |
| 7. Téné Marceline YAMEOGO  | Médecine interne                          |
| 8. Abdoulaye ELOLA         | ORL                                       |
| 9. Sanata BAMBA            | Parasitologie-Mycologie                   |
| 10. Rasmané BEOGO          | Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale |
| 11. Jean WenceslasDIALLO   | Ophtalmologie                             |
| 12. G. E Armel PODA        | Maladies infectieuses                     |
| 13. Carole Gilberte KYELEM | Médecine interne                          |
| 14. Abdoul Salam OUEDRAOGO | Bactériologie Virologie                   |
| 15. Ibrahim Alain TRAORE   | Anesthésie Réanimation                    |
| 16. Der Adolphe SOME       | Gynécologie obstétrique                   |

## 3. MAITRES- ASSISTANTS

- |                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Bakary Gustave SANON | Chirurgie -Anatomie             |
| 2. Boukary DIALLO       | Dermatologie-vénérologie        |
| 3. Salifou GANDEMA      | Médecine physique/ Réadaptation |
| 4. Aimé Arsène YAMEOGO  | Cardiologie                     |

|                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 5. Sa Seydou TRAORE*              | Imagerie médicale               |
| 6. Raymond CESSOUMA               | Pédiatrie                       |
| 7. Cyprien ZARE                   | Chirurgie                       |
| 8. Emile BIRBA                    | Pneumologie                     |
| 9. SalifoSAWADOGO                 | Hématologie                     |
| 10. Sié Drissa BARRO              | Anesthésie-Réanimation          |
| 11. Aimée DAKOURE/KISSOU          | Pédiatrie                       |
| 12. Ibrahim SANGARE               | Parasitologie générale          |
| 13. Yacouba SOURABIE              | Immunologie                     |
| 14. Jean Baptiste TOUGOUMA        | Cardiologie                     |
| 15. Malick DIALLO                 | Chirurgie orthopédie            |
| 16. Makoura BARRO                 | Pédiatrie                       |
| 17. Richard Wend Lasida OUEDRAOGO | ORL et Chirurgie cervico-facial |
| 18. Adama OUATTARA                | Chirurgie Urologie              |
| 19. Issouf KONATE                 | Dermatologie                    |
| 20. Valentin KONSEGRE             | Anatomie pathologique           |
| 21. Jacques ZOUNGRANA             | Infectiologie                   |
| 22. Adama DEMBELE                 | Gynécologie obstétrique         |
| 23. Nafi OUEDRAOGO                | Physiologie                     |

#### 4. ASSISTANTS

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Moussa KERE         | Psychiatrie              |
| 2. Souleymane FOFANA   | Pharmacologie générale   |
| 3. Mâli KOURA          | Hépto-gastro-entérologie |
| 4. Clément Zièmlé MEDA | Epidémiologie            |
| 5. Mariam HEMA/DOLO    | Ophtalmologie            |
| 6. Mamoudou CISSE      | Parasitologie            |
| 7. Michel GOMGNIBOU    | Biologie moléculaire     |
| 8. Ollo Roland SOME    | Cancérologie             |

\*En disponibilité

\*\*En détachement

Premier doyen de l'IN.S.SA admis à la retraite: **Pr Tinga Robert GUIGUEMDE**

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE  
L'INNOVATION

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE NAZI BONI

01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01

Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax (226) 20 98 25 77

**INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES**

**DE LA SANTE (IN.S.SA)**

Tél. (226) 20 95 29 90



**BURKINA FASO**

Unité-Progrès -Justice

**DIRECTION**

## **LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES**

### ***1. ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'UNB INTERVENANT A L'IN.S.SA***

- |    |                          |                                  |
|----|--------------------------|----------------------------------|
| 1  | AhmedSERE                | : Physique                       |
| 2  | Bétaboalé NAON           | : Physique                       |
| 3  | Georges Anicet OUEDRAOGO | : Biochimie                      |
| 4  | M'Bi KABORE              | : Physique                       |
| 5  | Théodore M. Y. TAPSOBA   | : Maths et Statistiques          |
| 6  | Aboubacar TOGUEYINI      | : Biologie moléculaire/Génétique |
| 7  | Younoussa MILLOGO        | : Chimie                         |
| 8  | Samadou COULIBALY        | : Anglais                        |
| 9  | Golo Seydou BARRO        | : Informatique médicale          |
| 10 | Moussa OUEDRAOGO         | : Chimie                         |

### ***2.ENSEIGNANTS VACATAIRES***

- |   |            |                  |
|---|------------|------------------|
| 1 | Abel KABRE | : Neurochirurgie |
|---|------------|------------------|

|    |                                 |                                  |
|----|---------------------------------|----------------------------------|
| 2  | Adama LENGANI                   | : Néphrologie                    |
| 3  | Idrissa SANOU                   | : Bactériologie/Virologie        |
| 4  | Amadou TOURE                    | : Histologie Embryologie         |
| 5  | André SAMADOULOUGOU             | : Cardiologie                    |
| 6  | Appolinaire SAWADOGO            | : Pathologie digestive           |
| 7  | Arouna OUEDRAOGO                | : Psychiatrie                    |
| 8  | Assita SANOU/LAMIEN             | : Anatomie pathologique          |
| 9  | Athanase MILLOGO                | : Neurologie                     |
| 10 | Boubacar NACRO                  | : Pédiatrie                      |
| 11 | Braïma SESSOUMA                 | : Biochimie                      |
| 12 | Dieu Donné OUEDRAOGO            | : Rhumatologie                   |
| 13 | Djakaria CISSE                  | : Anglais                        |
| 14 | Germain SAWADOGO                | : Biochimie clinique             |
| 15 | Fallou CISSE                    | : Physiologie                    |
| 16 | Nazinigouba OUEDRAOGO           | : Physiologie                    |
| 17 | Norbert RAMDE                   | : Médecine légale et Déontologie |
| 18 | Gerard COULIBALY                | Néphrologie                      |
| 19 | Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI      | : Anatomie pathologique          |
| 20 | Pierre GUISSOU                  | : Pharmacologie générale         |
| 21 | Lassana SANGARE                 | : Bactériologie/Virologie        |
| 22 | Sélouké SIRANYAN                | : Psychiatrie                    |
| 23 | Théophile Lincoln TAPSOBA       | : Biophysique                    |
| 24 | Timothée KAMBOU                 | : Urologie                       |
| 25 | Vincent OUEDRAOGO               | : Médecine du travail            |
| 26 | Hama DIALLO                     | : Bioéthique                     |
| 27 | Zékiba TARNAGDA                 | : Maladies infectieuses          |
| 28 | Mme Liliane DABIRE/MEDA         | : Anglais                        |
| 29 | Mme Mathurine C.KOULIBALY/KANKO | : Anglais                        |
| 30 | Zan KONE                        | : Médecine traditionnelle        |
| 31 | Hermann G. L BELEMLILGA         | : Anatomie et Chirurgie Générale |
| 32 | Sandrine LOMPO                  | : Médecine du Travail            |
| 33 | Martial OUEDRAOGO               | : Pneumologie                    |

|    |                                |                                  |
|----|--------------------------------|----------------------------------|
| 34 | Abdoul Karim PARE              | : Anatomie et Chirurgie générale |
| 35 | Massadiami SOULAMA             | : Anatomie et Traumatologie      |
| 36 | Sié Benoît DA                  | : Psychiatrie                    |
| 37 | Ibraïma TRAORE                 | : Anatomie et Stomato            |
| 38 | TouaAntoine COULIBALY          | : Anatomie et Stomato            |
| 39 | Rasmata OUEDRAOGO              | : Bactériologie/ Virologie       |
| 40 | W Joëlle ZABSONRE/TIENDREBEOGO | : Rhumatologie                   |
| 41 | Aoua SEMDE                     | : Néphrologie                    |
| 42 | Adébowalé Anatole LALEYE       | : Histologie Embryologie         |
| 43 | Abbé Emmanuel NABALOUM         | : Ethique médicale               |

**DEDICACES**

## **DEDICACES**

### **Au Père tout Puissant,**

Seigneur, merci pour la vie, pour tout ce qui arrive dans ma vie, spécialement pour ce jour béni. Je ne puis que vous louer pour vos bienfaits. A vous la gloire, à vous les louanges pour toujours.

### **A la Sainte Vierge Marie,**

Maman Marie tu as toujours été présente dans ma vie; merci pour ton soutien incommensurable.

### **A mon Père, Dr SANON Bakary Gustave**

Papa les mots me manquent pour exprimer mon affection, mon estime, pour toi. Tu nous as appris que le travail était la source d'affranchissement vers la liberté. Tu t'es battu pour être un exemple, une référence pour nous. Si j'en suis là, c'est grâce à toi. Puisse ce travail te rendre fière de moi.

### **A ma mère SANON Odile,**

Maman, tu as toujours été présente pour moi. Pour nous, tes enfants tu t'es battu pour nous donner toutes les chances pour réussir. Tes prières et bénédictions nous ont toujours accompagnés. Puisse-tu trouver, dans la réalisation de ce travail, l'aboutissement de tes efforts ainsi que l'expression de ma plus affectueuse gratitude.

**A mes grand parents,** merci pour tout le soutien et l'amour exemplaire que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours. Puisse le tout Puissant vous accordez une longue vie pleine de bonheur

### **A mon trésor, Dr OUEDRAOGO Rasmané**

Comme tu le sais, j'ai traversé des moments si difficiles que plus d'une fois j'ai pensé que je ne verrai jamais le bout du tunnel. A chacun de ces moments, tu étais là pour me reconforter et m'aider à avancer. J'ai toujours pu compter sur toi. Merci d'être mon meilleur ami, mon âme sœur. Que le Seigneur nous accorde un avenir meilleur.

## **A la prunelle de mes yeux, Seguenam Sou Rayhan Raphaël OUEDRAOGO**

Mon boss à moi, tu es ma source d'inspiration. Ta présence est une grâce inestimable. Je te dédie ce travail pour te dire que tu es ce rayon de soleil qui illumine ma vie. Je te souhaite tout le bonheur du monde; maman t'aime.

**A mes frères et sœur** Boris, Berthe et Innocent, pour les nuits blanches, les moments d'incertitudes, de doutes, merci d'avoir tenu la lanterne de l'espoir. Soyez bénis dans vos vies, puissiez-vous réussir dans vos études. Que l'esprit de famille que nos parents nous ont inculqués nous tiennent à jamais unis. Un pour tous, tous pour un.

**A mes tantes**, Christine, Adéline, Chantale; vous avez toujours cru en moi, vos prières et vos soutiens multiformes m'ont permis d'affronter chaque épreuve avec sérénité.

**A mes oncles** veuillez percevoir à travers ce travail, l'expression de ma profonde affection et énorme respect avec tout l'amour que je vous porte, je vous souhaite beaucoup de bonheur dans votre vie.

**A mon beau père Naaba Tigré, à l'état civil OUEDRAOGO Pousgo Sékou** (in memoriam), je ne vous ai connu qu'un bref instant mais je garde de vous l'image d'un homme bon et juste ; Puisse le Seigneur vous accordez le repos éternel.

**A ma belle-famille**, je ne pourrai exprimer tout le respect que j'ai pour vous .Vos prières, vos encouragements et votre soutien m'ont toujours été d'une grande aide. Puisse Dieu vous combler de santé et bonheur.

**Au plus merveilleux des grand frères** Dr OUATTARA Mohamed, merci pour les conseils, d'être la personne à appeler en cas d'urgence.

**A mes amis** Irène, Anassa, Ablo, Justine, Touré, Edna, Kadi, Madina, OummouKoulsoum, Tibaut, Ali, Ismaël, Sessouma, Roger merci. Pour tous les moments passés ensemble, vos encouragements m'ont permis d'espérer un avenir meilleur.

**Aux stagiaires internés de l'année 2016-2017**, spécialement à KABORE Aboubacar, OUEDRAOGO Edmond, OUEDRAOGO Samuel, SANON Benoît, SOMPOUGDOU Frédéric, SERE Ibrahim, SOME Géraldine; vous avez été formidables. Je vous souhaite une vie professionnelle à la hauteur de vos espérances

**A la 4ème promotion des étudiants de l'INSSA** nous partageons le même rêve, devenir des médecins ; je vous souhaite d'être des médecins responsables avec une vie professionnelle et sociale réussie.

A l'abbé Hervé Alexandre SANON (in memoriam), Théophile SANON (in memoriam), Gabriel SANON (in memoriam) le destin ne nous a pas laissé le temps de jouir de ce bonheur, Puisse Dieu Tout Puissant vous accorder sa clémence sa miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis.

# **REMERCIEMENTS**

## **REMERCIEMENTS**

**A mon Directeur de Thèse Professeur ANDONABA Jean Baptiste,**

Merci de m'avoir permis de faire le stage dans votre service, de m'avoir confié ce travail. Vos conseils nous ont été précieux dans l'élaboration de ce document. Que votre patience, votre rigueur de travail soient pour nous un exemple à suivre. Veuillez accepter, cher maître dans ce travail, mes sincères remerciements et tout le respect que nous vous témoignons.

**Au Dr KONATE Issouf** nous vous remercions sincèrement pour l'aide précieuse et incomparable que vous nous avez prodigué ; merci pour tous vos conseils. Veuillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude et de ma profonde estime.

**Au Professeur MILLOGO Athanase** merci pour tous vos conseils

**Au Dr CESSOUMA K Raymond,** je tiens à travers cette modeste dédicace à vous exprimer tout mon respect. Puisse Dieu vous rétablir et vous procurer sante et bonheur

**Au SUS de Dermatologie Mr OUEDRAOGO Moumouni,** merci pour les encouragements, la convivialité dans laquelle nous avons travaillé.

**A Mme BANIA/ZERBO Safi,** par votre disponibilité et votre dévouement au travail vous constituez un maillon fort dans le bon déroulement du service; merci pour tous ces moments.

**A ZOUNDI Ivette,** ma jumelle du service de Dermatologie merci pour ces moments passés ensemble. Pussions-nous être de bons médecins afin de rendre honneur à nos maîtres et nos familles.

**Aux familles DAO, KASSAMBA, et SOUGUE,** merci pour les encouragements et pour tout le service rendu.

**A Mr TRAORE S Roland,** monenseignant du CP1. Merci d'avoir été cetenseignant, cet encadreur qui arrive à voir l'avenir dans les yeux de chaque enfant. Vous nousavez appris à avoir des grands rêves, et à croire en nos capacités. Puisse le Seigneur vous combler pour votre attention et votre don de soi.

**Aux jécistes** de l'archidiocèse de Bobo Dioulasso merci pour votre soutien indéfectible.

**A Mr DAHOUROU Blaise**, merci pour votre disponibilité et votre apport logistique dans notre travail. Merci pour tout et que le Seigneur vous bénisse.

A tous les agents de santé du CHUSS, merci pour votre participation à notre formation et votre collaboration.

A mes enseignants et camarades de l'école primaire, du lycée et de l'INSSA.

A tous ceux qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail et dont les noms n'ont pu être cités.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Présidente du jury,**

**Maître de conférences agrégée Carole Gilberte KYELEM**

**Vous êtes :**

- **Maitre de conférences agrégée en Médecine interne à l'INSSA de l'Université Nazi BONI**
- **Médecin spécialiste en Médecine interne**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire sur la Drépanocytose**
- **Coordonnatrice de la section Médecine de l'INSSA**
- **Coordonnatrice de stages hospitaliers des 3<sup>èmes</sup> et 4<sup>ème</sup> année de médecine**
- **Chef du service Santé et Sécurité au Travail au CHUSS**

Cher Maître,

C'est un privilège que vous nous faite en acceptant de présider ce jury en dépit de vos multiples occupations. D'approche facile, vous nous avez permis d'apprécier vos qualités humaines et scientifiques. Nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre cursus. L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité, votre sympathie, votre simplicité et votre rigueur dans le travail, forcent l'admiration de tous. Vous êtes et resterez pour nous une référence. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre profond respect. Puisse l'Eternel vous combler d'avantage vous et votre famille.

**A notre Maître et co-directeur de thèse,**

**Le Docteur Boukary DIALLO**

**Vous êtes :**

- **Maître Assistant en Dermatologie et vénéréologie à l'INSSA**
- **Enseignant de dermatologie et vénéréologie à l'INSSA**
- **Vice-président du conseil régional de l'ordre des médecins de Bobo-Dioulasso**

Cher maître votre amour pour le travail bien fait, vos connaissances scientifiques nous ont conduit à vous pour nous coacher sur ce travail. Vous êtes pour nous l'exemple parfait de l'éducateur proche de ses élèves. Votre professionnalisme et vos immenses qualités humaines d'humilité et de compassion font de vous une référence, une valeur sûre dans le monde médical. Vous m'avez considéré comme votre petite-fille ; que la réalisation de ce projet de thèse puisse vous rendre fière de moi. Que le Tout Puissant dans sa bonté vous bénir de milles grâces, de longévité, de santé, et de force.

**A notre Maître et juge**

**Le Docteur Yacouba SOURABIE**

**Vous êtes :**

- **Maître Assistant en immunologie à l'INSSA**
- **Enseignant en immunologie à l'INSSA**
- **Chef du service d'Hématologie-Immunologie au CHUSS**

Nous vous remercions pour le privilège que vous avez accordé en acceptant de siéger dans le jury de cette thèse.

Permettez-nous de vous exprimer notre gratitude et nos remerciements les plus sincères.

**A notre Maître et juge**

**Le Docteur Moussa KERE**

**Vous êtes :**

- **Assistant en psychiatrie à l'INSSA**
- **Médecin spécialisé en psychiatrie au CHUSS**
- **Médecin spécialisé en santé publique**

C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger dans notre honorable jury.

Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de la profession

A travers ce travail recevez le témoignage de mon grand respect.

# **TABLE DES MATIERES**

## Table des matières

|  |        |
|--|--------|
| LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA) ..... | iii    |
| LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA .....  | v      |
| LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES .....   | vii    |
| DEDICACES.....   | xi     |
| REMERCIEMENTS.....   | xv     |
| Table des matières .....   | xxiii  |
| RESUME .....   | xxvii  |
| ABSTRACT:.....   | xxix   |
| SIGLES ET ABRVIATIONS.....   | xxxi   |
| LISTE DES TABLEAUX.....  | xxxiii |
| LISTE DES FIGURES.....   | xxxiii |
| INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME .....   | 1      |
| I - GENERALITES.....   | 5      |
| 1-1 Définition .....   | 5      |
| 1.2. Rappels anatomiques et physiologiques de la peau.....   | 5      |
| 1.2.1 Histologie de la peau .....  | 5      |
| 1.2.2 Physiologie de la kératinisation.....  | 7      |
| 1.3 Etiopathogénie du psoriasis .....  | 8      |
| 1.3.1 Histopathologie .....  | 8      |
| 1.3.2 Génétique .....  | 9      |
| 1.3.3 Immunopathologie.....  | 10     |
| 1.3.4 Facteurs favorisants .....   | 11     |
| 1.4 Signes cliniques .....   | 13     |
| 1.4.1 La forme typique: le psoriasis en plaques .....  | 13     |
| 1.4.2 Les Formes cliniques .....   | 14     |
| 1.5 Evaluation de la sévérité du psoriasis.....  | 18     |
| 1.6 Diagnostic positif: .....  | 18     |
| 1.7 Diagnostic différentiel .....  | 19     |
| 1.8 Evolution et complications .....   | 20     |
| 1.9 Traitement.....  | 20     |
| 1.9.1 Buts.....  | 20     |
| 1.9.2 Moyens thérapeutiques .....  | 20     |
| II. REVUE DE LA LITTERATURE .....  | 28     |
| III- OBJECTIFS .....   | 34     |

|   |    |
|---|----|
| 3.1. Objectif général:.....   | 35 |
| 3. 2.Objectifs spécifiques: .....   | 35 |
| IV-METHODOLOGIE .....   | 36 |
| 4.1. Cadre et champ de l'étude: .....   | 37 |
| 4.2. Type et période d'étude .....  | 37 |
| 4.3. La population d'étude.....   | 37 |
| 4.4. Critères d'inclusion .....   | 37 |
| 4.5. Critères de non inclusion .....  | 38 |
| 4.Echantillonnage .....   | 38 |
| 4.7. Description des variables d'étude .....  | 38 |
| 4.8 Définitions opérationnelles .....   | 41 |
| 4. 9. Techniques et outils de collecte des données .....                                  | 41 |
| V. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....   | 44 |
| VI. RESULTATS .....   | 45 |
| 6.1. Données générales.....   | 46 |
| 6.1.1 Fréquence globale du psoriasis .....  | 46 |
| 6.1.2 Fréquence du psoriasis en fonction de l'année.....                                  | 46 |
| 6. 2 Caractéristiques socio- démographiques des patients psoriasiques.....                | 47 |
| 6.2.1 Sexe .....  | 47 |
| 6.2.2 Age .....   | 47 |
| 6.2.3 Profession.....   | 48 |
| 6.2.4 Provenance.....   | 49 |
| 6.3 Aspects cliniques du psoriasis .....  | 49 |
| 6.3.1 Antécédents médicaux et comorbidités chez les patients psoriasiques.....            | 49 |
| 6.3.2 Facteurs déclenchant identifiés au cours du psoriasis.....                          | 49 |
| 6.3.3 Délai de consultation des patients psoriasiques après le début de leur maladie..... | 50 |
| 6.3.4 Mode évolutif du psoriasis .....  | 50 |
| 6.3.5Impact du psoriasis sur la qualité de vie .....                                      | 50 |
| 6.3.6 Signes fonctionnels et généraux enregistrés au cours du psoriasis.....              | 50 |
| 6.3.7 Fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis .....                       | 51 |
| 6.3.8 Topographie des lésions de psoriasis.....   | 51 |
| 6.4 Aspects thérapeutiques et évolutifs .....   | 53 |
| 6.4.1Traitements administrés au cours du psoriasis .....                                  | 53 |
| 6.4.2 Modalités évolutives du psoriasis sous traitement .....                             | 53 |
| VII. Discussion et commentaires .....   | 57 |
| 7.1. Limites de l'étude .....   | 57 |

|  |    |
|--|----|
| 7. 2. Les aspects épidémiologiques .....                             | 57 |
| 7. 2. 1. La fréquence globale.....                                   | 57 |
| 7. 2. 2. Le sexe .....   | 58 |
| 7. 2. 3. L'âge .....   | 59 |
| 7.2.4 Profession.....  | 59 |
| 7.2.5Provenance.....   | 60 |
| 7.3 Aspects cliniques.....   | 60 |
| 7.3.1 Antécédents médicaux et comorbidités .....                     | 60 |
| 7.3.2 Facteurs déclenchants .....                                    | 60 |
| 7.3.3 Délai de consultation après le début de la maladie.....        | 61 |
| 7-3-4 L'impact du psoriasis sur la qualité de vie.....               | 61 |
| 7-3-5 Fréquence des signes fonctionnels et généraux .....            | 61 |
| 7-3-6 Fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis.....   | 61 |
| 7-4 Aspects thérapeutiques et évolutifs.....                         | 62 |
| 7-4-1 Différents traitements administrés au cours du psoriasis ..... | 62 |
| 7-4-2 Modalités évolutives sous traitements .....                    | 62 |
| CONCLUSION .....   | 65 |
| SUGGESTIONS.....   | 67 |
| REFERENCES .....   | 69 |
| ICONOGRAPHIE .....   | 76 |



**RESUME**

## RESUME

**Introduction:** Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à expression principalement cutanée et accessoirement articulaire. Réputée rare sur peau noire, elle touche fréquemment les jeunes adultes et peut être source de gêne pour le patient. Notre étude avait pour but de contribuer à une meilleure connaissance de cette pathologie dans le service de dermatologie du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso.

