

Case series

Profil sociodémographique et anatomoclinique du psoriasis en milieu hospitalier et tropical à Ouagadougou

Sociodemographic and anatomoclinic profile of patients with psoriasis in a hospital and tropical environment in Ouagadougou

Nina Korsaga Somé^{1,2,&}, Dieu-Donné Ouédraogo^{2,3}, Prudence Kopa Yadiou¹, Muriel Sidnoma Ouédraogo^{1,2}, Gilbert Patrice Tapsoba^{1,2}, Léopold Ilboudo¹, Fatou Barro Traoré^{1,2}, Pascal Niamba^{1,2}, Adama Traoré^{1,2}

¹Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso, ²Unité de Formation et Recherche en Science de la Santé, Université de Ouagadougou, Burkina Faso, ³Service de Médecine Interne CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

[&]Corresponding author: Nina Korsaga Somé, Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso, Unité de Formation et Recherche en Science de la Santé, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Key words: Psoriasis, milieu hospitalier et tropical, Ouagadougou

Received: 17/11/2015 - Accepted: 30/12/2015 - Published: 16/03/2016

Abstract

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse, d'évolution chronique. Ses aspects sociodémographiques et ses variantes cliniques sont peu connus en Afrique de l'ouest. Il s'est agi d'une étude rétrospective et prospective menée du 1er janvier 2009 au 30 juin 2012. Tous les patients qui avaient un dossier exploitable étaient inclus. Nous avons recensé 94 cas de psoriasis sur 14952 consultants, soit une prévalence hospitalière de 0,62%. Mais 84 cas répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen des patients était de 34,53 ans, le sex-ratio de 1,47. Les ménagères, les élèves et les fonctionnaires étaient les plus représentés. Le prurit était retrouvé dans 54,8% des cas. Les lésions élémentaires cutanées étaient surtout érythémato-squameuses (79 cas). Celles unguéales étaient surtout à type de dépression cupuliforme (8 cas). Le cuir chevelu, les coudes et les genoux étaient les zones bastions les plus touchées (respectivement 53,57%, 45,23%, et 40,47%). Le psoriasis était vulgaire dans 30 cas et grave dans 7 cas. L'examen histopathologique était réalisé chez 11 patients. Malgré certaines insuffisances de description qui ne nous ont pas permis de calculer le score de PASI, cette étude a atteint ses objectifs. Les particularités de cette série étaient la prédominance masculine, la prévalence élevée du prurit et l'atteinte élevée du cuir chevelu. Les formes graves de psoriasis doivent faire rechercher une association à l'infection à VIH. Une étude en population permettrait de déterminer avec exactitude la prévalence du psoriasis au Burkina Faso.

Pan African Medical Journal. 2016; 23:110 doi:10.11604/pamj.2016.23.110.8445

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/110/full/>

© Nina Korsaga Somé et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Psoriasis is a chronic, inflammatory, erythematous-squamous dermatosis. Its demography and clinical variants are little known in West Africa. Here we report a retrospective and prospective study conducted from 1 January 2009 to 30 June 2012. All the patients who had a workable dossier were included. We listed 94 cases of psoriasis out of 14.952 medical consultations, representing an overall prevalence in hospital of 0.62%. But only 84 cases meet the criteria for inclusion. The average age of patients was 34.53 years, the sex-ratio was 1.47. Housewives, students and functionaries were the most represented. Pruritus was present in 54.8% of cases. Elementary skin lesions were mainly erythematous (79 cases). Ungual lesions were mostly cup-shaped depressions (8 cases). The most common areas affected are elbows, knees and the scalp (respectively 53,57%, 45,23%, and 40,47%). Psoriasis vulgaris was found in 30 cases and severe psoriasis in 7 cases. Histopathological examination was performed in 11 patients. Despite some shortcomings descriptions that did not allow us to calculate PASI, this study has achieved its objectives. Study showed a male prevalence, the high prevalence of pruritus and a prevalence of scalp involvement. Severe forms of psoriasis must seek an association with HIV infection. A population study would make it possible to exactly determine the prevalence of psoriasis in Burkina Faso.