**Méthodologie:** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive à collecte rétrospective sur une période de 8 ans (2010 - 2017), concernant tout patient reçu en consultation pour psoriasis.

**Résultats:** L'étude a concerné 146 patients; la prévalence du psoriasis était de 1,48 %, le sex-ratio de 2,10 et l'âge moyen de  $36 \pm 16,72$  ans. La tranche d'âge des 21 à 30 ans (23,29%). et les professions "élèves ou étudiants" (24,66%), et "fonctionnaires et assimilés" (17,81%) étaient les plus concernées. Les antécédents médicaux retrouvés chez les psoriasiques étaient essentiellement: un épisode antérieur de psoriasis chez 17 patients (11,64%), une notion de cas de psoriasis dans la famille chez 6 patients (4,10%), une infection par le VIH chez 4 patients (2,73%) et un cas de diabète (0,67%). Le stress était le premier facteur déclenchant incriminé. Le psoriasis évoluait sur le mode chronique dans 45,21% des cas. Le prurit était présent dans 16,59 % des cas, et 87 patients avaient signalé ressentir une gêne causée par la maladie. Le psoriasis en plaques avec 84,9% des cas, constituait la forme clinique la plus fréquente, comprenant le psoriasis cutané en plaques limitées (48,63 %), le psoriasis universalis (15,75 %), et le psoriasis en plaques du cuir chevelu (15,75 %). Les localisations les plus fréquentes des lésions psoriasiques étaient le cuir chevelu, les paumes et plantes des pieds, les régions lombosacrées et les coudes avec respectivement 16,94%, 13,55%; 12,71% et 11,86%. Les formes graves étaient représentées essentiellement par l'érythrodermie (2,74%) et l'on dénombrait 11 cas infantiles. La confirmation histologique était rare et a été nécessaire chez 03 patients. Le traitement faisait appel aux dermocorticoïdes dans 75,35% des cas, parfois associés à un kératolytique dans 13,70% des cas ou au méthotrexate ou à un émollient. L'évolution clinique était favorable dans 92,56% des cas à un mois de traitement.

**Conclusion:** Le psoriasis est une pathologie relativement fréquente en consultation dermatologique à Bobo-Dioulasso. Le psoriasis en plaques constituait la forme prépondérante et le cuir chevelu la localisation la plus fréquente. Quelques cas graves étaient observés. La corticothérapie locale permettait une amélioration clinique dans la plupart des cas au bout d'un mois.

**Mots Clés:** psoriasis, épidémiologie, clinique, thérapeutique, Bobo-Dioulasso

**Auteur:** SANON K Bénédicte Téléphone: 72 82 10 62 Email: sanonbenedicte@yahoo.fr



**ABSTRACT**

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Psoriasis is a chronic inflammatory disease with cutaneous signs principally but also articular expression. It is pathology rare on black skin which affects young adults and can be a source of embarrassment for the patient. Our study aim was to contribute to a better knowledge of this pathology in the dermatology's department of Sourô Sanou Teaching Hospital in Bobo-Dioulasso.

**Methodology:** It was a cross-sectional descriptive study with retrospective collection of all the patients who have consulted for psoriasis within a period of 8 years (2010 - 2017).

**Results:** The study included 146 patients with a prevalence of 1.48%. The sex ratio was 2.10 and the mean age  $36 \pm 16.72$  years. The most affected persons was those of 21 to 30 years old (23.29%) age group, pupils and students" 24.66% and state workers [17.81%]. Principal medical antecedents found was: a previous episode of psoriasis in 17 cases, [11.64%], notion of psoriasis in the family in 6 cases (4; 10%), HIV infection in 4 cases (2.73%) and diabetes (0.67%); tress being the first triggering factor. Psoriasis became chronic for 1/3 patients (45.21%). Pruritus was present in 20 patients, and 87 patients reported feeling discomfort because of their disease. T plaque psoriasis was the most common clinical form with 128 cases (84.9%) divided in limited skin plaques (48.63%), profus or universalis plaque (15.75 %) and scalp plaque (15.75%). The scalp, palms and soles of the feet, lumbosacral areas and elbows were the locations of lesions most found with respectively 16.94%; 13.55 %; 12.71% and 11.86%. Histological confirmation was rare but necessary for 03 patients. Dermocorticoids were prescribed in 75.35% of cases and associated to a keratolytic in 13.70% cases or with methotrexate or an emollient. The clinical course was favorable in 92.56% of cases at one month of treatment.

**Conclusion:** Psoriasis is a relatively frequented in dermatological consultation in Bobo-Dioulasso. Plaque psoriasis was the most frequent form and scalp the most common location. The treatment based on local corticotherapy was frequently efficient after one month.

**Key words:** psoriasis, epidemiology, clinical, therapeutic, Bobo-Dioulasso

**Author:** SANON K Bénédicte Phone NUMBER: 72 82 10 62 Email: sanonbenedicte@yahoo.fr

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## SIGLES ET ABRVIATIONS

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>AINS :</b>    | Anti-inflammatoires non stéroïdiens              |
| <b>AMM :</b>     | Autorisation de mise sur le marché               |
| <b>APS :</b>     | Antipaludéens de synthèse                        |
| <b>ARA II :</b>  | Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II |
| <b>CASPAR:</b>   | Classification of Psoriatic Arthritis            |
| <b>CPA :</b>     | Cellule présentatrice d'antigène                 |
| <b>DC:</b>       | Dermocorticoïdes                                 |
| <b>DLQI:</b>     | Dermatology life quality index                   |
| <b>HDLc:</b>     | High density lipoprotein                         |
| <b>HLA:</b>      | Human Leucocyte antigen                          |
| <b>HTA:</b>      | Hypertension artérielle                          |
| <b>IFN:</b>      | Interféron                                       |
| <b>IL:</b>       | Interleukine                                     |
| <b>IL-23 R :</b> | Récepteur de l'IL-23.                            |
| <b>IMC:</b>      | Indice de masse corporelle                       |
| <b>LDLc:</b>     | Low density lipoprotein                          |
| <b>MTX:</b>      | Méthotrexate                                     |
| <b>ORL:</b>      | Oto-Rhino-Laryngologie                           |
| <b>PASI:</b>     | Psoriasis area severity index                    |
| <b>PDE4:</b>     | Phosphodiesterase                                |
| <b>PR :</b>      | Poly arthrite Rhumatoïde                         |
| <b>PSORS:</b>    | Psoriasis Susceptibility                         |
| <b>PUVA:</b>     | Photothérapie par ultraviolet A                  |
| <b>RP:</b>       | Rhumatisme psoriasique                           |
| <b>SM:</b>       | Syndrome métabolique                             |
| <b>SpA:</b>      | Spondyloarthrite                                 |
| <b>TGF:</b>      | Transforming growth factor                       |
| <b>Th17:</b>     | Helper type 17 (Lymphocyte)                      |
| <b>TNF:</b>      | Tumor necrosis Factor                            |
| <b>UVB:</b>      | Ultraviolet B                                    |
| <b>VIH :</b>     | Virus de l'immunodéficience humaine              |
| <b>VLDL:</b>     | Very low density lipoprotein                     |

# **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

## LISTE DES TABLEAUX

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Tableau I : Gènes et variantes associés au psoriasis.....   | 10                                 |
| Tableau II: Critères de classification CASPAR du psoriasis arthropathique .....                             | 17                                 |
| Tableau III: Classification des DC selon leur niveau d'activité .....                                       | 22                                 |
| Tableau IV: Caractéristiques des principales molécules utilisées en biothérapie.....                        | 25                                 |
| Tableau V : Tableau synoptique de la revue de la littérature .....  | 28                                 |
| Tableau VI: Définitions opérationnelles des variables .....   | 38                                 |
| Tableau VII: Répartition des cas de psoriasis et leur fréquence en fonction de l'année .....                | 46                                 |
| Tableau VIII: Répartition des cas de psoriasis selon le sexe et la tranche d'âge. ....                      | 48                                 |
| Tableau IX: Répartition par fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis .....                   | 51                                 |
| Tableau X: Répartition des patients en fonction de la topographie des lésions du psoriasis en plaques ..... | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Tableau XI: Score PASI (Psoriasis Area Severity Index) .....  | 88                                 |
| Tableau XII: Dermatology life quality index (DLQI) ou Index de qualité de vie .....                         | 89                                 |

## LISTE DES FIGURES

|  |    |
|--|----|
| Figure 1: Schéma d'une coupe histologique de peau .....  | 6  |
| Figure 2: Immunopathologie du psoriasis .....  | 11 |
| Figure 3: Répartition par tranches d'âge des cas de psoriasis.....   | 47 |
| Figure 4: Répartition des cas de psoriasis en fonction de leur profession .....  | 48 |
| Figure 5: Répartition des différents facteurs déclenchant identifiés chez les patients psoriasiques .....                        | 49 |
| Figure 6: Répartition des patients selon le mode évolutif de la maladie à l'admission .....                                      | 50 |
| Figure 7: Répartition des produits utilisés dans le traitement du de psoriasis .....   | 53 |
| Figure 8: Répartition des cas de psoriasis en fonction des modalités évolutives au 1er, au 3ème et 6ème mois de traitement ..... | 54 |

**INTRODUCTION ET ENONCE  
DU PROBLEME**

## INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à expression principalement cutanée et accessoirement articulaire [1]. Sa lésion typique est une plaque érythémato-squameuse, arrondie ou ovale, légèrement surélevée, aux limites bien nettes [2]. Mais le psoriasis est une maladie très polymorphe suivant l'aspect, la taille, l'étendue et le siège des lésions. Selon les cas, l'érythème ou la desquamation peuvent être au premier plan avec des formes extrêmes purement érythémateuses (dans les plis par exemple, ou sur le visage) et des formes très hyperkératosiques, crétacées (notamment au niveau des pieds, des mains, du cuir chevelu). Les ongles et le cuir chevelu ainsi que les muqueuses génitales sont aussi fréquemment atteints.

Si la grande majorité des psoriasis reste très localisée et ne constitue qu'une gêne mineure, il existe des psoriasis dits graves (psoriasis pustuleux, érythrodermique, arthropathique) et des formes retentissant sévèrement sur l'état psychique et/ou sur la qualité de vie du patient. C'est le cas au cours des formes étendues, des formes résistant au traitement, ou occasionnant un important préjudice esthétique ou fonctionnel lorsqu'elles sont localisées au visage ou aux mains.

Le psoriasis est souvent isolé, mais il s'associe parfois à des affections générales: maladies inflammatoires chroniques du tube digestif, cancers, syndrome métabolique, (obésité, anomalies lipidiques, hypertension artérielle).

Au plan physiopathologique, le psoriasis implique des facteurs génétiques liés au système HLA, des anomalies immunologiques portant sur les lymphocytes T CD4+, le TNF $\alpha$ , l'interleukine 17 notamment, des facteurs environnementaux infectieux, médicamenteux et psychologiques.

Il s'agit d'une dermatose dont la prévalence au niveau mondial est d'environ 2%. Cette prévalence varie cependant à travers différentes régions du monde [3]. En France elle touche environ 5% de la population générale [3], en Norvège, 8,5% [3]. Dans les états de Trinité et Tobago en Amérique du Sud une prévalence de 5,1% a été rapportée [4]. Les données épidémiologiques du psoriasis suggèrent par ailleurs une faible prévalence chez les sujets non caucasiens comparés aux caucasiens (2,5% chez les patients caucasiens contre 1,3% chez les patients afro-américains) [5]

Les études épidémiologiques précises portant sur de grands échantillons de populations sont toutefois rares voire absentes en Afrique; les données disponibles sont essentiellement celles des études faites en milieu hospitalier. Ainsi, en Afrique du Nord, la prévalence des cas de psoriasis vus en médecine générale et en dermatologie était estimée à 0,36% en Algérie, à 0,11% au Maroc, et 0,35% en Tunisie, avec une prévalence de 0,23% en milieu hospitalier au Maghreb [6]. Une prévalence faible a été aussi notée en Afrique de l'Ouest avec respectivement 0,05% au Mali, 0,09% au Nigeria [4], de 0,3% à 0,8% au Sénégal [7,8] et 0,5% en Côte d'Ivoire [9].

Au Burkina Faso, peu d'études ont été menées à ce jour, permettant de caractériser le psoriasis et sa prise en charge; les données disponibles sont celle d'une étude sur le profil du psoriasis en milieu hospitalier à Ouagadougou de 2009 à 2011, où une prévalence hospitalière de 0,56 % avait été enregistrée [10]. A Bobo-Dioulasso, une étude sur les aspects épidémiologiques des affections dermatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou(CHUSS) de Bobo-Dioulasso avait trouvé une fréquence du psoriasis de 1,7% des consultations en dermatologie entre 2002 et 2008(65 cas/3815) [11].

Dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de cette affection, nous nous proposons d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques du psoriasis dans le service de Dermatologie du CHUSS de Bobo–Dioulasso.

# **GENERALITES**

# **I - GENERALITES**

## **1-1 Définition**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire cutanée chronique caractérisée par deux composantes physiopathologiques essentielles: une prolifération et une différenciation anormale des kératinocytes de l'épiderme et une inflammation du derme où les lymphocytes T et les cytokines qu'ils produisent jouent le rôle essentiel. C'est une maladie en général bénigne, qui ne met pas en jeu le pronostic vital mais qui, des fois, est à l'origine d'un retentissement grave sur la qualité de la vie.

Dans sa forme typique, le psoriasis se caractérise par des lésions érythémateuses et squameuses prédominant aux zones de friction, évoluant par poussées et pouvant s'accompagner d'atteintes extra-cutanées, notamment articulaires.

Dans les cas graves, l'atteinte cutanée peut être généralisée (érythrodermie), s'accompagner d'un rhumatisme inflammatoire (psoriasis arthropathique) ou être pustuleuse (psoriasis pustuleux).

Le psoriasis est une maladie complexe impliquant des facteurs génétiques et de nombreux facteurs environnementaux qui révèlent la maladie et favorisent les poussées.

Pour bien comprendre les manifestations cliniques et les aspects histo-pathologiques de la maladie, il faut connaître l'histologie et la physiologie de la peau.

## **1.2. Rappels anatomiques et physiologiques de la peau**

### **1.2.1 Histologie de la peau**

La peau est une barrière entre les milieux extérieur et intérieur de notre corps. Il s'agit d'un organe complexe dont le fonctionnement a deux finalités :

- la première, est d'assurer la communication entre notre propre organisme et le milieu environnant;
- la deuxième, de protéger notre organisme contre les agressions extérieures.

Sur le plan histologique, la peau est constituée de 2 parties principales:

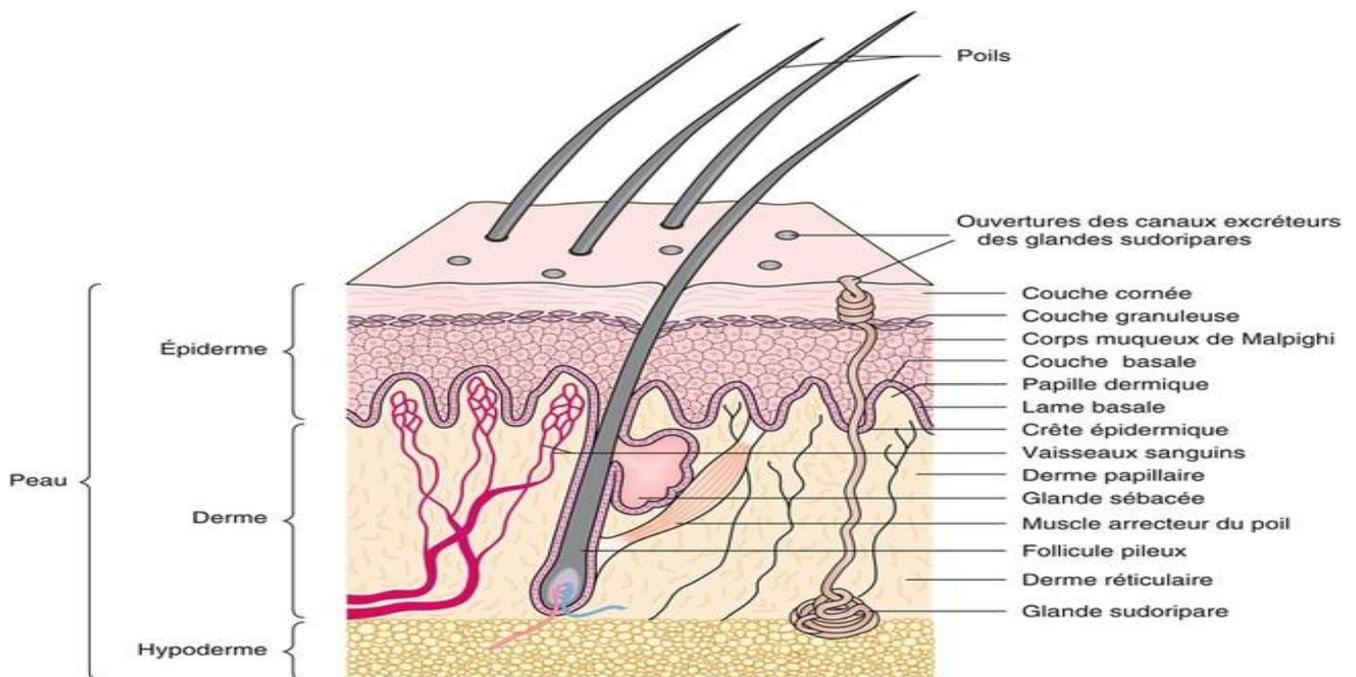
- une partie superficielle externe qui constitue l'épiderme
- une partie interne, plus épaisse, constituée du derme et de l'hypoderme. A ce niveau, se trouvent les annexes de la peau constitués de glandes et de phanères.

L'ensemble peau et phanères constitue le tégument.

Les lésions de psoriasis intéressent à la fois l'épiderme et le derme.

La figure 1 illustre une coupe histologique de la peau [13].

Au niveau des lésions de psoriasis, l'épiderme est épaissi dans son ensemble surtout aux dépens de la couche épineuse, avec une accentuation de l'ondulation de la jonction dermo-épidermique et épaissement la couche cornée (hyperkératose) à l'origine des squames abondantes et épaisses (cf. histologie, page 18).



**Figure 1: Schéma d'une coupe histologique de peau**

### Les annexes de la peau

Les glandes cutanées sont:

- ✓ les glandes sudoripares éccrines,
- ✓ les glandes sudoripares apocriines et
- ✓ les glandes sébacées.

Les phanères comprennent les

- ✓ ongles,
- ✓ les cheveux

### **1.2.2 Physiologie de la kératinisation**

L'épiderme mesure suivant les zones de l'organisme 1 à 4 millimètres ; il est en constant renouvellement. C'est un épithélium stratifié pavimenteux orthokeratosique. Les kératinocytes représentent 80% des cellules de l'épiderme. Le kératinocyte migre à travers l'épiderme depuis les couches basales jusqu'aux cellules cornées en 3 semaines en moyenne pour une peau normale. Les kératinocytes de l'épiderme peuvent être divisés en 4 couches qui sont de la profondeur à la surface : la couche basale où ils ont un maximum d'activité proliférative, la couche spinuse, la couche granuleuse et la couche cornée. Au fur et à mesure de leur montée dans l'épiderme, les kératinocytes perdent cette fonction de prolifération pour entrer dans une phase de différenciation qui aboutit à la couche cornée. Les kératinocytes basaux comprennent trois populations :

- Les cellules souches de l'épiderme que l'on retrouve particulièrement au niveau des crêtes épidermiques interpapillaires ;
- Les cellules amplificatrices qui se divisent avant d'entrer dans les compartiments de différenciations;
- Les cellules post mitotiques qui restent en position basale

Au cours de sa migration au sein de l'épiderme, le kératinocyte voit apparaître en plus des filaments de kératine au sein du cytoplasme, des granulations basophiles qui sont bien identifiées au niveau de la couche granuleuse, couche où apparaissent les marqueurs de la différenciation terminale de l'épiderme. Les hémidesmosomes accrochent les kératinocytes basaux à la matrice extracellulaire et les desmosomes aux kératinocytes.

La différenciation épidermique peut être considérée comme un processus de maturation continue et orientée de kératinocytes avec des changements morphologiques et biochimiques, le tout aboutissant à la formation de la couche protectrice superficielle constamment renouvelée.

#### **➤ Fonctions de la peau**

Elles sont multiples, souvent méconnues. Toute altération de la peau retentit sur une ou plusieurs fonctions. Il s'agit essentiellement du rôle de:

- ✓ Maintien de la température corporelle
- ✓ Barrière de protection du milieu extérieur
- ✓ Organe sensoriel
- ✓ Organe immunitaire
- ✓ Organe de vascularisation
- ✓ Organe de synthèse de substances essentielles à notre organisme
- ✓ Organe modulant « la thymique »
- ✓ Organe de la relation sociale et de la communication.

### **1.3 Etiopathogénie du psoriasis**

De manière générale, le psoriasis est une affection multifactorielle impliquant l'interaction de plusieurs facteurs pathogéniques où de nombreux gènes de susceptibilité, des mécanismes immunologiques et des facteurs déclenchant environnementaux (infectieux, psychologiques et médicamenteux), se combinent pour aboutir à la survenue des lésions caractérisant la pathologie.

#### **1.3.1 Histopathologie**

Les altérations histologiques des lésions cutanées comportent deux mécanismes fondamentaux, vraisemblablement reliés entre eux:

- d'une part, une prolifération accrue des cellules épithéliales de l'épiderme (les kératinocytes), qui se divisent plus rapidement et de façon massive par rapport à la peau normale; ces cellules atteignent la surface cutanée en 7-10 jours, donc beaucoup plus rapidement que dans un épiderme normal (28-50 jours), d'où leur maturation incomplète, traduite par la parakératose;
- d'autre part, une infiltration du derme et de l'épiderme par des cellules pro-inflammatoires (lymphocytes T, polynucléaires neutrophiles, cellules dendritiques) qui exercent une influence importante sur les kératinocytes, sur les cellules endothéliales et les fibroblastes du derme.

### 1.3.2 Génétique

Il s'agit d'une maladie à prédisposition génétique, à transmission polygénique. Selon des études d'enquête familiale, 30 à 50% des patients psoriasiques ont un antécédent familial chez un parent au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré et le risque de survenue du psoriasis chez un frère ou sœur d'un cas « index » est estimé à 6,6%, soit un risque relatif de 3 par rapport à la population générale. De même, des études épidémiologiques de population ont permis de mettre en évidence deux grands types de psoriasis:

- le psoriasis de type I qui se déclare chez le sujet jeune (avant 30 ans), d'évolution assez sévère, avec d'importants antécédents familiaux de psoriasis et une liaison préférentielle au complexe majeur d'histocompatibilité de classe I, (HLA Cw6).
- Le psoriasis de type II où la maladie se déclare chez le sujet plus âgé (après 50 ans), de façon sporadique (sans antécédent familial), sans liaison au HLA Cw6 et où son évolution est plus bénigne [14].
- La susceptibilité génétique a été rattachée à plusieurs régions chromosomiques distinctes. Neuf d'entre elles correspondent à des loci de susceptibilité désignés par PSORS 1 à 9 (Psoriasis Susceptibility I à IX) [15].

Le PSOR1 est le locus de susceptibilité le plus identifié en association avec la maladie. Il est situé sur le chromosome 6p21 au sein du complexe majeur d'histocompatibilité de type 1; il serait impliqué dans 30% à 50% des cas de psoriasis en plaques de type I c'est HLA-Cw\*0602 qui semble être l'allèle porteur de susceptibilité.

Plusieurs autres gènes de susceptibilité ont cependant été identifiés comme l'indique le tableau I [16]

**Tableau I : Gènes et variantes associés au psoriasis**

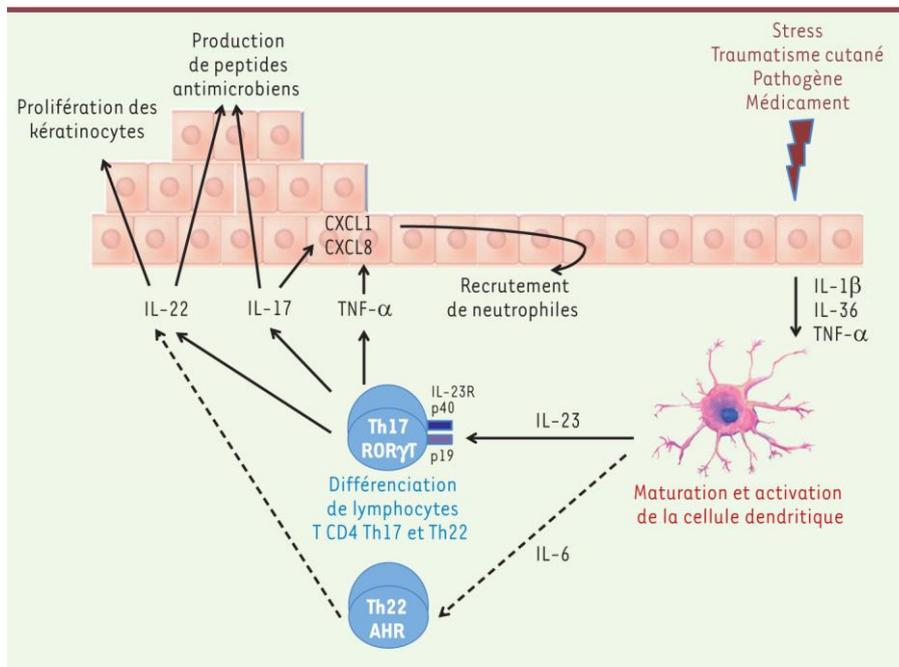
| <i>Gene</i>               | <i>Gene title</i>  | <i>Chromosome band</i> | <i>Polymorphism(s) location</i>                   |
|---------------------------|--|------------------------|---|
| <i>IL-10</i>              | Interleukin 10   | 1q31-q32               | Promoter (microsatellite)                         |
| <i>IL-12B/p40 subunit</i> | Interleukin 12B  | 5q31.1-q33.1           | Upstream gene, 3'-UTR (SNP)                       |
| <i>IL-19/IL-20/IL-24</i>  | Interleukin 19/interleukin 20/<br>interleukin 24                                 | 1q32                   | Haplotype   |
| <i>IL-23R</i>             | Interleukin 23 receptor precursor  | 1p31.3                 | Missense alteration                               |
| <i>IRF2</i>               | Interferon regulatory factor 2   | 4q35.1                 | Non-coding SNP                                    |
| <i>MGST2</i>              | Microsomal glutathione<br>S-transferase 2  | 4q28.3                 | Gene disruption/non-coding SNP                    |
| <i>PTPN22</i>             | Protein tyrosine phosphatase,<br>non-receptor type 22                            | 1p13.3-p13.1           | Two associated haplotypes in<br>German psoriatics |
| <i>RAPTOR</i>             | Regulatory associated protein of<br>mTOR   | 17q25                  | Non-coding SNPs                                   |
| <i>SLC12A8</i>            | Solute carrier family 12 member<br>A8  | 3q21                   | Non-coding haplotype in Swedish<br>families       |
| <i>SLC9A3R1/NAT9</i>      | Solute carrier family 9 (sodium/<br>hydrogen exchanger), member 3<br>regulator 1 | 17q25.1                | Non-coding SNPs/haplotype                         |
| <i>SUMO4</i>              | Small ubiquitin-like modifier 4<br>protein                                       | 6q25.1                 | M55V  |
| <i>TNF</i>                | Tumor necrosis factor  | 6p21.3                 | Promotor SNPs                                     |

### 1.3.3 Immunopathologie

Les mécanismes immunopathologiques du psoriasis sont illustrés par la figure 2.

Sous l'influence du stress, de traumatismes cutanés, ou après l'infection par certains pathogènes ou la prise de certains médicaments, la production d'IL-1b, d'IL-36 et de TNF- $\alpha$  par les kératinocytes active la cellule dendritique. Celle-ci subit une maturation, exprime des molécules de co-stimulation du lymphocyte T et sécrète de l'interleukine 23 (IL-23). L'IL-23, en association à d'autres cytokines telles que le TGF (transforming growth factor)- $\beta$  et l'IL-6, contribue à la différenciation des

lymphocytes T CD4 en Th17b. Ceux-ci, ainsi que les lymphocytes Th22, sécrètent de l'IL-22 qui entraîne la prolifération des kératinocytes. L'IL-17, cytokine majeure produite par les Th17, stimule avec le TNF- $\alpha$ , la production des chimiokines par les kératinocytes. Ces chimiokines recrutent des polynucléaires neutrophiles dans la peau à l'origine de l'infiltrat inflammatoire[16].



**Figure 2: Immunopathologie du psoriasis**

### 1.3.4 Facteurs favorisants

L'appréhension des divers facteurs capables d'induire ou d'exacerber les poussées de psoriasis est nécessaire à la bonne prise en charge du patient. Un certain nombre de facteurs ont été identifiés:

- Les médicaments
  - Certaines prises médicamenteuses peuvent aggraver un psoriasis préexistant (tels que les antipaludéens de synthèse (APS), les corticoïdes par voie systémique, les tétracyclines, les interférons (IFN), ou le révéler comme le lithium, les bêtabloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC); mais il reste à déterminer le rôle propre du médicament dans l'évolution d'une maladie complexe et imprévisible comme celle-ci [17].

➤ Quant aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), leur rôle est très controversé, car bien qu'il existe une association statistique entre poussée de psoriasis et la prise d'AINS (OR = 2,0 (IC95 % : 1,1-3,6.)); un biais évident est lié au fait que poussées cutanées et articulaires peuvent être concomitantes et conduire à la prise d'AINS par le patient [18].

- Les infections

Le lien entre psoriasis en gouttes et infection streptococcique est admis. Ce psoriasis succède le plus souvent à une angine. Les antigènes streptococciques, notamment la protéine M du streptocoque  $\beta$  hémolytique, seraient des super antigènes (exogènes) capables d'activer les lymphocytes T sensibilisés de l'épiderme [19].

L'infection par le VIH peut induire ou exacerber un psoriasis chez l'adulte. Certaines études suggèrent une association entre le psoriasis et certaines infections virales telles que l'hépatite C, l'infection à papillomavirus humain, à herpès simplex virus, le virus varicelle zona, de même que l'infection à cytomégalo virus [20].

- Le stress

Le rôle des événements stressants (troubles familiaux, exigences professionnelles ou scolaires, difficultés chroniques de la vie) dans la progression de diverses affections cutanées a été étudié chez des patients présentant soit un psoriasis, soit de l'urticaire, de l'acné, de l'alopecie ou de l'eczéma non atopique, avec un accord sur l'importance du stress au cours du psoriasis. Il n'y avait pas de relation entre la gravité du stress et le délai d'apparition ou d'exacerbation de la poussée [21].

### **1.3.5 Les comorbidités au cours du psoriasis**

Le psoriasis est associé à un risque accru de comorbidités, incluant le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, la stéatose hépatique et le tabagisme. Les données concernant la morbidité cardiovasculaire sont plus controversées et semblent intéresser la population jeune avec psoriasis sévères.

- Obésité et diabète

Certaines études suggèrent un lien génétique probable entre obésité, diabète et psoriasis: d'une part, le HLA-Cw6, locus de susceptibilité principal pour le psoriasis,

prédisposerait aussi à l'obésité, et d'autre part les loci de susceptibilité au psoriasis PSORS 2, PSORS 3 et PSORS 4, seraient également associés au locus de susceptibilité au diabète [22,23].

- Syndrome métabolique (SM), HTA, et Dyslipidémie

Une association significative a été notée entre SM et psoriasis de même qu'un risque de survenue d'HTA et une augmentation des taux de triglycérides, du cholestérol total et de ses fractions VLDL et LDLc, ainsi qu'une diminution des HDLc chez les patients psoriasiques [24].

- Tabagisme

Les fumeurs ont un risque plus élevé de développer un psoriasis pustuleux palmo-plantaire mais aussi, à un degré moindre, un psoriasis en plaques. Le tabac pourrait aggraver un psoriasis par le biais de la nicotine qui favorise l'inflammation médiée par les lymphocytes Th1.

## 1.4 Signes cliniques

### 1.4.1 La forme typique: le psoriasis en plaques

Le psoriasis peut revêtir plusieurs formes mais il existe une forme clinique typique de psoriasis, facilement reconnaissable, qu'est le psoriasis en plaques. Celle-ci est souvent désignée par le terme de «psoriasis vulgaire».

La lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse à contours courbes, à limites nettes, arrondie, ovale ou polycyclique, légèrement surélevée. Sa taille est variable, en règle quelques centimètres. Selon les cas, l'érythème ou la desquamation sont au premier plan. En effet, l'érythème est plus ou moins intense. Il déborde en général en périphérie les squames qui le recouvrent. Les squames sont habituellement épaisses, de couleur blanchâtre, nacrées, adhérentes, sèches. Mais parfois, elles sont plus petites, discrètes, cachant alors assez peu l'érythème. Le grattage «méthodique» des squames à la curette montre dans un premier temps l'apparition d'une teinte plus blanche et homogène, en tache de bougie (c'est le signe de la bougie); puis le grattage finit par détacher la squame en bloc si les squames sont épaisses et enfin en poursuivant le grattage, de fines gouttelettes de sang finissent par apparaître,

phénomène lié à l'abrasion des papilles dermiques: c'est «la rosée sanglante d'Auspitz» ou phénomène d'Auspitz.

Le psoriasis peut siéger n'importe où sur le tégument mais il existe des localisations préférentielles baptisées « les bastions du psoriasis » que sont: les coudes et genoux, - la région lombaire, le cuir chevelu.

Comme signes associés, on décrit le prurit et le phénomène de Koëbner. Classiquement, le psoriasis est non prurigineux mais un prurit est possible dans certaines formes (forme éruptive, évolutive ou très inflammatoire). Un phénomène de Koëbner est fréquemment observé au cours du psoriasis pouvant toucher 25 à 75% des patients. Ce terme désigne la tendance qu'ont certaines dermatoses à se développer sur des zones du tégument traumatisées par le grattage, le frottement, sur une plaie (traumatique ou chirurgicale) ou sur des cicatrices récentes ou anciennes [25].

#### 1.4.2 Les formes cliniques

- Formes morphologiques

- ✓ Forme en gouttes:

Observée surtout chez l'enfant et le jeune adulte, il s'agit d'une efflorescence de petites lésions de psoriasis de moins de 1cm de diamètre, prédominant sur le tronc et la racine des bras et des cuisses, épargnant le plus souvent le visage et survenant le plus souvent dans les 15 jours suivant un épisode infectieux ORL à streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (2/3 des cas), C, G ou virale[26].

- ✓ Forme circinée ou annulaire

Le psoriasis annulaire correspond aux lésions psoriasiques dont l'aspect sémiologique dessine des figures annulaires et/ou circulaires plus ou moins complètes, le centre de la lésion étant sain. Cette atteinte peut se manifester sur les membres et aussi sur le tronc. Certains auteurs rattachent le psoriasis circiné à l'évolution centrifuge progressive et lente des plaques du psoriasis nummulaire pouvant devenir très grandes comme des cartes géographiques [27].

- Psoriasis pustuleux

Le psoriasis pustuleux est caractérisé cliniquement par l'existence de pustules et histologiquement par le regroupement de l'infiltrat à polynucléaires, commun à toutes

les formes de psoriasis, dans des logettes intra dermiques. Les prélèvements bactériologiques sont négatifs car il s'agit de pustules stériles. Le psoriasis pustuleux revêt essentiellement deux présentations:[28]

- ✓la forme localisée avec atteinte essentiellement palmoplantaire. Une variante du psoriasis pustuleux palmoplantaire est l'acrodermatite continue de Hallopeau qui se caractérise par son début à l'extrémité du doigt en zone periunguéal, la fréquence de l'atteinte articulaire et l'évolution parfois mutilante.
- ✓la forme généralisée qui constitue la forme clinique la plus sévère de la maladie psoriasique. Elle se manifeste par un début brutal avec altération de l'état général et apparition de placards érythémateux de grande taille sur peau saine ou par transformations de lésions préexistantes. Ils sont rouge vif, tendus, légèrement œdémateux et peu squameux et se recouvrent progressivement de pustules. Les muqueuses peuvent être touchées.

- Les formes selon la topographie [29]

- Psoriasis du cuir chevelu

Il peut réaliser des plaques circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées, couvertes de larges squames traversées par les cheveux intacts, ou bien former une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu sans alopecie.

- Psoriasis unguéal

Il peut prendre l'aspect de dépressions ponctuées cupuliformes (ongles en «dé à coudre») ou réaliser une onycholyse avec décollement distal de l'ongle et zone proximale de couleur cuivrée. Il est aussi parfois observé une hyperkératose sous-unguéal, une paronychie, une perte de transparence de l'ongle et des zones leuconychiques.

- Psoriasis palmo-plantaire

Variante du psoriasis localisée sur les paumes et la plante des pieds, il est caractérisé par des plaques squameuses érythémateuses avec des bords nettement définis ou des plaques moins bien limitées ressemblant à de l'eczéma hyperkératosique. Les lésions sont en partie fissurées. Plus haut a été décrit le psoriasis pustuleux palmoplantaire

- Psoriasis à localisation muqueuse

Le Psoriasis des muqueuses se présente

✓ au niveau génital sous forme de plaques érythémateuses du gland ou de la vulve, très érythémateuses mais peu squameuses;

✓ au niveau buccal, sous forme de langue géographique ou de chéilite sèche.

➤ Psoriasis du visage (ou sébopsoriasis): rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique avec un érythème et de fines squames des sourcils et du pli naso-génien; les localisations à la conque de l'oreille et au conduit auditif externe sont possibles.

➤ Psoriasis inversé

On parle de psoriasis inversé lorsqu'il touche surtout les plis sans les zones convexes. Les squames classiques du psoriasis sont absentes dans les plis, plus humides. La lésion est caractérisée par sa couleur rouge-vif, sa bordure bien limitée, sa chronicité [30].

➤ Psoriasis universalis

Il s'agit de la forme diffuse du psoriasis vulgaire. Le tégument dans sa majorité ou sa totalité est atteint par la lésion élémentaire érythémato-squameuse avec la plupart du temps, un érythème peu intense, rosé et une desquamation plutôt fine. Les espaces de peau atteintes sont nettement bien délimitées par rapport à celle de la peau saine [31].

• Formes compliquées ou graves

Les formes sévères peuvent être liées à la grande étendue des lésions, lorsqu'elles constituent un handicap pour la vie quotidienne, ou du fait du terrain.

➤ Le psoriasis érythrodermique

Il s'agit de la forme généralisée de psoriasis touchant plus de 90% des téguments avec desquamation abondante. Le psoriasis érythrodermique concerne 3% des personnes atteintes du psoriasis et représente généralement une complication du psoriasis vulgaire en raison de la prise de médicaments, ou d'une interruption brutale d'une thérapie topique par corticostéroïdes ou d'une thérapie systémique. Cette forme de psoriasis se présente avec une peau en totalité érythémateuse, finement squameuse et plus ou moins œdémateuse. L'état général du patient peut être sérieusement affecté.