Key words: *Psoriasis, hospital and tropical environment, Ouagadougou*

Introduction

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse, d'évolution chronique. D'expression principalement cutanée et articulaire, il est la conséquence d'un renouvellement accéléré de l'épiderme, entretenu par une inflammation chronique. Il s'agit d'une maladie bénigne mais invalidante pouvant avoir un retentissement social et fonctionnel important.

Le psoriasis est l'une des affections cutanées les plus fréquentes puisqu'il atteint une grande proportion de la population avec une prévalence dans le monde comprise entre 0 et 11,8% [1]. En Europe et aux Etats Unis d'Amérique, les prévalences respectives en population générale sont de 2% [2] et de 3,5 à 4,8% [3]. En Afrique subsaharienne, la prévalence en population reste inconnue. Seules les études à majorité hospitalières font état de sa rareté, avec des variations selon l'emplacement géographique et l'appartenance ethnique [1]. En Afrique de l'Est ainsi que dans les populations ethniquement mixtes d'Afrique du Sud, la prévalence est plus élevée (3,5% au Kenya, 2,8 % en Ouganda et 3% en Tanzanie) [4]. En Afrique du Sud, les Bantous avaient une prévalence plus faible (1,5%) par rapport aux caucasiens (4 %) [1]. En Afrique de l'Ouest, la prévalence était plus faible avec 0,08 à 0,9% au Nigéria, 0,4 % au Ghana, 0,05 % au Mali [5-7]. La prévalence est probablement sous-estimée dans nos régions où les aspects sociodémographiques et les variantes cliniques sont également peu connus. Nous rapportons une série rétrospective de 84 cas de psoriasis observés dans notre service,

afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques et anatomo-cliniques de cette affection.

Méthodes

Cadre, période et type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective dans le service de Dermatologie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. L'étude s'est déroulée sur une période de quatre ans, dont trois ans en rétrospectif, du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2011, et un an en prospectif, du 1er janvier au 30 juin 2012.

Critères d'inclusion

Pour la partie rétrospective, tous les patients atteints de psoriasis et qui avaient un dossier clinique exploitable étaient inclus. Pour la partie prospective, tous les cas de psoriasis diagnostiqués au cours de l'année 2012 étaient inclus.

Identification des cas et collecte des données

Pour la période rétrospective, il s'agit d'identifier les dossiers de cas de psoriasis, deuxièmement de collecter ces dossiers, et troisièmement de les analyser pour ne retenir que ceux qui comportaient les variables recherchées. Nous avons ensuite renseigné les fiches de collecte à partir de ces dossiers. Les

définitions opérationnelles suivantes étaient utilisées pour classer les cas de psoriasis étudiés : Le psoriasis était dit typique dans les situations suivantes: lésions érythémato-squameuses, arrondies ou ovalaires, à limites nettes, de taille et de nombre variables, siégeant sur une ou plusieurs des zones bastions du psoriasis pour les atteintes cutanées; aspect en dé à coudre, leuconychie, hyperkératose sous-unguéale, onycholyse pour les atteintes unguéales; aspect de langue plicaturée pour les atteintes linguales; kératodermie circonscrite ou diffuse pour les atteintes palmo-plantaires.

Pour les formes particulières nous avons utilisé les critères suivants: pour le psoriasis pustuleux : présence d'érythème et de pustules avec pustules à microbiennes à la bactériologie, et/ou micro-abcès de Pautrier à l'histologie; pour le psoriasis érythrodermique: érythrodermie sèche et antécédent de psoriasis avec un facteur favorisant l'érythrodermie; et pour le psoriasis arthropathique: antécédent de psoriasis et manifestations articulaires. Des critères histologiques étaient retenus pour les formes atypiques : hyperkératose parakératosique, hyperacanthose avec crêtes épidermiques en battant de cloche, papillomatose avec papilles dermiques augmentées en hauteur et allongées en massues.