L'on rencontre souvent une lymphadénite superficielle, une fièvre et des troubles de la thermorégulation, des troubles intestinaux, une oligurie et un amaigrissement [32].

➤ Le psoriasis arthropathique ou rhumatisme psoriasique.

Le rhumatisme psoriasique (RPs) est une maladie inflammatoire chronique. Sa prévalence est estimée à 0,1-1% dans la population générale et jusqu'à 40% chez les patients souffrant d'un psoriasis cutané. L'atteinte articulaire se développe en général dans les cinq à dix ans après l'apparition des lésions cutanées [33].

Les critères CASPAR (Classification of Psoriatic Arthritis), publiés en 2006 (Tableau II), servent actuellement de référence pour le diagnostic dans la majorité des études cliniques

**Tableau II: Critères de classification CASPAR du psoriasis arthropathique**

|   |
|---|
| <p><b>Atteinte articulaire inflammatoire associée à <math>\geq 3</math> points parmi les suivants :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Présence d'un psoriasis (à choix parmi a, b ou c)<ol style="list-style-type: none"><li>a. Psoriasis actuel</li><li>b. Antécédent personnel de psoriasis</li><li>c. Antécédent familial de psoriasis</li></ol></li><li>2. Dystrophie unguéale psoriasique</li><li>3. Facteur rhumatoïde négatif</li><li>4. Dactylite présente ou antécédent</li><li>5. Apposition osseuse juxta-articulaire à la radiographie</li></ol> |
| <p>Psoriasis actuel, 2 points; les autres items, 1 point.<br/>CASPAR: Classification criteria for psoriatic arthritis.</p>  |

➤ Le psoriasis au cours de l'infection à VIH

Les patients atteints de psoriasis et d'infection par le VIH présentent souvent une maladie cutanée plus sévère et réfractaire au traitement. Les formes graves sont plus fréquentes chez les sujets porteurs du VIH/SIDA [34,35].

- Formes selon le terrain

➤ Psoriasis de l'enfant

Le psoriasis débute dans 30 % des cas avant l'âge de 16 ans. L'atteinte cutanée du psoriasis est particulièrement visible, ce qui explique le retentissement social et psychologique qui en découle. Les facteurs favorisants chez l'enfant sont les facteurs génétiques, les infections et le stress [36].

➤ Psoriasis du nourrisson

Il s'agit de plaques érythémateuses non infiltrées surmontées de squames grasses et jaunâtres. La topographie est très évocatrice, avec des lésions atteignant les zones séborrhéiques, plus particulièrement le cuir chevelu avec un état desquamatif diffus et le visage. La dermatite séborrhéique et le psoriasis du cuir chevelu et du visage sont difficile à différencier cliniquement. Ce sont les localisations extra-faciales et les antécédents qui permettent de séparer les deux entités [37].

### **1.5 Evaluation de la sévérité du psoriasis**

Elle se fait par calcul de scores de sévérité clinique ou de scores sur la qualité de vie.

Les scores de sévérité cliniques de la maladie cutanée comme le «psoriasis area severity index» ou PASI (Annexe 2), peuvent être utilisés pour quantifier de manière objective les lésions. Ils sont cependant surtout utilisés dans le cas des essais thérapeutiques et de la recherche. [38] Les échelles de qualité de vie comme le «Dermatology life quality index» ou DLQI (Annexes 3) peuvent être aussi être complétées par le patient pour permettre de juger de l'évolution du tableau sous traitement [38].

### **1.6 Diagnostic positif:**

Le diagnostic positif du psoriasis repose essentiellement sur l'examen physique avec les arguments cliniques (lésion élémentaire typique, le grattage à la curette, la topographie) et l'anamnèse (cas familial, épisode antérieur). L'examen histologique est rarement nécessaire mais peut être utile dans certaines formes atypiques ou compliquées. A l'histologie standard, les altérations suivantes sont observées: l'épiderme psoriasique est particulièrement épaissi du fait de l'augmentation du nombre de kératinocytes (acanthose). Cette acanthose concerne surtout le corps muqueux entre les papilles dermiques de sorte que ces bourgeons interpapillaires

apparaissent ainsi allongées, avec accentuation de l'ondulation de la jonction dermo-épidermique appelée hyperpapillomatose. Par contre les papilles dermiques, allongées, ne sont recouvertes que par une mince couche d'épiderme et saignent facilement au grattage (la rosée sanglante). Toujours au niveau de l'épiderme, on note une hyperkératose parakératosique, alors que la couche granuleuse est diminuée ou absente. Des cellules inflammatoires (lymphocytes, polynucléaires neutrophiles), normalement absentes de l'épiderme, envahissent celui-ci: c'est l'exocytose. Ces cellules ont tendance à se regrouper sous la couche cornée, où elles forment les «micro-abcès de Munro et Sabouraud». Le derme est le siège d'un infiltrat inflammatoire; la membrane basale comporte diverses anomalies, en particulier des solutions de continuité permettant l'augmentation des échanges entre épiderme et derme [39].

### 1.7 Diagnostic différentiel

De nombreuses dermatoses peuvent prendre des aspects psoriasiformes parfois très difficiles à différencier d'un authentique psoriasis.

Dans sa forme commune, le diagnostic différentiel du psoriasis se fait avec le pityriasis rosé de Gibert, la dermatite séborrhéique, le pityriasis rubra pilaris (PRP), le parapsoriasis en plaques, le pemphigus séborrhéique, le mycosis fongoïde, le lichen plan, les syphilides secondaires psoriasiformes, le pityriasis lichénoïde chronique.

Le diagnostic différentiel des autres formes se fait comme suit:

- le psoriasis des plis: le diagnostic différentiel concerne les intertrigos d'origine bactérienne, mycosique ou eczémateuse
- le psoriasis palmo-plantaire : qui fait partie des kératodermies palmo-plantaires de causes diverses (acquises ou génétiques)
- l'érythrodermie psoriasique : qui doit être distinguée des autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes, eczéma, lichen plan ...)
- le psoriasis pustuleux généralisé: qui doit être différencié de certaines toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée);

- le rhumatisme psoriasique: qui est difficile à différencier de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante s'il n'est pas associé à des lésions cutanées clairement identifiées comme psoriasiques.
- le psoriasis en gouttes à différencier essentiellement avec le parapsoriasis en goutte [40].

## **1.8 Evolution et complications**

La maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune. L'évolution est chronique et se fait soit de manière continue, surtout chez les patients atteints de formes sévères, soit par poussées entrecoupées de rémissions pendant lesquelles les lésions sont à minima. Les poussées, souvent imprévisibles, sont parfois déclenchées par des facteurs psychologiques, des médicaments ou/et des infections ORL. Le psoriasis est une maladie qui peut altérer profondément la qualité de vie lorsque les lésions sont affichantes ou gênantes pour un travail manuel. Ceci justifie la caractérisation du psoriasis de «*petite maladie, grande misère*». La gravité de ce retentissement est souvent sous-estimée par le médecin. La prise en charge multidisciplinaire des patients est importante pour assurer un traitement concomitant du psoriasis et des comorbidités [41].

## **1.9 Traitement**

### **1.9.1 Buts**

En l'absence de traitement curatif, le retentissement de la pathologie et ses thérapeutiques s'envisagent au long cours. La diversité des traitements permet une prise en charge individualisé prenant en compte les caractéristiques cliniques de l'atteinte, le terrain, l'historique des traitements reçus et les attentes de chaque patient. L'information du patient est une étape importante permettant de le faire participer à la décision thérapeutique.

### **1.9.2 Moyens thérapeutiques**

#### **1.9.2.1 Traitements locaux**

Thérapeutiques de 1ère intention des lésions peu étendues et peu sévères, ils permettent une prise en charge adaptée de la majorité des patients. Dans les formes

modérées à sévères ils sont utilisés comme adjuvants aux autres traitements. L'on en dénombre une multitude:

➤ Les kératolytiques

La plaque de psoriasis est caractérisée par une hyperkératose majeure qui empêche toute pénétration de substance active. Il est donc primordial de décaper initialement cette hyperkératose avant de passer à une substance active. Les molécules les plus fréquemment utilisées pour cela dans le psoriasis sont l'acide salicylique et l'urée.

L'acide salicylique est utilisé en général sous forme de préparation magistrale de type vaseline salicylique. Les effets secondaires sont limités (irritation à forte concentration ou allergie chez les patients sensibilisés).

L'urée est utilisée à des concentrations variant de 10 à 30% selon l'épaisseur de l'hyperkératose [41].

➤ Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes (DC) sont les dérivés synthétiques d'une hormone naturelle sécrétée par les glandes surrénales: le cortisol. L'efficacité des DC tient principalement à leur activité anti-inflammatoire, inhibitrice sur les médiateurs de l'inflammation comme les cytokines. Leur mécanisme d'action comporte également une action immunosuppressive en diminuant le nombre de cellules de Langerhans et leur capacité de présentation d'antigènes et une action antiproliférative qui limite la synthèse de collagène et qui peut entraîner au long cours des effets secondaires à type d'atrophie cutanée. Ils sont classés en quatre niveaux d'activité: faible, modéré, fort et très fort, selon leur action vasoconstrictrice sur peau saine. Le tableau III présente la classification des DC selon leur niveau d'activité [42].

**Tableau III: Classification des DC selon leur niveau d'activité**

| <b>SPECIALITE</b>                    | <b>DCI</b>                 | <b>HALOGE-<br/>NATION</b> | <b>PRESENTATION</b>                    | <b>%</b> |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------|--|----------|
| <b>Niveau très fort</b>              |                            |                           |  |          |
| <b>Dermoval®</b>                     | Clobétasolpropionate       | Fluorchlore               | Crème, gel                             | 0,05     |
| <b>Diprolène®</b>                    | Bétaméthasone-dipropionate | Fluor                     | Crème, pommade                         | 0,05     |
| <b>Niveau fort</b>                   |                            |                           |  |          |
| <b>Betneval®</b>                     | Bétaméthasone-valérate     | Fluor                     | Crème, pommade, lotion                 | 0,10     |
| <b>Diprosone®</b>                    | Bétaméthasone-dipropionate | Fluor                     | Crème, pommade, Lotion                 | 0,05     |
| <b>Locoïd®</b>                       | Hydrocortisone-butyrate    | Néant                     | Pommade, Crème, crème épaisse, lotion, |          |
| <b>Nérisone®</b>                     | Diflucortolone-valérate    | Difluoré                  | Crème, pommade, pommade anhydre        | 0,10     |
| <b>Niveau modéré</b>                 |                            |                           |  |          |
| <b>Locapred®</b>                     | Désonide                   | Néant                     | Crème                                  | 0,10     |
| <b>Tridésonit®</b>                   | Désonide                   | Néant                     | Crème                                  | 0,05     |
| <b>Niveau faible</b>                 |                            |                           |  |          |
| <b>Hydracort®</b>                    | Hydrocortisone             | Néant                     | Crème                                  | 0,05     |
| <b>Dermaspraid®<br/>démangeaison</b> | Hydrocortisone             | Néant                     | Crème, Solution                        | 0,05     |

➤ Les analogues de la vitamine D3 [41]

Les analogues de la vitamine D3 [calcipotriol (Daivonex®) calcitriol (Silkis®), tacalcitol (Curatoderm®)] constituent une alternative aux dermocorticoïdes. Ils ont un effet antiprolifératif, immunomodulateur et inducteur de la différenciation kératinocytaire. Ils sont disponibles sous forme de pommade, de crème et de lotion pour le scalp et s'utilisent deux fois par jour.

➤ Les rétinoïdes topiques [43]

L'acide tazaroténique métabolite du tazarotène régule de manière spécifique l'expression génique et module ainsi la prolifération cellulaire, l'hyperplasie et la différenciation cellulaire dans un grand nombre de tissus.

➤ Les émoullients

Un émoullient est défini comme une substance à la fois hydratante, lubrifiante, assouplissante. Ils sont utilisés pour assouplir la couche cornée et réduire les squames superficielles [44].

- Traitement physique

➤ La Puvathérapie

La photo activation dans la peau des psoralènes (P) par les UVA (PUVA) a été un progrès thérapeutique majeur pour un grand nombre de dermatoses étendues chroniques et en particulier pour le psoriasis. Elle est recommandée comme photothérapie de première intention (chez l'enfant et l'adolescent, comme chez l'adulte) dans les psoriasis étendus modérés en petites plaques superficielles. Elle est également utilisable chez la femme enceinte ou allaitante et en cas d'insuffisance rénale et ou d'insuffisance hépatique. Elle aura aussi la préférence chez les sujets infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

➤ La Photothérapie UVB

Il s'agit de l'utilisation du rayonnement naturel solaire, dont on sait qu'il améliore dans 70% des cas les psoriasis. La photothérapie UVB à spectre étroit est considérée comme très efficace pour les psoriasis étendus [45].

### **1.9.2.2. Traitements systémiques**

➤ L'acitrétine

L'acitrétine diminue la prolifération et augmente la différenciation de l'épiderme au niveau des plaques mais fait le contraire en peau saine. Il inhibe la migration des neutrophiles. L'acitrétine inhibe la présentation d'antigène. Elle est indiquée dans les formes modérés à sévères de psoriasis: psoriasis en plaque, chez les enfants, les psoriasis pustuleux, l'infection par le (VIH) [46].

➤ La ciclosporine

La ciclosporine, inhibiteur de la calcineurine agit particulièrement sur l'immunité à médiation cellulaire orchestrée par les lymphocytes T. Elle inhibe la transcription des gènes de plusieurs cytokines pro-inflammatoires comme l'interleukine-2, l'interleukine-4, le GM-CSF. Elle est indiquée dans les formes étendues et sévères de psoriasis. La dose de départ varie de 2,5 à 5mg/kg par jour en fonction de l'objectif thérapeutique [47].

➤ Le méthotrexate

Le méthotrexate (MTX) est un analogue de l'acide folique, qui agit comme un agent antinéoplasique et anti-métabolique en inhibant la prolifération. Il a été utilisé à l'origine dans le psoriasis en raison de son effet sur les kératinocytes subissant une division rapide. Enfin, l'efficacité du MTX dans le psoriasis est également due à ses propriétés immunomodulatrices, freinant la production d'IL-1 et réduisant la densité des cellules de Langerhans dans l'épiderme; il semble également agir sur les cellules présentatrices d'antigènes. La dose orale hebdomadaire moyenne varie de 7,5 à 30 mg, en tenant compte du poids et de l'âge du patient, après une numération sanguine répétée. Le MTX est indiqué pour l'arthrite psoriasique, l'érythrodermie, les formes pustuleuses ou palmo-plantaires généralisées et les patients ne répondant pas aux traitements topiques et à la photothérapie [48,49].

➤ Traitement biologique ou biothérapie

Les traitements biologiques ou biothérapies sont des agents visant à bloquer ou à inhiber des mécanismes effecteurs clés dans la physiopathologie de plusieurs maladies comme le psoriasis, la dermatite atopique et les lymphomes. Les biothérapies utilisées dans le psoriasis comprennent deux groupes principaux d'agents en fonction du mécanisme d'action : i) les agents ciblant la cytokine TNF $\alpha$  (Tumor Necrosis Factor alpha) tels que: etanercept, infliximab, adalimumab) les agents ciblant spécifiquement les lymphocytes T et/ou les cellules présentatrices de l'antigène (ex.: efalizumab, alefacept). Le tableau IV Présente les caractéristiques des principales molécules utilisées en biothérapie [50].

**Tableau IV: Caractéristiques des principales molécules utilisées en biothérapie**

| <b>Molécules</b>  | <b>Type de molécule</b>                                     | <b>Mode d'action</b>   | <b>Dose</b>                                    |
|-------------------|---|--|--|
| <b>Adalimumab</b> | Anticorps monoclonal humain anti- TNF $\alpha$              | -Inhibiteur du TNF $\alpha$ soluble et trans-membranaire<br>-Lyse des cellules exprimant le TNF $\alpha$ , médiée par le complément  | 80mg puis 40mg                                 |
| <b>Alefacept</b>  | Protéine de fusion, recombinante, anti-CD2                  | -Inhibition de l'activation et de la prolifération des lymphocytes T mémoires<br>-Apoptose des lymphocytes T mémoires  | 15mg   |
| <b>Efalizumab</b> | Anticorps monoclonal recombinant humanisé, anti-CD11        | -Inhibition de l'activation et de des lymphocytes T naïf<br>-Migration des lymphocytes T activés<br>-Réactivation des lymphocytes T mémoires   | 0,7mg/ kg puis 1mg/kg                          |
| <b>Etanercept</b> | Protéine de fusion, recombinante humaine anti- TNF $\alpha$ | -Inhibiteur du TNF $\alpha$ soluble et transmembranaire<br>-Pas de lyse des cellules médiée par le complément  | 25 à30mg pendant 3mois puis 25mg pendant 3mois |
| <b>Infliximab</b> | Anticorps monoclonal chimérique anti- TNF $\alpha$          | -Inhibiteur du TNF $\alpha$ soluble et transmembranaire<br>-Haute affinité pour le TNF $\alpha$ avec formation de complexe stable<br>-Lyse des cellules exprimant le TNF $\alpha$ médiée par le complément | 5mg/kg   |

## **Nouvelles perspectives thérapeutiques**

### **➤ Aprémilast**

C'est un inhibiteur de la phosphodiesterase 4 (PDE4) qui augmente les taux intracellulaires d'adénosine mono phosphate cyclique, ce qui diminue l'activité des cytokines pro et anti inflammatoires. Il vient de recevoir l'AMM européenne dans le traitement du psoriasis en plaques modérée à sévère chez les patients adultes en cas d'échec/contre-indication et/ou intolérance aux autres traitements systémiques dont la cyclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie. La posologie recommandée est de 30mg deux fois par jour. Les effets indésirables sont dominés par les infections des voies aériennes supérieures et des troubles digestifs

### **➤ Tofacitnib**

C'est un inhibiteur oral préférentiel des JAK-1 et 3, qui diminue l'activité des cytokines pro-inflammatoires. Le Tofacitnib 10mg /jour a démontré son efficacité dans le traitement du psoriasis cutané. Ses effets indésirables sont marqués par des infections pouvant être sévères (zona, tuberculose). La molécule n'a pas d'AMM à ce jour [50].

# **REVUE DE LA LITTERATURE**

## II. REVUE DE LA LITTERATURE

Nous présentons ci-dessous un tableau synoptique de la revue de la littérature, le résumé des documents que nous avons consulté au cours de notre étude.

**Tableau V : Tableau synoptique de la revue de la littérature**

| Auteurs<br>Année                             | Pays | Méthodologie                   |                     |                            | Résultats   |
|--|------|--------------------------------|---------------------|----------------------------|---|
|  |      | Types d'étude                  | Champ d'étude       | Variables étudiées         |   |
| Rachakonda et coll.<br>USA 2013 [51]         | TD   | Etude transversale             | Milieu hospitalier  | Prévalence                 | 3,2%  |
| Gelfand et coll.<br>USA 2005 [52]            | JM   | Etude transversale             | Etude en population | Prévalence                 | 2,5% chez les patients caucasiens<br>1,3% chez les patients afro-américains |
| ShanuKohliKurd MHS et coll.<br>USA 2010 [53] |      | Une étude transversale         | Etude en population | Prévalence                 | 3,15%   |
| Braathen et coll.<br>Norvège 1989[54]        | LR   | Enquête                        | Population          | Prévalence                 | 1,4%  |
| Braathen et coll.<br>Norvège 1989 [55]       | LR   | Etude transversale             | Etude en population | Prévalence                 | 1,4%  |
| Falk et coll.<br>Norvège 1993 [56]           | ES   | Etude transversale             | Milieu hospitalier  | Prévalence<br>Groupe d'âge | 1,4%<br>[20-39 ans] = 2,7%  |
| García-Doval et coll.<br>Espagne 2002 [57]   |      | Etude prospective transversale | Milieu hospitalier  | Prévalence                 | 10%   |

| Auteurs Pays<br>Année                          | Méthodologie                    |                     |   | Résultats  |
|--|---------------------------------|---------------------|---|--|
|  | Types d'étude                   | Champ d'étude       | Variables étudiées  |  |
| Gelfand et coll.<br>Royaume-Uni<br>2005 [58]   | Etude transversale              | Milieu hospitalier  | Prévalence  | 1,5%<br>psoriasis chez les <10 ans = 0,55%<br>Tranche d'âge [50-59]  |
| Rigopoulos D et coll.<br>Grèce<br>2009 [59]    | Etude prospective               | Milieu hospitalier  | Age moyen<br><br>Antécédents<br><br>Délai de survenu<br><br>Facteur déclenchant | 43,2 ans (écart type: 17,44, médiane: 42 ans)<br>Antécédents familiaux de psoriasis = 35%<br>âge moyen des patients au 1 <sup>er</sup> épisode de psoriasis = 31,3 ans<br>stress: cause principale d'exacerbation du psoriasis |
| Schlander M et coll.<br>Allemagne<br>2008 [60] | Etude transversale              | Etude en population | Prévalence<br><br>Tranche d'âge   | 2,0%<br><br><20 ans = 0.56%;<br>[20-40ans] = 1,58%;<br>[40-60ans] = 2.62%; [60-80ans] = 3.09%),<br>>80 ans = 2,41%   |
| Bhandary PR et coll.<br>Inde2016 [61]          | Etude transversale              | Milieu hospitalier  | Tranche d'âge   | [45-55 ans]=36%  |
| Sinniah B et coll.<br>Malaisie<br>2010 [62]    | Etude rétrospective descriptive | Etude hospitalière  | Prévalence<br><br>Sexe  | 9.5%<br>H=46.5%<br>F= 53.5%  |

| Auteurs<br>Pays<br>Année                     | Méthodologie          |                    |   | Résultats   |
|--|-----------------------|--------------------|---|---|
|  | Types d'étude         | Champ d'étude      | Variables étudiées  |   |
| Choon SE et coll.<br>Malaisie 2016<br>[63]   | Etude de cas-contrôle | Milieu hospitalier | Prévalence<br>Formes cliniques                              | 1,43 chez les enfants<br>Psoriasis en plaques = 89,1%;<br>atteinte du cuir chevelu = 94,5%.                                     |
| Jin Yong Lee et coll.<br>Corée,<br>2017 [64] | Etude rétrospective   | Milieu hospitalier | Prévalence<br>Sexe<br>Tranche d'âge<br><br>Formes cliniques | 0,453%<br>Sex ratio (F /H) = 1,3<br>[50-59] =20,9%<br>[40-49] =19,3%<br>[30-39]=16,1%<br><br>Psoriasis en plaques = 83,8%       |
| El Jammal, et coll.<br>Maroc<br>2003 [65]    | Etude rétrospective   | Milieu hospitalier | Age moyen<br>Formes cliniques<br>Traitement<br>Evolution    | 32,8 ± 17,5 années<br><br>Psoriasis en plaques = 73,8%<br>Dermocorticoïdes=86,4%<br>Favorable dans = 41%                        |
| Zin E K et coll.<br>Maroc<br>2011 [66]       | Etude prospective     | Milieu hospitalier | Age moyen<br><br>Sex-ratio<br>Formes cliniques              | 28,5 ans,<br>72% avaient un âge <45 ans.<br>Sex ratio (F/H): 1,5<br>psoriasis en plaques =55%,<br>atteinte du cuir chevelu =15% |

| Auteurs<br>Pays<br>Année                                  | Méthodologie                                 |                       |  | Résultats  |
|---|--|-----------------------|--|--|
|   | Types<br>d'étude                             | Champ<br>d'étude      | Variables<br>étudiées  |  |
| KawtarI et coll.<br>Maroc<br>2014 [47]                    | Etude rétro-<br>prospective<br>uni centrique | Milieu<br>hospitalier | Sexe<br><br>Tranche d'âge<br><br>Formes<br>cliniques           | sexe masculin =58,7 %,<br>sex - ratio H/F=1,42<br>[18-45 ans] = 45,7% et<br>> 45 ans = 41,3%,<br>Enfants = 13%<br><br>Psoriasis vulgaire =76,1%<br>Atteinte muqueuse =9%,<br>cuir chevelu = 72%. |
| Ammar M et<br>coll.<br>Tunisie<br>2009 [67]               | Etude<br>prospective                         | Milieu<br>familial    | Sexe<br><br>Age moyen<br><br>Formes<br>cliniques<br>Traitement | 25 H et 14 F sex ratio H/F= 1,8<br><br>38,4 ans (extrêmes: 8-76ans)<br><br>Psoriasis en plaques = 79,5%<br>Corticothérapie locale = 41%  |
| Abd El-Aziz El-<br>Taweel et coll.<br>Egypte<br>2016 [68] | Etude<br>prospective                         | Milieu<br>hospitalier | Prévalences<br><br>Phénomène de<br>Koebner<br>Infections       | 0,5%<br><br>29,4%<br>4,2%  |

| Auteurs<br>Pays<br>Années                           | Méthodologie               |                    |   | Résultats  |
|---|----------------------------|--------------------|---|--|
|   | Type d'étude               | Champ d'étude      | Variables étudiées  |  |
| Essam A et coll.<br>Egypte<br>2012 [69]             | Une étude de cas-contrôle  | Milieu hospitalier | Age de début<br><br>Evolution<br><br>Facteurs déclenchants    | <25 ans =37,0%, 25-45 ans, 44,0% et > 45 ans = 19,0%<br><br>Stationnaire = 72,0%, régression = 16,0% progressif=12,0%<br>Saison: 71,0% des patients était plus en hiver<br><br>Stress: 81,7% niveau d'étude: Secondaire et universitaire |
| Aomar Ammar-Khodja et coll.<br>Maghreb<br>2011 [70] | Transversale rétrospective | Milieu hospitalier | Prévalence<br><br>Sexe ratio                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algérie : 0,2%</li> <li>• Maroc : 0,107%</li> <li>• Tunisie : 0,328 %</li> <li>• Algérie: H = 55%</li> <li>• Maroc: H = 61%</li> <li>• Tunisie: H = 60%</li> </ul>                              |
| Ndiaye M et coll.<br>Sénégal<br>2017 [8]            | Etude rétrospective        | Milieu hospitalier | Sexe<br>Age moyen<br>Durée d'évolution<br>Signes fonctionnels | sex-ratio (H/F) = 1.55<br>47 ans<br><br>2 ans<br><br>Prurit = 84%  |
| Mahé A et coll.<br>Sénégal<br>2003 [71]             | Etude Prospective          | Milieu hospitalier | Fréquence   | 194 /368 utilisatrices de produits de blanchiment (52,7%).   |
| Dioussé P et coll.<br>Sénégal<br>2015 [7]           | Etude rétrospective        | Milieu hospitalier | Prévalence<br>Sexe<br>Age moyen<br>Evolution                  | 0,81%<br>sexe ratio H/F de 1,3.<br>49,7 ans.<br>Favorable = 96,05%   |

| Auteurs<br>Pays<br>Années                         | Méthodologie                       |                    |   | Résultats  |
|---|------------------------------------|--------------------|---|--|
|   | Type d'étude                       | Champ d'étude      | Variables étudiées  |  |
| Touré S et coll.<br>Mali<br>2009[73]              | Etude rétrospective, descriptive   | Milieu hospitalier | Prévalence  | 0,9%   |
| Kourouma HS et coll.<br>Cote d'Ivoire<br>2015 [9] | Etude Rétrospective                | Milieu hospitalier | Prévalence<br>Sex ratio<br>Formes cliniques<br>Traitement<br>Evolution            | 0, 5%.<br>Sex ratio (H/F) = 2,9<br>Psoriasis vulgaire = 85,5%<br>Dermocorticoïde= 62% favorable<br>chez 32,5% à J30;<br>82% à J60<br>et 3,5% à J90 |
| Barro F. et coll.<br>Burkina Faso<br>2015 [10]    | Etude rétrospective et prospective | Milieu hospitalier | Prévalence<br>Age moyen<br>Tranches d'âge<br>Sexe ratio (H/F)<br>Formes cliniques | 0,56%.<br>34,53 ans<br>[21-40]=44%<br>1,47<br>Psoriasis vulgaire= 30/84 (35,71%)<br>Psoriasis érythrodermique = 8%<br>Cuir chevelu = 21,40%        |

# **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **III- OBJECTIFS**

#### **3.1. Objectif général:**

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives du psoriasis dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo–Dioulasso de 2010 à 2017.

#### **3. 2.Objectifs spécifiques:**

1. Déterminer la fréquence du psoriasis dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo–Dioulasso.
2. Déterminer le profil sociodémographique des patients atteints du psoriasis dans le service de Dermatologie du CHUSS de Bobo–Dioulasso.
3. Décrire les aspects cliniques du psoriasis chez les patients du service de Dermatologie du CHUSS de Bobo–Dioulasso.
4. Décrire les modalités thérapeutiques du psoriasis dans le service de Dermatologie du CHUSS de Bobo–Dioulasso.
5. Décrire les modalités évolutives du psoriasis dans le service de Dermatologie du CHUSS de Bobo–Dioulasso

# **METHODOLOGIE**

## **IV-METHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre et champ de l'étude:**

Notre étude s'est déroulée dans le Département de Médecine du Centre Hospitalier SourôSanou de Bobo-Dioulasso, au niveau du service de Dermatologie. Le CHUSS est le 2<sup>ème</sup> centre Hospitalier Universitaire du Burkina Faso. Il s'agit d'un centre national de référence pour la région de l'Ouest du Burkina Faso à savoir les régions sanitaires de la Boucle du Mouhoun, des Cascades, des Hauts Bassins, et du Sud-Ouest. Le service de Dermatologie et Vénérologie du CHUSS est composé d'un bureau de consultations externes, d'une unité d'hospitalisation localisée au sein d'un bâtiment abritant, d'autres spécialités médicales (l'endocrinologie, la neurologie, la gastro-entérologie, et l'hématologie). Les activités de consultation sont assurées par trois médecins dermatologues dont un maître de conférences agrégé et de deux maîtres-assistants, assistés des stagiaires de sixième et septième année de médecine et de trois paramédicaux. Tout patient vu en consultation externe ou hospitalisé est obligatoirement enregistré dans le registre de consultation ou d'hospitalisation et dispose d'un dossier médical renseigné par les dermatologues et un numéro lui est attribué.

### **4.2. Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective des données sur une période de huit ans allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2017.

### **4.3. La population d'étude**

Il s'est agi de tous les patients reçus en consultation ou ayant été hospitalisés dans le service de Dermatologie durant la période de l'étude.

### **4.4. Critères d'inclusion**

- Les patients atteints de psoriasis ayant consulté pendant la période de l'étude
- Les patients ayant un dossier clinique exploitable.

#### 4.5. Critères de non inclusion

Les patients dont les dossiers ne comportaient pas toutes les informations nécessaires ou ayant fait l'objet d'un doublon. Les patients chez qui le diagnostic de psoriasis était incertain, c'est-à-dire qui a été évoqué mais n'a pas pu formellement être différencié d'une autre dermatose.

#### 4.6. Echantillonnage

Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif des patients admis dans le service de Dermatologie du CHUSS au cours de la période allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2017.

#### 4.7. Description des variables d'étude

Ces variables sont décrites dans le tableau (VII) ci-après qui indique les variables étudiées et leurs modalités. Elles sont regroupées en 03 groupes caractéristiques :

- sociodémographiques
- cliniques
- traitement et évolution

**Tableau VI: Définitions opérationnelles des variables**

| Caractéristiques                                  | Variables              | Modalités  |
|---|------------------------|--|
| Caractéristiques sociodémographiques des patients | Age                    | Année  |
|   | Sexe                   | Masculin, Féminin  |
|   | Situation matrimoniale | Célibataire, Marié(e) monogame, Marié(e) polygame, Divorcé(e), Concubinage, veuf (ve)        |
|   | Profession             | Cultivateur/éleveur, Commerçant, Salarié, Ménagère, Elève/Étudiant, Militaire/paramilitaire; |

|                            |                               |  |
|----------------------------|-------------------------------|--|
|                            |                               | Autre  |
|                            | Milieu de vie                 | Urbain, Rural  |
| Caractéristiques cliniques | Facteurs déclenchant          | Prise médicamenteuse, Choc psychique, Choc physique, Stress, Grossesse, Infection, Ne sait pas   |
|                            | Age de début                  | Année  |
|                            | Durée d'évolution             | Mois   |
|                            | Mode évolutif                 | Chronique, Poussées, Débutant  |
|                            | Impact sur qualité d vie      | Indifférence, Gênant, très gênant  |
|                            | Signes fonctionnels           | Prurit : Oui, Non<br>Autre signe fonctionnel   |
|                            | Signes généraux               | Oui, Non<br>Nature des signes généraux   |
| Caractéristiques cliniques | Formes cliniques de psoriasis | Psoriasis en plaques cutanées limitées, Psoriasis en plaques universalis, Psoriasis en plaques inversé (plis), Psoriasis en plaques limité au cuir chevelu, Psoriasis en plaques palmo-plantaire, Psoriasis unguéal isolé, Psoriasis génital isolé, Psoriasis en gouttes, Psoriasis pustuleux, Psoriasis érythrodermique, Psoriasis arthropathique |
|                            | Topographie des lésions       | Coudes, genoux, région lombo sacrée, cuir chevelu, visage, tronc ombilic face d'extension des  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | jambes, paumes, plantes des pieds, ongles, muqueuse génitale, membres>, membres < plis (préciser)  |
|  | Phénomène de Koëbner   | Oui, non   |
|  | Examens complémentaires  | Histologie oui, non<br>Résultat<br>Autres examens  |
|  | Diagnostic   |  |
|  | Traitement reçu lors de la 1ère consultation, au 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> mois   | Kératolytique (acide salicylique),<br>Dermocorticoïde<br>Kératolytique associé à dermocorticoïde,<br>Emollient associé à dermocorticoïde,<br>Dérivés de la vitamine D,<br>Rétinoïde topique,<br>Inhibiteur de la calcineurine (tacrolimus, limécrolimus),<br>Photothérapie,<br>Acitrétine orale,<br>Méthotrexate, Ciclosporine,<br>Autre immunosuppresseur,<br>Biothérapie, Emollient seul |
|  | Evolution au 1 <sup>er</sup> , au 3 <sup>ème</sup> et au 6 <sup>ème</sup> mois de traitement | Défavorable, Stationnaire, Peu favorable, Favorable,<br>Blanchiment des lésions  |

#### **4.8 Définitions opérationnelles**

L'évolution était jugée favorable chez un patient quand il y'avait amendement des signes fonctionnels tels que le prurit, avec diminution de l'épaisseur des plaques avec ou sans blanchiment.

L'évolution était jugée stationnaire chez un patient quand il y'avait pas d'amélioration des lésions et que les signes fonctionnels persistaient.

Il y avait aggravation dans l'évolution quand il y a extension ou généralisation des lésions de psoriasis

#### **4. 9. Techniques et outils de collecte des données**

Pour notre étude, nous avons procédé au recensement de tous les patients ayant consulté durant la période de l'étude, à partir des registres de consultations et d'hospitalisation du service de dermatologie. Puis nous avons sélectionnés de façon systématique tous les cas chez qui le diagnostic de psoriasis a été notifié et nous avons recherché leurs dossiers cliniques où nous avons enregistré les variables identifiés dans notre fiche d'enquête. Cette fiche d'enquête standardisée permettait de recueillir les informations nécessaires sur les variables à étudier (cf. Tableau V)

#### **4.10. Analyse des données**

Les données ont été saisies sur ordinateur à l'aide du logiciel Epi Data 3.1 et analysées avec le logiciel Stata SE 12 dans sa version anglaise.

Plan d'analyse des données:

- Aspects épidémiologiques
- ✓ Données générales
  - Fréquence globale du psoriasis
  - Fréquence du psoriasis en fonction de l'année
- ✓ Aspects socio- démographiques
  - Répartition par sexe des cas de psoriasis
  - Répartition par tranches d'âge des cas de psoriasis
  - Répartition des cas de psoriasis en fonction de la profession

- Répartition des cas de psoriasis selon la provenance
- Aspects cliniques de psoriasis
  - Répartition des patients selon les différents facteurs déclenchant retrouvés
  - Répartition des patients selon les différents antécédents retrouvés
  - Répartition des patients psoriasiques selon le délai de consultation après le début de leur maladie.
  - Répartition des patients selon la fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis
  - Répartition selon le mode évolutif
  - Répartition selon l'impact sur la qualité de vie
  - Répartition des patients selon les différents signes fonctionnels
  - Répartition des patients selon les différents signes généraux
  - Répartition des patients selon la topographie des lésions de psoriasis
  - Fréquence du phénomène de Koëbner
- Aspects thérapeutiques et évolutifs
  - Répartition des patients selon les différents traitements administrés au cours du psoriasis
  - Répartition des patients selon les modalités évolutives sous traitements

# **CONSIDERATIONS ETHIQUES**

## **V. CONSIDERATIONS ETHIQUES**

Nous avons obtenu l'autorisation des autorités du CHUSS et de l'INSSA avant de commencer notre étude.

Le recueil des données, leur analyse et leur traitement ont été réalisés sous le sceau de la confidentialité. L'anonymat des patients dont les dossiers ont été utilisés a été observé de façon rigoureuse.

# **RESULTATS**

## VI. RESULTATS

### 6.1. Données générales

#### 6.1.1 Fréquence globale du psoriasis

Entre le 1er Janvier 2010 et le 31 Décembre 2017, le service de Dermatologie a enregistré un total de 9833 nouveaux patients tous diagnostics confondus. Parmi eux, 174 cas de psoriasis ont été répertoriés dans les registres. Parmi ces derniers, 146 patients étaient inclus dans l'étude donnant une prévalence de **1,48%**. Vingt-huit dossiers n'ont pas été inclus car incomplets ou en doublon.

#### 6.1.2 Fréquence du psoriasis en fonction de l'année

La fréquence annuelle du psoriasis a varié de 1,10% à 2,31% entre 2010 et 2017 avec une moyenne de 18,25 patients par an, comme indiqué dans le tableau VI.

**Tableau VII: Répartition des cas de psoriasis et leur fréquence en fonction de l'année**

| Année        | Nombre de consultants | Nombre de cas de psoriasis | Fréquence   |
|--------------|-----------------------|----------------------------|-------------|
| 2010         | 743                   | 13                         | 1,75        |
| 2011         | 835                   | 13                         | 1,56        |
| 2012         | 1060                  | 13                         | 1,22        |
| 2013         | 1455                  | 18                         | 1,84        |
| 2014         | 1253                  | 21                         | 1,67        |
| 2015         | 1290                  | 16                         | 1,24        |
| 2016         | 1296                  | 30                         | <b>2,31</b> |
| 2017         | 1901                  | 21                         | 1,10        |
| <b>Total</b> | <b>9833</b>           | <b>146</b>                 | <b>1,48</b> |

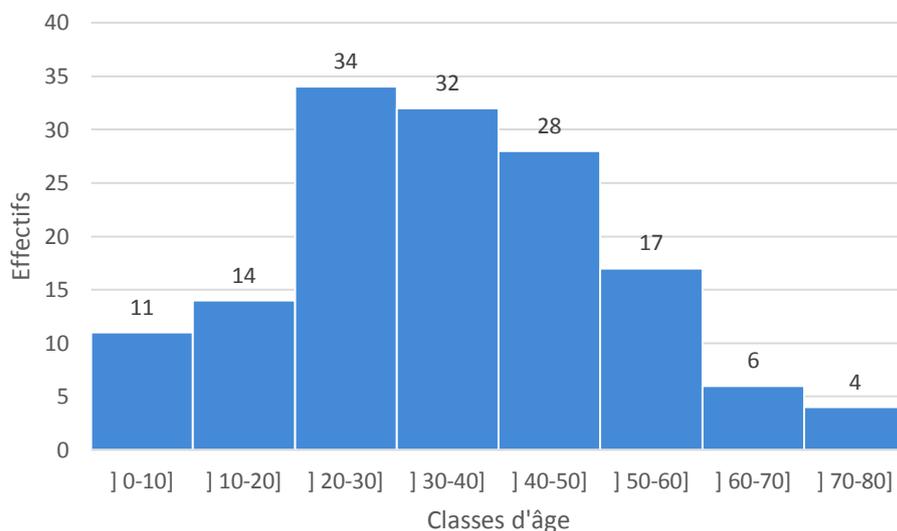
## 6. 2 Caractéristiques socio- démographiques des patients psoriasiques

### 6.2.1 Sexe

Notre étude a concerné 99 patients de sexe masculin (67,81 %) et 47 patients de sexe féminin (32,19 %) avec un sex-ratio de 2,10.

### 6.2.2 Age

L'âge moyen était de  $36 \pm 16,72$  ans avec des extrêmes d'âge de 1 à 72ans. La tranche d'âge majoritaire (23,29%) était celle de 21 à 30 ans (Figure 3). Parmi les 146 patients, 55, soit 37,67% avaient plus de 40 ans, 25 cas avaient moins de 21 ans et 11 cas étaient des enfants de moins de 11ans.