La fiche de collecte des données comportait: les caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le sexe, la profession, l'année de consultation; les caractéristiques cliniques: le délai de consultation, les antécédents, les facteurs déclenchant, les signes fonctionnels, les signes généraux, l'aspect morphologique, le mode de regroupement et la distribution des lésions.

Les caractéristiques histopathologiques

Les données étaient saisies et analysées avec le logiciel EPI-INFO dans sa version 3.5.

Résultats

Données sociodémographiques

Nous avons recensé 94 cas de psoriasis sur 14 952 patients qui consultaient durant la période d'étude, soit une prévalence hospitalière de 0,62%. Dix cas étaient exclus car les dossiers étaient incomplets. L'étude portait donc sur 84 patients. L'âge moyen des

patients était de 34,53 ans avec des extrêmes de 3 ans et 74 ans. La tranche d'âge de [21-40] était la plus représentée (Tableau 1). La répartition des patients selon le sexe était de 50 hommes et 34 femmes, soit un sex ratio de 1,47. Le Tableau 2 donne la répartition des patients selon leur profession. Sept patients avaient consulté en 2009, 33 en 2010, 22 en 2011 et 13 de janvier à juin en 2012.

Données anatomocliniques

Données anamnestiques: Les délais de consultation variaient de moins d'un mois à 12 mois. Un facteur déclenchant était retrouvé dans 19 cas: stress de nature non précisé (07 cas), deuil (01 cas), traumatismes (04 cas), choc affectif (03 cas), prise de médicament (5 cas, dont sels de lithium, bêta bloquant, inhibiteur de l'enzyme de conversion). La sérologie rétrovirale était faite chez 16 patients. Elle était positive au VIH1 chez 8 d'entre eux. L'infection à VIH (avec sérologie rétrovirale positive) précédait le psoriasis dans 4 cas. Comme signes fonctionnels, le prurit était retrouvé dans 54,8% des cas. Parmi les patients qui avaient un prurit, 85% avaient appliqué un traitement traditionnel avant la consultation. Des arthralgies étaient présentes dans 3,6% des cas.

Données de l'examen physique: L'état général était bon chez 75 patients, altéré chez 8 patients et mauvais chez un patient. La répartition des patients selon la fréquence des lésions élémentaires cutanées est représentée dans le Tableau 3. Le grattage méthodique de Brocq fait sur les lésions-érythémato-squameuses chez 18 patients (21,4%) était positif. Les lésions élémentaires unguéales étaient des dépressions cupuliformes (8 cas), des hyperkératoses sous-unguéales (4 cas), des leuconychies (3 cas), et 1 cas d'onycholyse distale. Celles palmo-plantaires étaient des kératodermies circonscrites ou diffuses (4 cas). Le regroupement des lésions se faisait en plaques dans 84,5%, en gouttes dans 8,3% et sous forme nummulaire dans 7,2% des cas. La distribution des lésions se faisait sous forme localisée dans 69% des cas, généralisée dans 23% des cas et érythrodermique dans 8% des cas. Le Tableau 4 donne la répartition des patients selon la fréquence des zones bastions atteintes. Il y avait quelques cas où le psoriasis siégeait isolément sur certaines topographies du tégument. Le Tableau 5 donne la répartition des patients selon la fréquence de ces formes topographiques de psoriasis (Figure 1, Figure 2). Le psoriasis se présentait sous sa forme vulgaire typique (Figure 3) dans 30 cas. Il y avait formes graves de psoriasis: l'érythrodermie psoriasique (Figure 4) chez 5 patients, dont 4 patients séropositifs au VIH, le psoriasis pustuleux généralisé (Figure 5) chez 1 patient,

et le psoriasis arthropathique chez 1 patient. Ce patient avait une déformation en flexion des interphalangiennes proximales associée à une amyotrophie des interosseux (Figure 6), ainsi qu'une atteinte axiale discrète au niveau sacro-iliaque. Les lésions cutanées précédaient les lésions articulaires et le patient était séropositif pour le VIH1. Les formes compliquées étaient les formes lichénifiées (3 cas) et les formes surinfectées (3 cas).