**Figure 3: Répartition par tranches d'âge des cas de psoriasis**

- Répartition par sexe et par tranches d'âge

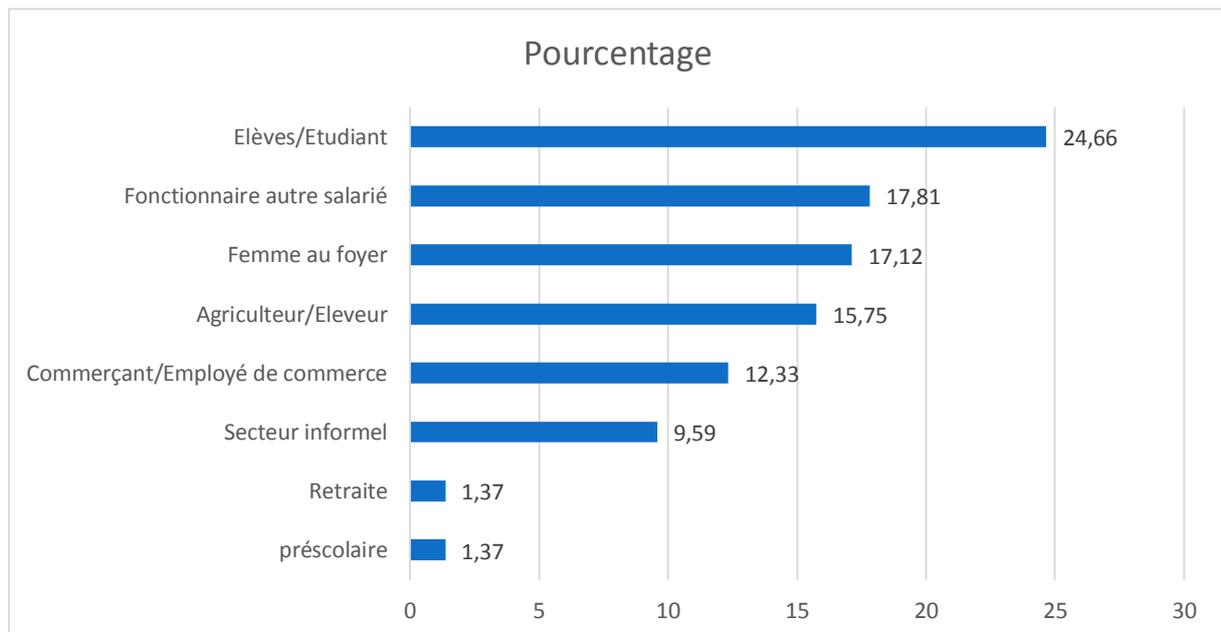
Le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge des 21 à 30 ans chez les hommes et dans celle des 31 à 40 ans chez les femmes. Le tableau VII donne la répartition des cas de psoriasis selon le sexe et la tranche d'âge des patients.

**Tableau VIII: Répartition des cas de psoriasis selon le sexe et la tranche d'âge.**

| Age en année | Sexe         |              |
|--------------|--------------|--------------|
|              | Masculin (%) | Féminin (%)  |
| ] 0-10]      | 5,05         | 12,77        |
| ] 10-20]     | 11,11        | 6,38         |
| ] 20-30]     | <b>22,22</b> | 25,53        |
| ] 30-40]     | 19,19        | <b>27,66</b> |
| ] 40-50]     | 22,22        | 12,77        |
| ] 50-60]     | 13,13        | 8,51         |
| ] 60-70]     | 4,04         | 4,26         |
| ] 70-80]     | 3,03         | 2,13         |
| <b>Total</b> | <b>100</b>   | <b>100</b>   |

### 6.2.3 Profession

Nous avons répertorié 08 catégories de profession (**figure 4**); parmi elles, les étudiants et élèves représentaient 24,66%, les fonctionnaires et assimilés 17,81% et les femmes au foyer 17,12%.



**Figure 4: Répartition des cas de psoriasis en fonction de leur profession**

### 6.2.4 Provenance

Cent treize (113) de nos patients, soit 77,40 % des cas, habitaient en milieu urbain tandis que 33 patients, soit 22,60%, venaient de communes rurales.

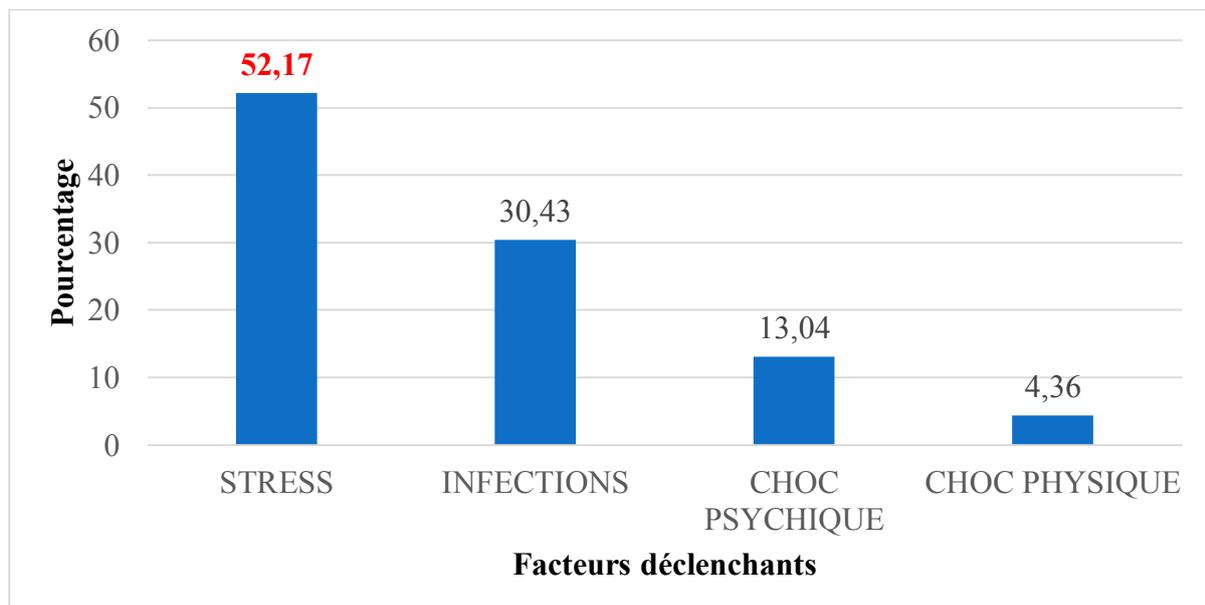
## 6.3 Aspects cliniques du psoriasis

### 6.3.1 Antécédents médicaux et comorbidités chez les patients psoriasiques

Parmi nos 146 patients, nous avons noté des antécédents pathologiques chez 28 patients.-Il s'agissait: d'un épisode antérieur de psoriasis chez 17 cas, soit 11,64% des patients, d'une notion de cas de psoriasis dans la famille chez 6 patients (4,10%), d'une infection par le VIH chez 4 patients (2,73%) et d'un cas de diabète (0,67%).

### 6.3.2 Facteurs déclenchant identifiés au cours du psoriasis

Dans notre étude, nous avons identifié des facteurs déclenchant chez 23 patients (15,75 %) dont les principaux étaient: le stress (52,17%) et les infections (30,43%). Cela est illustré par la **figure 5**.



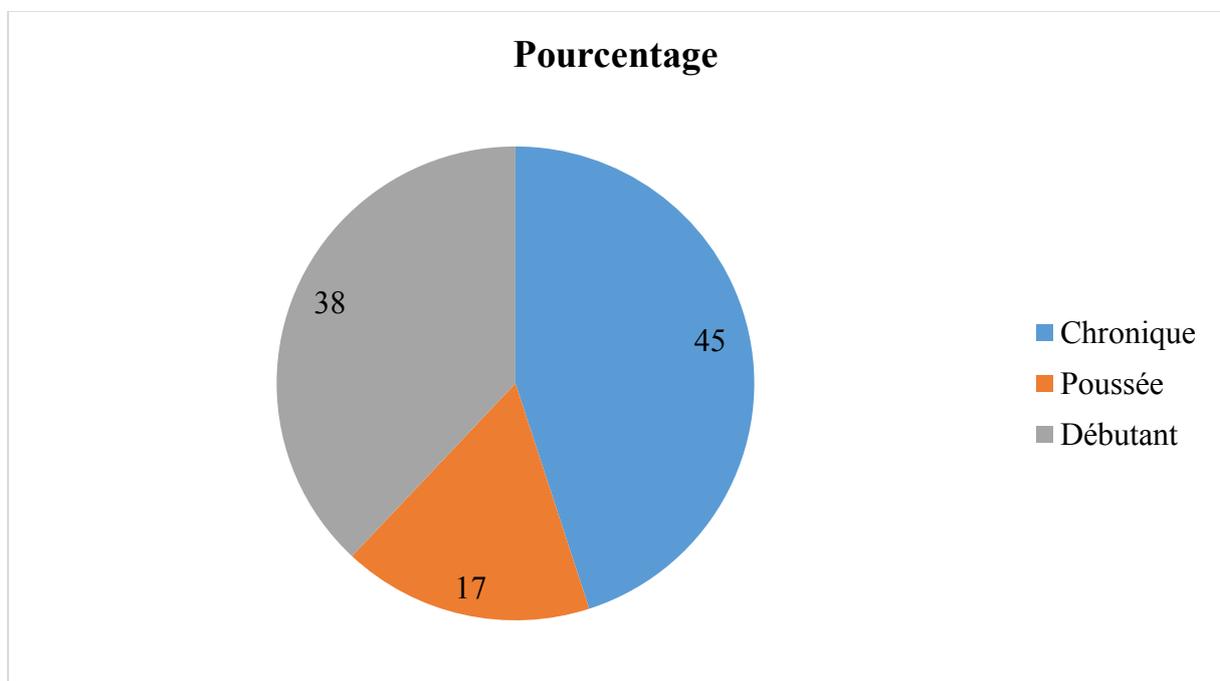
**Figure 5: Répartition des différents facteurs déclenchant identifiés chez les patients psoriasiques**

### 6.3.3 Délai de consultation des patients psoriasiques après le début de leur maladie

Parmi nos patients, 56, soit 38,36 %, ont consulté dans le délai de 1 à 6 mois après le début de leur maladie et 54 cas (36,99%) ont consulté après une durée d'évolution supérieure à 6 mois.

### 6.3.4 Mode évolutif du psoriasis

Au moment de la première consultation de nos patients, le psoriasis était débutant chez 38,36 % des cas; il évoluait sur le mode chronique dans 45,21 % des cas. La figure 6 montre la répartition des patients selon le mode évolutif.



**Figure 6: Répartition des patients selon le mode évolutif de la maladie à l'admission**

### 6.3.5 Impact du psoriasis sur la qualité de vie

Quatre-vingt-sept (87) de nos patients, soit 41,23% avaient signalé ressentir une gêne due à la maladie à type de préjudice esthétique et/ou fonctionnelle.

### 6.3.6 Signes fonctionnels et généraux enregistrés au cours du psoriasis

Les signes fonctionnels retrouvés chez nos patients étaient le prurit, présent chez 13,70 % des patients (20/146). Les signes généraux étaient retrouvés chez 03 patients (2,05%) à type d'asthénie et fièvre.

### 6.3.7 Fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis

Les principales formes cliniques étaient représentées par le psoriasis en plaques avec 128/146 cas (84,9%) dont le psoriasis cutané en plaques limitées (48,63 %), le psoriasis en plaques profus ou universalis (15,75 %), le psoriasis en plaques du cuir chevelu(15,75 %)et celui palmo-plantaire (4,79%).Le psoriasis généralisé ou érythrodermique était survenu chez 2,74% des cas. Les différentes formes cliniques sont répertoriées dans le tableau VIII.

**Tableau IX: Répartition par fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis**

| <b>Formes</b>                              | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|-----------------|--------------------|
| Psoriasis (P) en plaques cutanées limitées | <b>71</b>       | <b>48,63</b>       |
| P. en plaques profuses (universalis)       | <b>23</b>       | <b>15,75</b>       |
| P. en plaques limitées au cuir chevelu     | <b>23</b>       | <b>15,75</b>       |
| P. en plaques palmo-plantaires             | 7               | 4,79               |
| Psoriasis inversé                          | 5               | 3,42               |
| P. génital isolé                           | 6               | 4,11               |
| P. en gouttes                              | 7               | 4,79               |
| P. érythrodermique                         | 4               | <b>2,74</b>        |
| <b>Total</b>                               | <b>146</b>      | <b>100</b>         |

### 6.3.8 Topographie des lésions de psoriasis

Au cours de notre étude, nous avons dénombré 118 cas de psoriasis en plaques dont la topographie des lésions se présentait comme suit : les atteintes du cuir chevelu (16,94%) étaient les plus fréquentes suivi des atteintes du coude (11,86%) et des régions palmo-plantaires (13,55%). Le tableau IX donne la répartition des patients en fonction de la topographie des lésions.

**Tableau X : Répartition des patients en fonction de la topographie des lésions.**

| <b>Localisation des lésions</b>    | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Cuir chevelu                       | <b>20</b>        | <b>16,94</b>       |
| Visage                             | 07               | 5,93               |
| Coudes                             | <b>14</b>        | <b>11,86</b>       |
| Membres supérieurs (hormis coudes) | 12               | 10,16              |
| Ongles                             | 05               | 4,23               |
| Lombo-sacré                        | <b>15</b>        | <b>12,71</b>       |
| Ombilic                            | 04               | 3,38               |
| Genoux                             | 11               | 9,32               |
| Faces externes des jambes          | 08               | 6,77               |
| Plis                               | 06               | 5,08               |
| Paumes et plantes des pieds        | <b>16</b>        | <b>13,55</b>       |
| <b>Total</b>                       | <b>118</b>       | <b>100 %</b>       |

### **6.3.9 Prévalence du phénomène de Koëbner**

Parmi nos 146 patients, la présence du phénomène de Koëbner a été explicitement signalée chez 3 patients (2,05%).

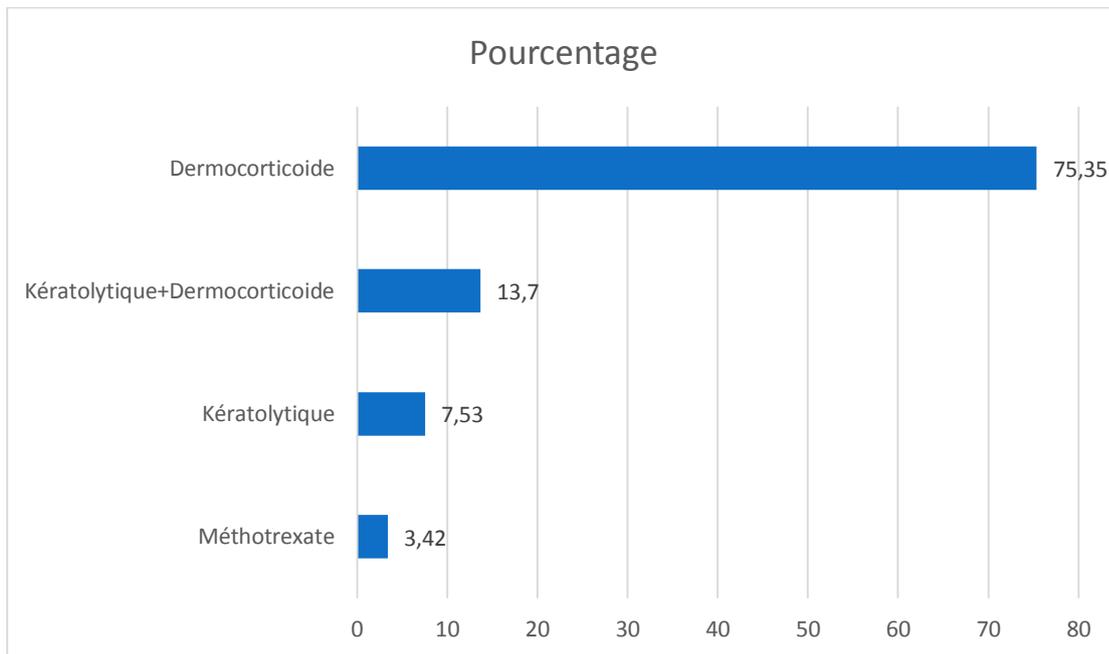
### **6.3.10 Histologie**

La confirmation histologique a été nécessaire chez 03 patients. Les résultats de l'anatomopathologie étaient en faveur du psoriasis dans les 03 cas.

## 6.4 Aspects thérapeutiques et évolutifs

### 6.4.1 Traitements administrés au cours du psoriasis

En cas de psoriasis, le dermatologue prescrivait le plus souvent des dermocorticoïdes (75,35% des cas) parfois associés à un Kératolytique (13,70% des cas), au méthotrexate ou à un émollient. La figure 7 indique les différentes médications utilisées dans le traitement du psoriasis en pourcentage.



**Figure 7: Répartition des produits utilisés dans le traitement du de psoriasis**

### 6.4.2 Modalités évolutives du psoriasis sous traitement

- **Evolution à 1 mois**

Parmi nos patients, 121 (82,88%) étaient revenus au contrôle au bout de 1 mois soit un taux de perdu de vue à 17,12%; l'évolution clinique était favorable chez 112 patients (92,56%).

- **Evolution à 3 mois**

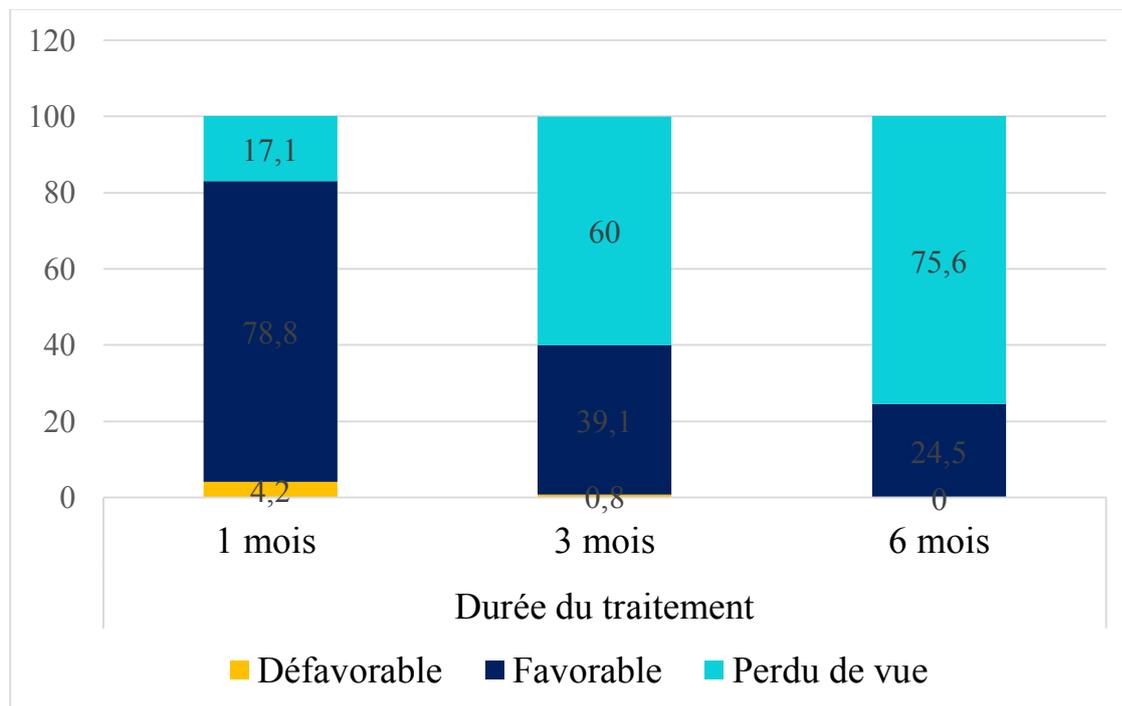
Soixante-quatorze (74) patients étaient venus au contrôle au bout de 3 mois soit un taux de perdu de vue à 60,01% avec évolution clinique favorable chez 28 patients

(37,83%), un blanchiment complet des lésions chez 19 patients (25,67% ) et une évolution peu favorable chez 1 patient (0,83%).

- **Evolution à 6 mois**

Parmi nos patients, 11 étaient venus au contrôle au bout de 6 mois soit un taux de perdu de vue à 75,6% avec un blanchiment complet des lésions chez 7 patients (63,63%), une évolution clinique favorable chez 4 patients (36,36%).

La figure 8 donne la répartition des cas en fonction des modalités évolutives



**Figure 8: Répartition des cas de psoriasis en fonction des modalités évolutives au 1er, au 3ème et 6ème mois de traitement**

# **DISCUSSION**

## **VII. Discussion et commentaires**

### **7.1. Limites de l'étude**

Notre étude s'étant déroulée uniquement dans le service Dermatologie du CHUSS, nos résultats constituent des fréquences hospitalières dans un centre de référence, qui ne sont pas forcément extrapolables à la population générale. Il s'est agi d'une étude rétrospective qui a présenté des limites inhérentes à ce type d'étude. Il s'agissait notamment du manque de complétude de certains dossiers médicaux, amenant à les exclure de l'analyse;

Malgré ces limites, cette étude a permis d'obtenir des résultats sur la fréquence du psoriasis dans le service de dermatologie du CHUSS, de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, de décrire les traitements administrés et l'évolution après traitement, suscitant quelques observations et commentaires.

### **7. 2. Les aspects épidémiologiques**

#### **7. 2. 1. La fréquence globale**

Durant les 8 ans de l'étude (2010-2017), nous avons enregistré 146 cas de psoriasis sur 9833 consultants, soit en moyenne 18,25 patients par an et une prévalence globale de **1,48 %**.

Ce résultat était proche de celui trouvé par Andonaba et coll. [11] dans le même service à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso entre 2002 et 2008 qui étaient de 1,7%. Par contre, il était relativement supérieur à celui enregistré à Ouagadougou par Barro et coll. qui était de 0,56% entre 2009 et 2011. D'autres auteurs en Afrique de l'Ouest ont enregistré des prévalences moindres. Ainsi, Touré au Mali en 2009 [68], Kourouma en Côte d'Ivoire [9], Dioussé et coll. au Sénégal [7] ont retrouvé respectivement des prévalences de 0,9%, 0,5% et 0,81% en milieu hospitalier.

En Afrique du Nord, Abd-El-Aziz EL-Taweel et coll. [69] ainsi que Ammar-Khodja et coll. [71] ont rapporté des prévalences hospitalières respectives de 0,5% en Egypte et entre 0,2% et 0,3% au Maghreb.

Notre résultat était également proche de ceux de Braathen et coll.[54] en Norvège, de Falk et coll. [56] en Norvège, et de Gelfrand et coll. [58] au Royaume Uni, qui ont

rapporté des prévalences respectives de 1,4%, 1,4%,et 1,5%; ainsi que de Choon et coll. [63] en Malaisie avec 1,43 % chez les enfants.

Mais cette prévalence était inférieure à celles trouvées par d'autres auteurs aux Etats Unis, en Europe ou en Asie

En effet Rachakonda et coll. [51] aux Etats-Unis, García-Doval et coll. [57], en Espagne et Sinniah et coll. [62] en Malaisie, ont rapporté des prévalences hospitalières respectives de 3,2%, 10% et 9,5%.

Des prévalences en population de 3,15% et de 2,0% ont été rapportées respectivement par Shanu KohliKurd et coll. aux Etats Unis et par Schlander et coll. en Allemagne.

Ainsi, durant deux périodes différentes, la prévalence du psoriasis à Bobo-Dioulasso semble plus élevée que celles rapportées par plusieurs études africaines et se rapproche des chiffres européens. Nous n'avons pas d'explication tangible à cette discordance de résultats au niveau des études dans notre pays et dans la sous-région que des études plus approfondies permettraient éventuellement de déceler.

Le psoriasis est en effet, réputé rare chez le sujet noir [73]. Une étude menée en population américaine par Gelfand et coll. [52] en 2005 avait trouvé une prévalence du psoriasis à 2,5% chez les patients caucasiens contre 1,3% chez les patients afro-américains.

### **7. 2. 2. Le sexe**

Notre étude a noté une prédominance masculine à 67,81% et un sex-ratio H/F de 2,10. Ce résultat était similaire à ceux rapportés par Barro et coll. [10] à Ouagadougou au Burkina Faso-par Ndiaye [8] au Sénégal et par Kourouma [9] en Côte d'Ivoire qui ont rapporté des prédominances masculines avec respectivement un sex-ratio de 1,47, 1,55 et 2,9.

En Afrique du Nord, Ammar et coll. [67] en Tunisie ont également noté une prédominance masculine à 64% de même que Aomar Ammar-Khodja et coll. [71] qui ont trouvé une prédominance masculine à 55% et 61%, respectivement en Algérie et au Maroc.

Jin Yong Lee [64] en Corée a rapporté un sex-ratio à 1,3.

Par contre, Sinniah et coll. [62] en Malaisie ont rapporté une prédominance féminine à 53, 5%.

Mahé [72].au Sénégal avait émis l'hypothèse selon laquelle l'usage répandu par les femmes de cosmétiques à base de corticoïdes dans le but de dépigmentation artificielle pourrait masquer les lésions de psoriasis chez ces dernières et justifier en partie leur moindre représentativité.

### **7. 2. 3. L'âge**

L'âge moyen de nos patients était de  $36 \pm 16,72$  ans et parmi eux, 82,86 % avaient plus de 20 ans et 11(7,53%) avaient moins de 10 ans.

Ces résultats sont semblables à ceux de Barro et coll. [10] à Ouagadougou au Burkina Faso, d'Ammar et coll. [67] en Tunisie, d'ElJammal et coll. [65] au Maroc, d'Essamet coll. [70] en Egypte. En effet Barro et coll. avaient trouvé un âge moyen à 34,53 ans. Pour Ammar et coll., l'âge moyen était de 38,4 ans. Au Maroc, l'âge moyen était de  $32,8 \pm 17,5$  années selon El Jammal et coll. et Essam et coll. avaient trouvé un âge moyen de 31 ans.

La tranche d'âge majoritaire (23,29 %) était celle des]20-30] ans. Ces données sont semblables à celles de Barro et coll. [10], de Kawtaret coll. et de ZIN et coll. au Maroc [66]. Leurs études avaient également trouvé comme nous que cette tranche d'âge, constituée d'adultes jeunes, occupe une place prépondérante parmi les patients.

### **7.2.4 Profession**

Les étudiants et élèves (24,66%), ont dominés le groupe des catégories socioprofessionnelles suivi par les fonctionnaires et assimilés (17,81%) et les femmes au foyer (17,12%). Ces résultats sont similaires à ceux de Barro et coll. [10] à Ouagadougou, qui avaient trouvé que les ménagères représentaient 21,3% des consultants, les élèves 20% et les fonctionnaires 14,7%. Ces catégories socioprofessionnelles constituent le groupe des jeunes adultes actifs qui sont souvent exposés au stress et fréquentent le plus les centres de santé. En Egypte, Essam et coll. avaient conclu que 81,7% des élèves et des étudiants avaient un important facteur de risque pour le psoriasis (RC = 2,69, 95% CI: 1,13-6,49).

### **7.2.5 Provenance**

Dans notre étude, 77,40 % des patients habitaient en zone urbaine tandis que 22,60% venaient de communes rurales. Cela correspond à peu près à la provenance des consultants du service de dermatologie du CHUSS où 79 à 88% des patients proviennent de Bobo-Dioulasso selon les études antérieures.

Ces résultats sont semblables à ceux de Kourouma et coll. [9] en Côte d'Ivoire qui ont noté que 84,1% de leurs patients résidaient à Abidjan et sa banlieue.

## **7.3 Aspects cliniques**

### **7.3.1 Antécédents médicaux et comorbidités**

Des antécédents pathologiques ont été trouvés chez 28 patients sur les 146 dont 17 cas (14,28%) d'antécédents familiaux de psoriasis (figure 3).

Des proportions plus élevées ont été trouvées par Rigopoulos et coll. [65] en Grèce et par Essam et coll. [70] en Egypte avec respectivement 35% et 19%. Le VIH était associé au psoriasis dans 2,73% des cas (4 patients) mais la sérologie VIH n'a pas été systématique. Kourouma et coll. en Côte d'Ivoire et Dioussé et coll. au Sénégal avaient rapporté respectivement 4% et 1,31% des cas de sujets séropositifs au VIH.

### **7.3.2 Facteurs déclenchants**

Dans notre étude nous avons décelé des facteurs déclenchant chez 25 patients (15,75%). Et les principaux facteurs déclenchants étaient: le stress (52,17%) et les infections (30,43%). (**Figure 4**).

Ces données sont similaires à celles retrouvées par Barro et coll. [10] au Burkina Faso, par Abd EL-Aziz El-Taweel, et coll. [69] et Essam et coll. [70] en Egypte et par Rigopoulos et coll. [59] en Grèce où le stress était le premier facteur déclenchant incriminé.

En effet Barro et coll. à Ouagadougou ont rapporté 7 cas de stress chez les 19 patients chez qui un facteur déclenchant avait été noté. Abd EL-Aziz El-Taweel et coll [69], et Essam et coll. [70] ont rapporté des proportions du stress estimées à respectivement 86,1% et 82% dans les facteurs déclenchants. Quant à Rigopoulos et coll. en Grèce [60],

ils avaient trouvé que le stress était la cause principale de l'exacerbation du psoriasis dans leur étude.

### **7.3.3 Délai de consultation après le début de la maladie**

Nous avons noté que 54 cas (36,99%) ont consulté après une durée d'évolution supérieure à 6 mois. Ndiaye et coll. [8] au Sénégal avaient rapporté que la durée d'évolution moyenne des lésions était de 2 ans.

Le long délai de consultation dans nos contrées pourrait être dû au parcours thérapeutique particulier de nos patients passant par l'automédication avant d'arriver aux dermatologues qui sont par ailleurs peu nombreux.

### **7-3-4 L'impact du psoriasis sur la qualité de vie**

Dans notre étude, quatre-vingt-sept (87) patients (41,23%) avaient signalé ressentir une gêne due à la maladie. Le score PASI n'a pas pu être effectué dans la présente étude, dû à l'insuffisance des données cliniques permettant de le calculer. Cette limite est fréquente dans les études rétrospectives.

### **7-3-5 Fréquence des signes fonctionnels et généraux**

Les signes fonctionnels étaient retrouvés chez 20 (16,59%) des patients et étaient dominés par le prurit. Les signes généraux étaient retrouvés chez 03 (2,05%) des patients.

Barro et coll. [10] au Burkina Faso, Ndiaye, et coll. au Sénégal [8] et AbdEl-Aziz El-Tawelet coll. [69] en Egypte, ont rapporté dans leurs différentes études que le principal signe fonctionnel retrouvé était le prurit avec des pourcentages respectifs de 54,8%, 84% et 93,1%. Sa fréquence pourrait s'expliquer par la forte utilisation des plantes médicinales traditionnelles par les patients pouvant constituer des facteurs déclenchants ou aggravant du psoriasis [8].

### **7-3-6 Fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis**

Le psoriasis en plaques avec 84,93% des cas, était la forme clinique la plus fréquente chez nos patients. Cela a été constaté également dans toutes les séries de la sous-région ouest africaine, notamment à par Barro [10] à Ouagadougou (84,5 %), Kourouma [9], à Abidjan (78,8%) et Dioussé [7] à Thiès (78,95%).

En Afrique du Nord, Ammar [56] en Tunisie, El Jammal [54] au Maroc ont trouvé respectivement des fréquences du psoriasis en plaques à 79,5% et 73,8%.

En Asie, Choon [63] en Malaisie et Jin Yong Lee [64] en Corée avaient noté des fréquences respectives de 89,1% et 83,3%.

Les formes graves étaient représentées essentiellement par l'érythrodermie, qui constituait souvent la circonstance de découverte de la maladie.

## **7-4 Aspects thérapeutiques et évolutifs**

### **7-4-1 Différents traitements administrés au cours du psoriasis**

Dans notre étude, les topiques locaux dominaient les prescriptions notamment les dermocorticoïdes seuls dans 75,35% des cas; ceux-ci étaient parfois associés à un kératolytique (dans 13,70% des cas) ou au méthotrexate ou à un émollient. Les dérivés de la vitamine D ont été rarement utilisés et les puvathérapies ou les biothérapies ne sont pas encore disponibles dans notre contexte.

### **7-4-2 Modalités évolutives sous traitements**

Nous avons enregistré un taux de suivi de 82,88% à un mois, de 37,83% au 3<sup>ème</sup> mois et de 24,44% à 6 mois et aucun décès relevé.

Dans notre étude l'évolution clinique sous traitement était favorable chez 115 patients (78,75%) à 1 mois. Au 3<sup>ème</sup> mois, 50% étaient perdus de vue. Néanmoins 25,67% de ceux qui ont été revus avaient un blanchiment des lésions et à 6mois, 63,63% des patients revus avaient un blanchiment des lésions. L'intégration de la notion de "maladie chronique" à propos du psoriasis doit être bien comprise des patients pour une meilleure acceptation de leur situation et une observance du traitement.

En Côte d'Ivoire, Kourouma et coll. [9] avait retrouvé une évolution clinique sous traitement favorable chez 33% des patients à J15, 32,5% à J30, 82% à J60 et 3,5% à J90. Aucun cas de décès n'a été enregistré. Ndiaye et coll. au Sénégal [8] a également noté que l'évolution était favorable chez 67 malades (65%) avec un blanchiment quasi complet des lésions après un délai moyen de 8 mois.

Ces données montrent que le psoriasis est une maladie bénigne dans l'ensemble et que le traitement bien suivi était généralement couronné de succès.

**CONCLUSION**

## CONCLUSION

Au terme de notre étude, il ressort qu'au CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso, la prévalence du psoriasis s'avère un peu élevée par rapport aux données des autres études de la sous-région. De 2010 à 2017, la prévalence du psoriasis y était de 1,48% avec une prédominance masculine et chez des jeunes adultes. Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient concernées. La notion d'épisode antérieur, de cas familial était retrouvée chez certains et le stress était le premier facteur déclenchant incriminé. Le prurit était relativement fréquent. La forme commune ou psoriasis vulgaire était la principale forme clinique et le cuir chevelu était la localisation topographique préférentielle. Quelques cas graves étaient observés ainsi que des cas infantiles. La corticothérapie locale permettait une amélioration clinique dans la plupart des cas au bout d'un mois avec un taux de suivi diminuant au fil des contrôles. Une étude prospective et de préférence multicentrique permettrait de mieux appréhender le psoriasis en milieu africain.

**SUGGESTIONS**

## SUGGESTIONS

Nous formulons les suggestions suivantes :

➤ Au Ministre de la Santé

Former des spécialistes en dermatologie, et créer un cadre de consultations ponctuelles pour parer à l'inaccessibilité géographique qui pourrait expliquer la faible proportion de patients venant hors de la ville de Bobo-Dioulasso et le long délai de consultation.

➤ Au Directeur Général du CHUSS

- ✓ Doter le service de Dermatologie d'un ordinateur pour conserver les dossiers et iconographies sous formes de fichiers électroniques, sauvegardés sur plusieurs supports
- ✓ Créer un cadre de collaboration avec les psychiatres et les psychologues

➤ A l'Equipe du Service de Dermato-vénérologie:

- ✓ Former sur le site, des médecins généralistes de la périphérie pour le suivi des patients psoriasiques.
- ✓ Adopter un protocole sur la prise en charge du psoriasis dans le service.
- ✓ Améliorer la conservation et l'archivage des dossiers cliniques
- ✓ Mettre en place un cadre d'éducation thérapeutique et un groupe de soutien

➤ Aux Patients

- ✓ Consulter tôt un spécialiste avant la phase de sévérité devant une dermatose trainante
- ✓ Eviter l'application des produits traditionnels car ces produits peuvent induire un prurit ou aggraver le psoriasis.
- ✓ Eviter l'automédication

# **REFERENCES**

## REFERENCES

1. Saurat JH. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Paris: Elsevier Masson, 2008: 269
2. Lacour J Ph. Formes typiques du psoriasis. In:Thivolet J, Nicolas JF. Psoriasis: de la clinique à la thérapeutique. Paris: Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997 : 35-37
3. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE et coll. Global epidemiology of psoriasis: asystematicreview of incidence and prevalence ; J Invest Dermatol. 2013;133(S2):377-85.
4. Suite M .The Epidemiology of Psoriasis in a Dermatology Clinic in a General Hospital in Port-of-Spain, Trinidad and Tobago, West Indies. West Indian Med J 2006; 55 (S6): 1
5. Andrew F.A, Blackcloud P, BA S.R.D. Psoriasis in Skin of Color: Epidemiology, Genetics, Clinical Presentation, and Treatment Nuances. J Clin Aesth Dermatol 2014; 7(11):16–24.
6. Benchikhi H, Amal S, Ammar-Khodja A. et coll. Étude PSOMAG prévalence des cas de psoriasis au Maghreb. Ann Dermatol Vénérol 2012; 139 (12): 162-163.
7. Dioussé P, Ly F, Ndiaye M et coll. Profil épidémiologique, clinique et évolutif du psoriasis dans la région de Thiès au Sénégal Dakar Med.2015;60(1) suppl
8. Ndiaye M, Ly F, Dioussé P et coll. The characteristics of severe forms of psoriasis on pigmented skins: A retrospective study of 102 cases in Dakar, Senegal. Our Dermatol Online. 2017; 8(2):138-142.
9. Kourouma HS, Sangaré A, Kaloga M et coll. Psoriasis sur peau noire: Etude de 447 cas en Côte d’ivoire Dakar Med.2015;60(S1) suppl
10. Barro/Traoré F, Korsaga/Somé N, Kopa PYet coll. Aspects épidémiologiques et cliniques du psoriasis à Ouagadougou. Dakar Med.2015; 60(S1) suppl
11. Andonaba JB, Barro-Traoré F, Diallo B et coll. Aspects épidémiologiques des affections dermatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso. Ann. Afr. Med. 2010; 4(1): 668-77.

12. Dréno B et coll. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Ann dermatol vénérol.* 2009; 136 (S6): 247-251
13. Medicine key. Anatomie-Physiologie. <https://clemedicicine.com/18-anatomie-physiologie/> Consulté le 22/05/2018.
14. D Julien. Physiopathologie du psoriasis. *Ann dermatol vénérol* 2012;139: 568 - 572
15. Tiphaine OM et coll. La génétique du psoriasis [tiphaine.mellakh.com/these/node37.html](http://tiphaine.mellakh.com/these/node37.html) consulté le 24/03/2018
16. Adèle DM, Bouaziz J-D, Battistella M. et coll. Immunopathology of psoriasis. *Med Sci (Paris)* 2016; 32: 253–259
17. Brauchli YB, Jick SS, Curtin F et coll. Lithium, antipsychotics, and risk of psoriasis. *Br J Dermatol*, 2008; 158: 1 299-1 307. Cohen AD, Bonnef D, Reuveni H et al. Drug exposure and psoriasis vulgaris: case-control and case-crossover studies. *Acta DermVenereol*, 2005; 85: 299-303.
18. M. Kemula. Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie : Médicaments inducteurs de psoriasis 2012; 212
19. Ledoux M, Chazerain V, Saiag P. et coll. Streptococcal perianal dermatitis and guttate psoriasis. *Ann dermatol vénérol.* 2009; 136(S1): 37-41
20. Clabaut A, Viseux V. Prise en charge du psoriasis de l'enfant. *Ann dermatol vénérol.* 2010; 137(S5) : 408-415
21. Al'Abadie MS Kent GG, Gawkrödger DJ. La relation entre le stress et l'apparition et l'exacerbation du psoriasis et d'autres affections cutanées. *Br J Dermatol* 1994; 130(S2): 199-203
22. Hammami H. Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie: Psoriasis et comorbidités cardiométaboliques. 2012;217
23. Cheng J, Kuai D, Zhang L et coll. Psoriasis increased the risk of diabetes : a meta-analysis. *Arch Dermatol Res.* 2012; 304: 119-125.
24. Armesto S, Coto-Segura P, O suna CG et al. Psoriasis and hypertension: a case-control study. *J EurAcad Dermatol Venereol.* 2012;26(S6):785-788
25. Salvador AS, María J E-C, José A-F. The Koebner phenomenon: psoriasis in tattoos. *CMAJ.* 2013; 185 (7): 585

26. - Passeport Santé: Psoriasis - Symptômes, Causes, Avis et Traitements. Consulté [le 12/05/2018]. URL : <https://www.passeportsante.net>.
27. Sassolas B. Psoriasis circiné. In: Thivolet J, Nicolas JF. Psoriasis: de la clinique à la thérapeutique. Paris: Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997 : 58-60
28. Bécherel P-A, Princès C. Psoriasis pustuleux. In: Thivolet J, Nicolas JF. Psoriasis: de la clinique à la thérapeutique. Paris: Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997:38-44
29. Catherine L. Psoriasis. *Ann Dermatol Vénérol.* 2015; 142 (S2) :73-82
30. Psoriasis inversé. In: Thivolet J, Nicolas JF. Psoriasis: de la clinique à la thérapeutique. Paris: Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997 : 79
31. Hugues R. Psoriasis universalis. In: Thivolet J, Nicolas JF. Psoriasis: de la clinique à la thérapeutique. Paris: Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997
32. Psotherapy. Le psoriasis érythrodermique.  
<https://www.psotherapy.fr/psoriasis/classification-et-les-formes/le-psoriasis-%C3%A9rythrodermique/> Consulté le 02/06/2018
33. Berner J, Zufferey P. Psoriasis arthropathique. *Rev Med Suisse* 2015; 11:139-142
34. Fener P. Psoriasis et infection à VIH. [sidasciences.inist.fr/?Psoriasis-et-infection-a-VIH](http://sidasciences.inist.fr/?Psoriasis-et-infection-a-VIH). Consulté le 02/06/2018
35. Menon K, Van Voorhees AS, Bebo BF Jr et coll. Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am AcadDermatol.* 2010; 62 (S2): 291-9
36. Laffitte E, Izakovic J. Psoriasis de l'enfant. *Rev Med Suisse* 2007; 3: 3228
37. Sébastien Menzinger, Laffitte E. Dermite séborrhéique: manifestations cliniques et prise en charge. *Rev Med Suisse* 2011; 7:752-758
38. Richard MA. Psoriasis: bilan pré thérapeutique pratique. *Ann dermatol vénérol.* 2011; 138(S12):813-820
39. Guilhou. J.J. Pathogénie du psoriasis médecine/sciences.1993 ; 9 : 112-6
40. Bonnetblanc JM et coll. Psoriasis. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie.* 2012;139(S11):A112-A120