Données paracliniques histopathologiques: La biopsie cutanée était réalisée chez 11 patients (13,1%). L'examen histopathologique confirmait le diagnostic de psoriasis dans dix cas. Il montrait au niveau de l'épiderme une hyperkératose modérée avec parakératose, une hyperacanthose avec allongement des crêtes épidermiques et des micro-abcès de Munro-Sabouraud (Figure 7). Le derme superficiel était infiltré de cellules lymphocytaires.

Discussion

L'insuffisance dans la description sémiologique des lésions en particulier les précisions sur leur étendue, nous a fait éliminer certains dossiers et ne nous a permis de calculer le score de PASI.

La prévalence retrouvée dans notre étude était similaire à celle d'autres études de la sous-région, 0,52% au Mali [7], 0,31% au Sénégal [8]. Cette prévalence, bien que relativement élevée par rapport à la moyenne de celles des autres études africaines [4], restait néanmoins nettement inférieure à celle des études chez les caucasiens (2% en Europe) [2]. Elle nous rappelle la rareté du psoriasis sur peau noire [4]. Mais elle pourrait également s'expliquer par une sous-estimation de cas (94 cas de psoriasis sur 14 952 consultants). En effet le Burkina Faso compte 20 dermatologues pour 18 millions d'habitants. Ces 20 dermatologues exercent essentiellement dans les deux plus grandes villes du pays. Beaucoup de patients n'ont pas accès au dermatologue qui est le plus souvent celui qui pose le diagnostic de psoriasis.

Le psoriasis peut se voir à tout âge, mais il touche électivement l'adulte jeune, nos données étaient conformes à celles de la littérature. Par contre, la prédominance masculine retrouvée était contradictoire aux données de la littérature qui indiquent une répartition égale des deux sexes. Gelfand al au Royaume-Uni en 2008 avait retrouvé un sex-ratio de 1 [9]. Cette prédominance masculine reste également un constat d'autres études Africaines

comme celles de Ndiaye [8] et Mbouopda [7] qui retrouvaient eux aussi une prédominance masculine avec respectivement un sex ratio de 1,37 et 3. Ces données suscitent d'amples interrogations sur l'existence de facteurs hormonaux particuliers à la peau noire pouvant induire le psoriasis. La prépondérance de ménagères et d'élèves pourrait s'expliquer par le fait que ces professions sont exercées par des adultes jeunes (21-50 ans) actifs, donc soumis à de nombreux stress (surmenage physique et psychique, précarité, déracinement). Les facteurs déclenchant psychologiques étaient également notifiés dans 21,8% des cas par Lapeyre et al [10] et dans 9,16% des cas par Ndiaye [8]. En effet le caractère inesthétique des lésions est reconnu être à l'origine d'un stress important [11]. Le caractère inducteur du VIH dans le psoriasis est également rapporté [12, 13]. Les longs délais de consultation du spécialiste pourraient s'expliquer dans notre contexte par le fait que les patients vont consulter en premier lieu les tradithérapeutes, puis le personnel paramédical, ensuite le médecin généraliste et enfin, éventuellement le dermatologue. Rappelons ici que le nombre de dermatologues reste encore très faible par rapport à la demande. Beaucoup de patients sont probablement perdus dans ce long circuit car n'arrivent pas au dermatologue, d'où le sous-diagnostic.

Le prurit est un signe fonctionnel absent dans les formes typiques en Europe. En Afrique par contre c'est un signe souvent décrit dans la majorité des cas de psoriasis comme l'on montré les études de Ndiaye au Sénégal (71,5%) [8], Boisseau en Martinique (90%) [14] et Nenkam en Guinée (63,6%) [15]. Sa présence pourrait s'expliquer par les traitements traditionnels appliqués sur la peau par les patients. Traitements ayant pu entraîner une eczématisation.

Sur le plan des signes physiques, la prédominance de lésions érythémato-squameuses, de regroupement en plaques, de dépressions cupuliformes pour les atteintes unguéales, était aussi conformes aux données de la littérature [16, 17]. De même que sur le plan topographique, l'atteinte élective des zones bastions [18]. Cependant, contrairement aux coudes et genoux fréquemment atteints, la zone bastion la plus représentée était dans notre contexte, le cuir chevelu. Ce résultat était semblable au résultat de Nenkam qui retrouvait préférentiellement une atteinte du cuir chevelu dans 54,5% des cas [15]. Le psoriasis vulgaire était la forme la plus fréquente comme dans la plupart des études [14, 19, 20]. Diatto [21] en RCI et Zili [20] en Tunisie retrouvaient une prévalence plus élevée de psoriasis en goutte respectivement 12,4% et 13,4 % de cas. Cette forme est l'apanage des enfants [22]. La faible proportion des formes graves de psoriasis était

également retrouvée dans d'autres études africaines [7, 8, 15, 21, 23]. Sur 7 formes graves, 5 étaient associées à l'infection à VIH. Les complications sous forme de lichénification et de surinfection étaient également notées par El Jammalet al. [24] en Tunisie. Le faible taux de psoriasis arthropathique ou de rhumatisme psoriasique, pourrait s'expliquer par le fait que les atteintes articulaires ne feront pas penser d'emblée à un psoriasis et amèneraient plus à consulter en rhumatologie. La réalisation de l'examen histopathologique n'était souvent pas acquise pour les patients du fait de son coût et de sa disponibilité, ce qui constitue un frein à la prise en charge.

Conclusion

La prévalence du psoriasis est probablement sous-estimée dans notre région du fait de la faible couverture du pays en dermatologues. Les formes classiques non compliquées étaient les plus fréquentes avec néanmoins une fréquence élevée de prurit. La prépondérance de l'association des formes graves de psoriasis à l'infection à VIH suggère le dépistage de l'infection à VIH devant toute forme grave de psoriasis. Au bout de cette étude, il serait donc nécessaire d'effectuer des études épidémiologiques prospectives multicentriques intéressant tous les services de dermatologie du pays et des études en population afin de déterminer avec exactitude la prévalence réelle du psoriasis au Burkina Faso.

Etat des connaissances sur le sujet

- La prévalence du psoriasis en population dans les pays européens est bien connue.
- Le fait que habituellement le psoriasis n'est pas prurigineux est rapporté dans la littérature.

Contribution de notre étude à la connaissance

- Elle donne la prévalence du psoriasis en milieu hospitalier à Ouagadougou qui n'était pas connue (la prévalence en population n'est toujours pas connue) .
- Notre étude montre le caractère prurigineux du psoriasis dans notre contexte
- Elle montre également que les formes graves sont souvent associées à l'infection à VIH.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux et figures

Tableau 1: Répartition des 84 patients atteints de psoriasis selon la tranche d'âge

Tableau 2: Répartition des patients 84 atteints de psoriasis selon la profession

Tableau 3: Répartition des patients selon la fréquence des lésions élémentaires cutanées

Tableau 4: Répartition des patients selon la fréquence des zones bastions atteintes

Tableau 5: Répartition des patients selon la fréquence des formes topographiques de psoriasis

Figure 1: Forme topographique, ici un psoriasis du cuir chevelu: casque squameux. Source: collection service de Dermatologie - Vénérologie CHU-YO

Figure 2: Forme topographique, ici un psoriasis palmaire: kératodermie diffuse avec médaillons et placards érythémato-squameux à limites nettes Source: collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO

Figure 3: psoriasis vulgaire: médaillons érythémato-squameux bien limités. Les squames recouvrent totalement l'érythème.Source: collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO

Figure 4: Psoriasis érythrodermique: lésions érythémato-squameuses généralisées à tout le tégument. Source : collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO

Figure 5: Psoriasis pustuleux généralisé: multiples lésions pustuleuses généralisées. Source: collection service de Dermatologie-Vénérologie CHU-YO

Figure 6: Psoriasis arthropathique: après traitement des lésions cutanées : déformation en flexion des interphalangiennes proximales au niveau des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} rayons à droite du

5ème rayon à gauche; associée à une amyotrophie des interosseux.

Source : collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO

Figure 7: Aspect histologique d'un psoriasis: hyperplasie épidermique avec allongement et épaississement des crêtes, donnant parfois l'aspect en massue, présence d'un infiltrat de leucocytes dans le derme superficiel (x 10, HES). Source : collection service d'anatomopathologie CHU-YO

Références

1. Farber EM, Nall L. Epidemiology: natural history and genetics. In: Roenigk HH Jr, Maibach HI, eds. Psoriasis. New York: Dekker 1998;107-157. **Google Scholar**
2. Dereure O, Guilhou JJ. Epidémiologie et génétique du psoriasis. Ann Dermatol Venereol. 2003 Aug-Sep;130(8-9 Pt 2):829-36. **PubMed | Google Scholar**
3. Kelly M, Luba DO, Daniel L, Stulberg MD. Chronic plaque psoriasis. Am Fam Physician. 2006 Feb 15;73(4):636-44. **PubMed | Google Scholar**
4. Farber EM, Nall L. Psoriasis in the tropics: epidemiologic, genetic, clinical, and therapeutic aspects. Dermatol Clin. 1994 Oct;12(4):805-16. **PubMed | Google Scholar**
5. Ogunbiyi AO, Daramola OO, Alese OO. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. Int J Dermatol. 2004 Jan;43(1):31-6. **PubMed | Google Scholar**
6. Doe PT, Asiedu A, Acheampong JW, Rowland Payne CM. Skin diseases in Ghana and the UK. Int J Dermatol. 2001 May;40(5):323-6. **PubMed | Google Scholar**
7. Mbouopda NR. Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du psoriasis à l'Institut Marchoux de 1990 à 1999 et de Novembre 2000 à Avril 2001. (Thèse : Med). Bamako: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako; 2002:132. **Google Scholar**
8. Ndiaye M. Le psoriasis : « aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 240 patients suivis à la clinique dermatologique du CHU Aristide Le Dantec(1997-2008) ». (Thèse : Med). Dakar : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie, Université Cheikh Anta Diop;2010:113. **Google Scholar**
9. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AI, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom. Arch Dermatol. 2005 Dec;141(12):1537-41. **PubMed | Google Scholar**
10. Lapeyre H, Hellot MF, Joly P. Motifs d'hospitalisation des malades atteints de psoriasis. Ann Dermatol Venereol. 2007 May;134(5 Pt 1):433-6. **PubMed | Google Scholar**
11. Dubertret L. Psoriasis: évolution et révolution. Med Sci (Paris). 2006 Feb;22(2):164-71. **PubMed | Google Scholar**
12. Thivolet J, Nicolas JF. Psoriasis de la Clinique à la thérapeutique. Paris : EJD Book Series ; John Libbey Eurotext,1998:239. **Google Scholar**
13. Jullien D. Psoriasis. Dans : Saurat J-H, Lachapelle J-M, Lipsker D, Thomas L, eds. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles 5ème édition. Paris : Masson, 2008:269-280. **Google Scholar**
14. Boisseau-Garsaud AM, Marie C, Garsaud P, Cales-Quist D, Helenon R, Saint-Cyr I. Epidémiologie du psoriasis dans une population hospitalière Martiniquaise. Ann Dermatol Venereol. 1999;126(2s79):213. **PubMed | Google Scholar**
15. Nenkam E. Le psoriasis : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au service de Dermato-vénérologie du CHU Donka. (Thèse: Med). Conakry: Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie de l'Institut Polytechnique de l'Université de Conakry;1998:119. **PubMed | Google Scholar**
16. Bacharach-Buhles M, El Gammal S. In psoriasis the epidermis, including the subepidermal vascular plexus, grows downwards into the dermis. Br J Dermatol. 1997 Jan;136(1):97-101. **PubMed | Google Scholar**

17. Jullien D. Psoriasis. Dans: Saurat J-H, Lachapelle J-M, Lipsker D, Thomas L, eds. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles 5ème édition. Paris : Masson, 2008:270-271. **Google Scholar**
18. Hohl D. Physiopathologie de la kératinisation. Dans : Saurat J-H, Lachapelle J-M, Lipsker D, Thomas L, eds. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles 5ème édition. Paris : Masson, 2008:227-236. **Google Scholar**
19. Strobel M, N'diaye B, Diop M Marchand JP. Psoriasis au Sénégal. Dakar Med.1981;26(1):18-25. **PubMed | Google Scholar**
20. Zili J, Amri M, Hammani S, Khorchani H, Nouira R. Profil épidémiologique, clinique et évolutif du Psoriasis dans le centre Tunisien. Maghreb Médical. 1996;307:8-14. **PubMed | Google Scholar**
21. Diatto G N. Aspects épidémiologique, clinique et la prise en charge du psoriasis au centre de dermatologie de Treichville d'Abidjan. (Mémoire : spécialisation dermatologie). Abidjan: Université Félix Houphouët-Boigny, UFR Sciences Médicales;2003:94. **Google Scholar**
22. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, Griffiths CE. Antistreptococcal intervention of guttate and chronic plaque psoriasis. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):196-7. **PubMed | Google Scholar**
23. Seck F. Le psoriasis pustuleux de Von Zumbusch. (Thèse : Med). Dakar: Université Cheikh Anta Diop, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie;2006:84. **Google Scholar**
24. El Jammal, Mahmoud Hani. Psoriasis : Etude épidémiologique au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd. (Thèse : Med). Tunis : Université Hassan II de Casablanca, Faculté de Médecine et de Pharmacie;2003:132. **Google Scholar**

Tableau 1: Répartition des patients 84 atteints de psoriasis selon la tranche d'âge		
Tranche d'âge en années	Effectifs	Pourcentage (%)
< 10	05	05,9
[11-20]	10	11,9
[21-30]	24	28,6
[31-40]	15	17,9
[41-50]	14	16,7
[51-60]	09	10,7
[61-70]	04	04,7
> 70	03	03,6
Total	84	100,0

Tableau 2: Répartition des patients 84 atteints de psoriasis selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagères	20	23,8
Elèves	19	22,6
Fonctionnaires	14	16,6
Cultivateurs	13	15,5
Commerçants	11	13,0
Enfants non scolarisés	05	06,0
Retraités	02	02,5
Total	100	100,0

Tableau 3: Répartition des lésions élémentaires cutanées selon la fréquence

Lésions élémentaires cutanées	Effectifs	Pourcentage (%)
Erythème-squames	59	70,2
Squames seules	20	23,8
Erythème- squames-pustules	02	02,4
Erythème seul	01	01,2
Erythème-Pustules	01	01,2
Squames-pustules	01	01,2
Total	84	100,0

Tableau 4: Répartition des zones bastions atteintes selon la fréquence

Zones bastion du psoriasis	Effectifs	Pourcentage (%)
Cuir chevelu	45	53,5
Coude	38	45,2
Genoux	34	40,4
Avant-bras	27	32,1
Jambes	26	30,9
Paumes et plantes	24	28,5
Région lombo-sacrée	19	22,6
Ongles	16	19,04

Tableau 5: Répartition des formes topographiques de psoriasis selon la fréquence

Formes topographiques de psoriasis	Effectifs	Pourcentage (%)
Psoriasis du cuir chevelu (fig. 1)	18	21,4
Psoriasis inversé (grands plis)	06	07,1
Psoriasis unguéal	05	05,9
Psoriasis palmo-plantaire (fig. 2)	04	04,7
Psoriasis du gland	01	01,1



Figure 1: Forme topographique, ici un psoriasis du cuir chevelu: casque squameux. Source: collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO



Figure 2: Forme topographique, ici un psoriasis palmaire: kératodermie diffuse avec médaillons et placards érythémato-squameux à limites nettes Source: collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO



Figure 3: psoriasis vulgaire: médaillons érythémato-squameux bien limités. Les squames recouvrent totalement l'érythème. Source: collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO



Figure 4: Psoriasis érythrodermique: lésions érythémato-squameuses généralisées à tout le tégument. Source : collection service de Dermatologie -Vénérologie CHU-YO



Figure 5: Psoriasis pustuleux généralisé: multiples lésions pustuleuses généralisées. Source: collection service de Dermatologie-Vénérologie CHU-YO



Figure 6: Psoriasis arthropathique: après traitement des lésions cutanées : déformation en flexion des interphalangiennes proximales au niveau des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} rayons à droite du 5^{ème} rayon à gauche; associée à une amyotrophie des interosseux. Source : collection service de Dermatologie - Vénérologie CHU-YO

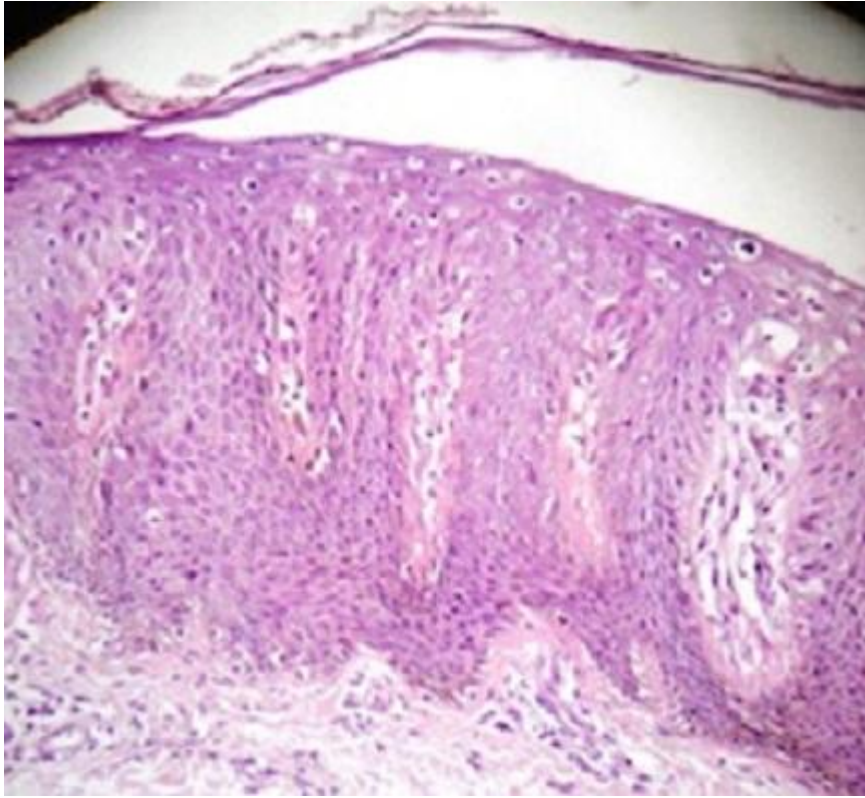


Figure 7: Aspect histologique d'un psoriasis: hyperplasie épidermique avec allongement et épaissement des crêtes, donnant parfois l'aspect en massue, présence d'un infiltrat de leucocytes dans le derme superficiel (x 10, HES). Source : collection service d'anatomopathologie CHU-YO