41. Thielen AM, Laffitte E. Traitements topiques du psoriasis en 2009. Rev Med Suisse 2009;5: 876-881
42. Roguedas-Contios AM, Garcia-Le Ga C. Dermocorticoïdes en dermatologie : modes d'action, indications, contre-indications, modalités d'application mt, 2005 ; 11 (S2)
43. Dictionnaire Vidal 94° Éd. Paris:Lavoisier; 2018 :18070
44. EUCERIN.Psororiasis: Manifestations, causes et solutions. <https://www.eucerin.fr/a-propos-de-la-peau/indications/psoriasis> Consulté le 02/06/2018
45. Beani JC, Jeanmougin M. Narrow-band UVB therapy in psoriasis vulgaris: Good practice guideline and recommendations of the French Society of Photodermatology. Ann Dermatol vénérol. 2010;137(S1)21-31
46. L. Dubertret. Acitrétine. Ann dermatol vénérol. 2011;138(S12)829-832
47. Paul C, Garat H. Cyclosporine. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 2011;138(S12)836-838
48. Inani K, Meziane M, Mernissi F. Méthotrexate et psoriasis: à propos de 46 cas. Pan Afr Med J. 2014; 19: 84.
49. Martins GA, Arruda L. Systemic treatment of psoriasis - Part I: methotrexate and acitretin\* An. Bras. Dermatol. 2004;79(S3) vol.79 no.3 Rio de Janeiro May/June 2004
50. Julien D et coll. Psoriasis. Dermatologie et maladie sexuellement transmissibles 6ème édition Elsevier-Masson 2016; 1246
51. Rachakonda TD, Schupp CW , Armstrong AW. La prévalence du psoriasis chez les adultes aux États-Unis. J Am Acad Dermatol. 2014;70 (3): 512-6
52. Gelfand J M, Weinstein R, Porter S B et coll. The prevalence of psoriasis in African Americans: results from a population-based study J Am Acad Dermatol. 2005;52(1):23-6
53. Shanu Kohli Kurd M H S, Gelfand J.M. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: Results from NHANES 2003-2004 Journal of the American Academy of Dermatology. 2009;60(S2), :218-220

54. Braathen LR, Botten G , Bjerkedal T. Prevalence of psoriasis in Norway. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989; 142: 5-8
55. LR Braathenet coll. Incidence and Risk Factors for Psoriasis in the General Population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989; 142:9-12
56. Falk ES, Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1993;1826:9
57. García-Doval, FealC, Rosón E et coll. Inpatient dermatology: characteristics of patients and admissions in a Spanish hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002; 16 (4): 334-8
58. Joel M, et coll. Prevalence and Treatment of Psoriasis in the United Kingdom A Population-Based Study *Arch Dermatol*. 2005;141(12):1537-1541
59. Rigopoulos D, Gregoriou S , Katrinaki A. et coll. Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate *Eur J Dermatol*. 2010;20(2):189-95
60. Schlander M, Schwarz O, ViapianoMet coll. Administrative prevalence of psoriasis in Germany. *Value in health journal* November 2008,;11(S6):A615-A616
61. Bhandary PR, Sanath P.K, Narendra J. S et coll. Clinico-epidemiological study of Psoriasis and associated co-morbidities. *IAIM*, 2016; 3 (S3): 118-122
62. Sinniah B, Saraswathy D.S, Prashant BS. Epidemiology of psoriasis in Malaysia: a hospital based study. *Med J Malaysia* 2010; 65(S2):112-4.
63. Choon SE, Ngim CF, Premaa S et coll. Clinico-epidemiological profile, including body mass index of Malaysian children with psoriasis. *Med J Malaysia*. 2016; 71(4):171-176.
64. Jin Yong Lee, Kang S, Park J.S. et coll. Prévalence du psoriasis en Corée: Une étude épidémiologique basée sur la population utilisant la base de données de l'assurance maladie nationale coréenne *Ann Dermatol* . 2017; 29 (S6): 761-767
65. El Jammal, Hani M. Psoriasis : Etude épidémiologique au service de dermatologie du Chu Ibn Rochd Toubkal : Le Catalogue National des Thèses et Mémoires Maroc

66. Zin E k et coll. Psoriasis et syndrome métabolique.  
URL:[scolarité.fmpusmba.ac.ma/cdim/mediatheque/memoires/e\\_memoires/12-11](http://scolarité.fmpusmba.ac.ma/cdim/mediatheque/memoires/e_memoires/12-11)  
Consulté le 23/04/2018
67. Ammar M, Zaraa I, Bouchleka Souissi C. et coll. Le psoriasis familial: étude descriptive à propos de 9 familles. *La Tunisie Médicale* 2009 ; 87 (11): 750-54
68. Abd El-Aziz El-Taweel, Hamed A, Hashim H. Epidemiology of Psoriasis in Damietta Governorate, *Egypt Med. J. Cairo Univ.* 2016;84(S2):119-124
69. Essam A, El-Moselhy, Saad Nada I et coll. Psoriasis and psoriatic arthritis: characteristics and risk factors among adult patients in Egypt. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine.* 2012; 47:301-320
70. Ammar-Khodja A, Bakar B, Benkaidal I et coll. Prévalence du Psoriasis en médecine générale et en dermatologie au Maghreb. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2012;60:S132
71. Mahe A, et coll. Skin disease associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol.* 2003; 148:493-50065.
72. Ly F, Ndiaye Diop MT, Nkoro G et coll. Le psoriasis : particularités cliniques sur peau noire et comorbidités. *Dakar Med.* 2015 ; 60 (SI) suppl.
73. Touré S et coll. Les dermatoses courantes de l'adulte au chu Gabriel Touré [Keneya.net/fmpos/theses/2011/med/pdf/11M14](http://Keneya.net/fmpos/theses/2011/med/pdf/11M14)

# **ICONOGRAPHIE**

## ICONOGRAPHIE



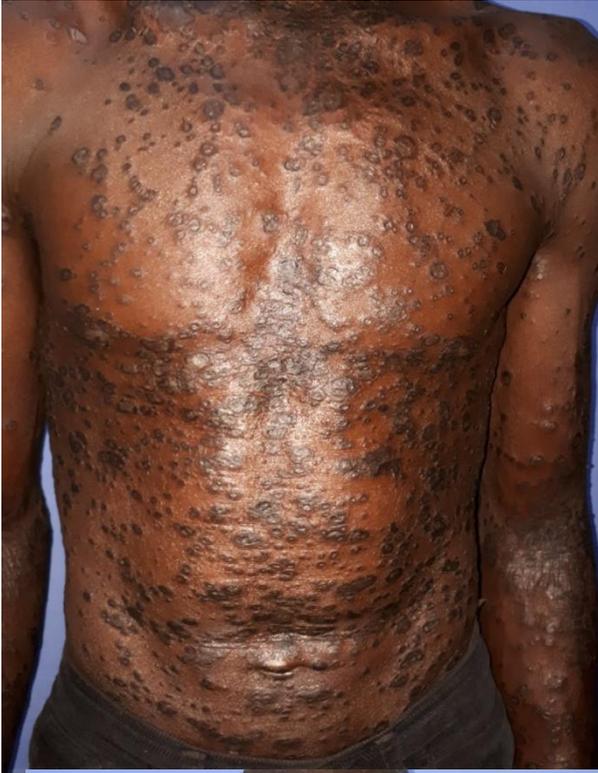
**Photo 1: Plaque erythemato-squameusearrondie à limitenette**



**Photo 2: Plaques de psoriasis localisées aux genoux**



**Photo 3: Plaques de psoriasis localisées sur les avant-bras, les bras et les coudes**



**Photo 4 et5: Psoriasis universalis**



**Photo 6 et 7: Psoriasis des paumes et plantes des pieds**



**Photo 8 : Acrodermatite d'HALLOPEAU**

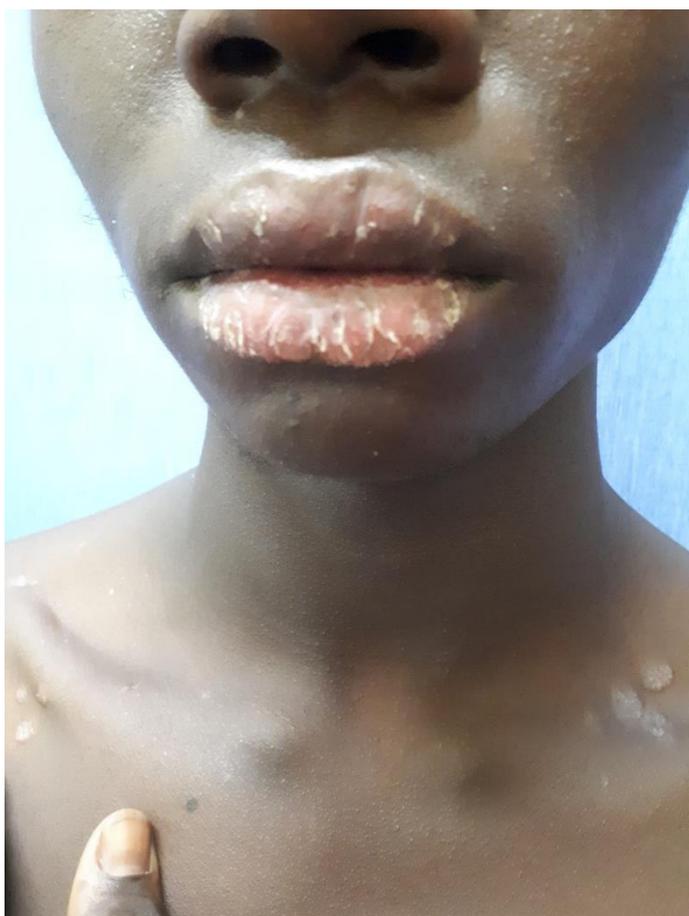


**Photo 9**

**: Psoriasis avec une atteinte unguéale**



**Photo 10 : Psoriasis avec une atteinte des muqueuses**



**Photo 11 : Chéilite d'origine psoriasique**



Photo 12 et 13 :

Psoriasis du cuir chévelu

# **ANNEXES**

**Annexe 1 : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES**

Fiche N° / \_\_/\_\_/\_\_/\_/ Dossier N°/ \_\_/\_\_/\_\_/\_/ Année/ \_\_/\_\_/\_\_/\_/

Initiales des nom et prénom/ \_\_/\_\_/\_\_/\_/

| <b>I. Aspects sociodémographiques</b> |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>-Sexe</b>                          | M/__/F/__/  |
| <b>-Age (enannée)</b>                 | .....   |
| <b>-Adresse</b>                       | Urbaine/__/Rurales /__/   |
| <b>-Profession</b>                    | Fonctionnaire/autres salariés/__/Militaires ou paramilitaires<br>/__/Elève ou Etudiant /__/Préscolaire/__/<br>Commerçant/Employé de commerce /__/secteur informel /__/<br>Agriculteur/Eleveur/__/ Femme au foyer/__/Retraité /__/non<br>précisé /__/ Autres /__/ préciser.....  |
| <b>Date de consultation</b>           | Mois:  __ __  Années :  __ __  __ __  |
| <b>II. Examenclinique</b>             |   |
| <b>1. Interrogatoire</b>              |   |
| <b>Antécédents</b>                    | -Existence de cas familial de psoriasis: Oui [ ] Non [ ] Ne sait pas [ ]<br><br>-Notion de d'HTA : Oui [ ] Non [ ] Ne sait pas [ ]<br><br>-Notion de Diabète: Oui [ ] Non [ ] Ne sait pas [ ]<br><br>- Notion de Dyslipidémie : Oui [ ] Non [ ] Ne sait pas [ ]<br><br>- Notion de VIH : Oui [ ] Non [ ] Ne sait pas [ ]<br><br>- Notion d'un épisode antérieur ? Oui [ ] Non [ ] Ne sait pas [ ] |
| <b>❖ Les facteurs déclenchants</b>    | Prise médicamenteuse [ ] Si oui lequel: _____<br>-Choc psychique [ ]:préciser si possible: _____<br>-Choc physique [ ]:préciser si possible: _____  |

|  |   |
|--|---|
|  | -Stress [ ]<br>-Grossesse [ ]<br>-Infection [ ]<br>-Ne sait pas [ ]   |
| ❖ <b>Age de début</b>                  | _____   |
| ❖ <b>Durée d'évolution</b>             | Moins de 1 mois [ ]<br>-1 a 6 mois [ ]<br>-plus de 6 mois [ ]   |
| ❖ <b>Mode évolutif</b>                 | <i>Chronique [ ] Poussées [ ] Débutant [ ]</i>  |
| ❖ <b>Impact sur la qualité de vie</b>  | Indifférence [ ] Gênant [ ]   |
| ❖ <b>les signes fonctionnels</b>       | Oui [ ] Non [ ]<br>Si oui le quel [ ]   |
| <b>2. Examen physique</b>              |   |
| ❖ <b>Signes généraux</b>               | Oui [ ] Non [ ]<br>Si oui le quel [ ]: _____  |
| ❖ <b>Formes cliniques de psoriasis</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis en plaques cutanées limitées : [ ]</li> <li>• Psoriasis en plaques universalis: [ ]</li> <li>• Psoriasis en plaques inversé (plis) : [ ]</li> <li>• Psoriasis en plaques limité au cuir chevelu: [ ]</li> <li>• Psoriasis en plaques palmo-plantaire: [ ]</li> <li>• Psoriasis unguéal isolé: [ ]</li> <li>• Psoriasis génital isolé: [ ]</li> <li>• Psoriasis en gouttes: [ ]</li> <li>• Psoriasis pustuleux: [ ]</li> <li>• Psoriasis érythrodermique: [ ]</li> <li>• Psoriasis arthropathique: [ ]</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| ❖ <b>Topographie des lésions</b>                     | Coudes [ ] genoux [ ] région lombo sacrée [ ] cuir chevelu [ ] face d'extension des jambes [ ] ombilic [ ] paumes [ ] plantes des pieds [ ] ongles [ ] muqueuse génitale [ ] tronc [ ] membres>, [ ] membres < [ ] Visage [ ] plis [ ] (préciser _____)   |
| ❖ <b>Phénomène de Koëbner</b>                        | oui/__/non/__/  |
| ❖ <b>Examens complémentaires</b>                     | oui/__/non/__/Si oui, Histologie: Oui [ ] Non [ ]<br>résultat: _____<br>Autre examen: _____   |
| <b>Diagnostic</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diagnostic 1: _____</li> <li>➤ Diagnostic 2: _____</li> <li>➤ Diagnostic 3: _____</li> </ul>   |
| <b>III. Thérapeutiques</b>                           |   |
| <b>-Traitement reçu lors de la 1ère consultation</b> | -Kératolytique (acide salicylique) Oui [ ] Non [ ] Si oui lequel: _____<br>-Dermocorticoïde Oui [ ] Non [ ] Si oui lequel: _____<br>-Kératolytique associé à dermocorticoïde Oui [ ] Non [ ]<br>-Emollient associé à dermocorticoïde Oui [ ] Non [ ]<br>-Rétinoïde topique ( ) Oui [ ] Non [ ]<br>-Inhibiteur de la calcineurine (tacrolimus, limécrolimus) Oui [ ] Non [ ]<br>-Photothérapie Oui [ ] Non [ ]<br>-Acitrétine orale Oui [ ] Non [ ]<br>-Méthotrexate Oui [ ] Non [ ]<br>-Ciclosporine Oui [ ] Non [ ]<br>-Autre immunosupresseur Oui [ ] Non [ ]<br>-Biothérapie Oui [ ] Non [ ]<br>Emollient Oui [ ] Non [ ] Si oui lequel: _____ |

|  |   |
|--|---|
| <b>Traitement reçu en<br/>2ème intention</b> | _____   |
| <b>IV. Evolution</b>                         |   |
| <b>-Evolution a 1 mois</b>                   | Défavorable/__/ Favorable /__/Blanchiment/__/Perdu de<br>vue /__/ Stationnaire/__/ Peu  |
| <b>-Evolution a 3 mois</b>                   | Défavorable/__/ Favorable /__/Blanchiment/__/ Perdu de<br>vue /__/ Stationnaire/__/ Peu |
| <b>-Evolution a 6 mois</b>                   | Défavorable/__/ Favorable /__/Blanchiment/__/ Perdu de<br>vue /__/ Stationnaire/__/ Peu |

Annexe 2

**Tableau XI: Score PASI (Psoriasis Area Severity Index)**

| Score              | 0       | 1     | 2      | 3      | 4           | 5     | 6      |
|--------------------|---------|-------|--------|--------|-------------|-------|--------|
| Erythème           | Absence | Léger | Modéré | Sévère | Très sévère | –     | –      |
| Infiltration       | Absence | Léger | Modéré | Sévère | Très sévère | –     | –      |
| Desquamation       | Absence | Léger | Modéré | Sévère | Très sévère | –     | –      |
| % surface atteinte | 0       | <10   | 10–29  | 30–49  | 50–69       | 70–89 | 90–100 |

|  |                      |                  |                      |
|--|----------------------|------------------|----------------------|
| Tête (T1)                              | Score                | Tronc (T2)       | Score                |
| Érythème                               | <input type="text"/> | Érythème         | <input type="text"/> |
| Infiltration                           | <input type="text"/> | Infiltration     | <input type="text"/> |
| Desquamation                           | <input type="text"/> | Desquamation     | <input type="text"/> |
| <b>Total=</b>                          | <input type="text"/> | <b>Total=</b>    | <input type="text"/> |
| Surface atteinte                       | <input type="text"/> | Surface atteinte | <input type="text"/> |
| X Total                                | <input type="text"/> | X Total          | <input type="text"/> |
| X 0,1=                                 | <input type="text"/> | X 0,3=           | <input type="text"/> |
| Membres sup                            | Score                | Membres inf (MI) | Score                |
| Érythème                               | <input type="text"/> | Érythème         | <input type="text"/> |
| Infiltration                           | <input type="text"/> | Infiltration     | <input type="text"/> |
| Desquamation                           | <input type="text"/> | Desquamation     | <input type="text"/> |
| <b>Total=</b>                          | <input type="text"/> | <b>Total=</b>    | <input type="text"/> |
| Surface atteinte                       | <input type="text"/> | Surface atteinte | <input type="text"/> |
| X Total                                | <input type="text"/> | X Total          | <input type="text"/> |
| X 0,2=                                 | <input type="text"/> | X 0,4=           | <input type="text"/> |
| PASI=T1+T2+MS+MI= <input type="text"/> |                      |                  |                      |
| (pas d'atteinte=0 et score maximum=72) |                      |                  |                      |

Annexe 3 :

**Tableau XII: Dermatology life quality index (DLQI) ou Index de qualité de vie**

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 1 | Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?   | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 2 | Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?  | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 3 | Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non<br>concerné(e)<br><input type="checkbox"/> |
| 4 | Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?                     | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non<br>concerné(e)<br><input type="checkbox"/> |
| 5 | Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?                               | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non<br>concerné(e)<br><input type="checkbox"/> |
| 6 | Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?   | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non<br>concerné(e)<br><input type="checkbox"/> |

|    |  |  |   |  |
|----|--|--|---|--|
| 7  | <p>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?</p> <p>Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?</p> | <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Beaucoup</p> <p>Un peu</p> <p>Pas du tout</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Non concerné(e)</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| 8  | <p>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?</p>   | <p>Enormément</p> <p>Beaucoup</p> <p>Un peu</p> <p>Pas du tout</p>     | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>                                 | <p>Non concerné(e)</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| 9  | <p>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?</p>   | <p>Enormément</p> <p>Beaucoup</p> <p>Un peu</p> <p>Pas du tout</p>     | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>                                 | <p>Non concerné(e)</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| 10 | <p>Au cours des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?</p>  | <p>Enormément</p> <p>Beaucoup</p> <p>Un peu</p> <p>Pas du tout</p>     | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>                                 | <p>Non concerné(e)</p> <p><input type="checkbox"/></p> |

Altération de la qualité de vie: peu ou pas si DLQI inférieur ou égal à cinq, altérée si DLQI entre cinq et dix, très altérée si DLQI supérieur à dix

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**« En présence des Maîtres de cette Ecole 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, gratuit, mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis 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 mœurs ni à favoriser les crimes.**

**Respectueux et reconnaissant 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 suis resté fidèle à mes promesses.**

**Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque »**