



Article Original

La Qualité de Vie chez les Sujets Atteints de Psoriasis à Bamako : une Étude de 54 Patients

Quality of life of patients suffering from psoriasis in Bamako: a study of 54 patients

Guindo B¹, Keita A¹, Diakité M¹, Haidara F¹, Tall K¹, Fofana Y³, Cissé L¹, Traoré B¹, Sissoko M¹, Traoré A¹, Karabinta Y^{1,2}, Gassama M^{1,2}, Thiam H^{1,2}, Dicko AA^{1,2}, Faye O^{1,2}.

Affiliations

- Hôpital de dermatologie de Bamako, Mali (HDB)
- Faculté de Médecine et Odontostomatologie de Bamako, Mali (FMOS)
- Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali

Auteur correspondant : Dr Binta Guindo, dermatologue à l'Hôpital de dermatologie de Bamako, Mali
Email : binta.guindo@yahoo.fr, tel (+223) : 76 37 84 39

Mots clés : psoriasis, Qualité de vie, Bamako

Key words: Psoriasis, Quality of Life, Bamako

Article history

Submitted: 16 March 2023
 Revision requested: 8 April 2023
 Accepted: 16 April 2023
 Published: 30 April 2023

RÉSUMÉ

Introduction. Le Psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique et récurrente survenant chez des individus génétiquement prédisposés. Son caractère affichant, les poussées successives et l'inconfort cutané peuvent altérer la qualité de vie du patient et favoriser une tendance dépressive. L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de vie des patients atteints du psoriasis. **Matériels et méthodes.** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive allant du 03 Septembre 2018 au 30 Août 2019. Le DLQ I et le PASI ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie et les facteurs de sévérité de la maladie. L'inclusion reposait sur les critères cliniques et histologiques. Les cas douteux ont été exclus de l'étude. **Résultats.** Au total, 106 cas de psoriasis ont été recensés sur 24000 consultations soit une fréquence hospitalière de 0,44%. Parmi ces cas 54 ont été inclus. Le sexe masculin représentait 70%, l'âge moyen était de 37 ans. La distribution du retentissement social de la maladie était ainsi répartie : handicap (68,52%), non-participation aux cérémonies (20,37%), stigmatisation (18,52%), isolement (12,96%), arrêt de travail (11,11%), non partage des repas (9,26%). Toutefois, l'accueil par les soignants était satisfaisant dans 96,30% des cas. 85% des malades avaient une bonne qualité de vie avec DLQI \leq 10. Le psoriasis était sévère dans 50% des cas, modéré dans 12,96% des cas et léger dans 37,04% des cas. **Conclusion.** La qualité de vie était multifactorielle et n'était pas liée directement à la sévérité. Chaque dermatologue doit prendre en compte les dimensions symptômes et état psychique dans la prise en charge des malades psoriasiques.

ABSTRACT

Introduction. Psoriasis is a chronic and recurrent inflammatory dermatosis occurring in genetically predisposed individuals. Its displaying nature, successive flare-ups and skin discomfort can alter the patient's quality of life and promote a depressive tendency. The aim of our study was to assess the quality of life of psoriasis patients. **Materials and methods.** This was a descriptive cross-sectional study ranging from 03 September 2018 to 30 August 2019. DLQ I and PASI were used to assess quality of life and disease severity factors. Chi2 test with a risk $\alpha=0.05$ was used. Inclusion was based on clinical and histological criteria. Cases with an undecided diagnosis were excluded from the study. **Results.** A total of 106 cases of psoriasis were identified out of 24,000 consultations, representing a hospital frequency of 0.44%. Among these cases, 54 were studied. Males accounted for 70% of the cases and the average age was 37 years. The prevalence of social repercussions were as follows: disability (68.52%), non-participation in ceremonies (20.37%), stigmatization (18.52%), isolation (12.96%), work stoppage (11.11%), not sharing meals (9.26%). However, reception by caregivers was nearly always satisfactory (96.30%). Globally, 85% of patients had a good quality of life (DLQI \leq 10). Psoriasis was considered severe in 50% of cases, moderate in 12.96% of cases and mild for 37.04% of patients. **Conclusion.** Quality of life was multifactorial and was not directly linked to severity. Each dermatologist will have to take into account the symptom and psychic state dimensions in the management of psoriasis patients.

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE**Ce qui est connu du sujet**

Le caractère spectaculaire des lésions, les signes fonctionnels, les poussées successives et l'inconfort cutané altèrent la qualité de vie du patient, mettant parfois en jeu le pronostic vital à cause des attitudes dépressives.

La question abordée dans cette étude

Impact du psoriasis sur la qualité de vie et lien entre la sévérité du psoriasis et la qualité de vie des patients à Bamako.

Ce que cette étude apporte de nouveau

Malgré le retentissement social de la maladie, 85% des sujets avaient une bonne qualité de vie. La qualité de vie n'était pas liée directement à la sévérité de la maladie mais était significativement plus altérée en cas de niveau socioéconomique bas.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Des études ultérieures sur un plus grand nombre de sujet sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire, chronique et récurrente survenant chez des individus génétiquement prédisposés. L'intervention de facteurs locaux et généraux pouvant déclencher ou pérenniser le mécanisme pathogénique est une accélération considérable du renouvellement épidermique.

Les manifestations cliniques sont variables : plaques érythémato-squameuses, pustules et érythrodermie.

Le psoriasis, maladie ubiquitaire pouvant toucher tous les âges, sa prévalence varie de 2,2 % à 3,15 % aux États-Unis [1] et de 2% en Europe [2]. En Afrique subsaharienne, la prévalence réelle n'est pas connue. Au Mali, elle représente un motif peu fréquent de consultation : 0,52 % des consultations à l'hôpital de dermatologie de Bamako (ex Institut Marchoux) [3].

Le caractère affichant des lésions, les signes fonctionnels (le prurit, les sensations de brûlures), les poussées successives et l'inconfort cutané altèrent considérablement la qualité de vie du patient et mettant en jeu le pronostic vital à cause des attitudes dépressives.

Au cours de ces dernières années, plusieurs études épidémiologiques ont montré l'association du psoriasis à un risque accru de comorbidités incluant le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, la stéatose hépatique et les troubles neuropsychiques, voire les cancers [4]. Selon certains auteurs le psoriasis peut donc être perçu de nos jours comme une sorte de trouble psychosomatique [5]. Cette maladie de la peau a également été associée à divers troubles du sommeil, ce que nous avons prouvé dans des recherches récemment publiées [6].

Plusieurs travaux ont été réalisés en Afrique subsaharienne sur le psoriasis. Cependant, peu d'entre elles ont évalué la qualité de vie des malades qui en toute logique devraient guider les attitudes thérapeutiques. Cela a justifié cette étude dont le but était d'évaluer la qualité de vie chez les malades psoriasiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive analytique allant de 03 Septembre 2018 au 30 Août 2019 sur le psoriasis et la qualité de vie à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Le DLQI et le PASI ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie et les facteurs de Sévérités des malades. Le test de Chi2 avec un risque $\alpha = 0,05$ a été utilisé. L'inclusion reposait sur les critères cliniques et histologiques. Les cas dont le diagnostic n'était pas tranché ont été exclus de l'étude.

Un questionnaire de recueil des données était administré à tous les patients désirant participer à l'étude. Il comportait :

- **Les données sociodémographiques:** sexe, âge, profession, résidence, situation matrimoniale, niveau d'étude, niveaux socio-économiques.
- **Les antécédents familiaux, le mode de vie et le niveau de vie socio-économique (NSE) :** très aisé, assez aisé, aisé, peu aisé : celui capable d'honorer ses ordonnances et certains examens complémentaires, très peu aisé : celui qui est incapable d'honorer toutes ses ordonnances et **cas-social** : celui qui est pris en charge par l'ANAM (agence nationale d'assistance maladie).
- **Les données cliniques :** mode d'apparition, facteurs déclenchants, durée d'évolution, prurit, traitement antérieur, formes cliniques, nombre de sites, surface corporelle atteinte, comorbidités.
- **Dermatology Life Quality Index (DLQI)**

Le DLQI est un auto questionnaire à 10 items, qui comporte 6 dimensions (symptôme, psychique, fonctionnement, relationnelle, sexuelle et traitement) évaluant le retentissement des problèmes de la peau sur la qualité de vie des patients.

Pour chaque question le patient dispose de 4 possibilités de réponse qui sont ensuite quantifier selon une échelle de 0 à 3, la sommation est ensuite faite.

Le résultat se situe entre 0 et 30. L'importance du score détermine l'importance de l'altération de la qualité de vie.

- ❖ Les significations des scores obtenus sont :
Score 0-1 = aucun effet sur la vie du patient
Score 2-5 = faible effet sur la vie du patient
Score 6-10 = effet modéré sur la vie du patient
Score 11-20 = effet important sur la vie du patient
Score 21-30 = effet extrêmement important sur la vie du patient.
- ❖ D'autre part, nous avons classé l'impact de psoriasis sur la QDV par le score DLQI en 2 catégories :
DLQI \leq à 10 : impact faible à modéré (bonne QDV).
DLQI $>$ à 10 : impact important à très important (mauvaise QDV).
- ❖ Les dimensions du DLQI : symptôme (item 1), psychique (item2), fonctionnement (items 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7), relationnelle (item 8), sexuelle (item 9), traitement (item 10)
 - Significations des scores obtenus de la dimension fonctionnement :
Faible impact (0-5), impact modéré à important (6-15)
 - Significations des scores obtenus des autres dimensions :

Impact absent à faible (0-1), impact modéré à important (2-3)

❖ **Psoriasis area and severity Index (PASI) [8].** coté de 0 à 72

- Un score PASI inférieur à 8 : psoriasis léger
- Un score PASI de 8 à 12 : psoriasis modéré
- Un score PASI supérieur à 12 : psoriasis sévère

Analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, saisies sur Microsoft Office Word et Excel 2013, et analysées sur le logiciel épi info 7. Les tests statistiques khi deux de Pearson avec le seuil de signification $p < 0,05$ ont été utilisés. Les données ont été recueillies sous anonymat après le consentement des patients, pour les mineurs celui des tuteurs. Le recrutement ne représentait aucun risque pour les patients.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, nous avons dépisté 106 cas de psoriasis sur 24000 consultants soit une fréquence de 0,44%. Sur ces 106 malades, notre étude a porté sur 54 malades.

Données sociodémographiques

Les malades se répartissaient en 30% de sexe féminin et 70% de sexe masculin soit un sex ratio de 2,3. L'âge des malades variait de 6 à 85 ans avec une moyenne de 37,83 ; un mode de 21 ans et une médiane de 22 ans. La tranche d'âge de 20-39 représentait 23 sur 54 malades. 66% des malades résidaient à Bamako. Les très peu aisés représentaient 62,96% de l'échantillon (34/54). Un antécédent de psoriasis était retrouvé chez 8 malades (15%).

Parmi les 54 malades de l'étude, 18 pratiquaient une activité physique (33%), 8 étaient fumeurs (15%) et un seul était consommateur d'alcool.

Données cliniques

Le début de la maladie était progressif chez la quasi-totalité des malades (53/54). Les comorbidités associées à la maladie étaient essentiellement l'état anxio-dépressif (31 cas/54), l'HTA (12 cas/54), l'obésité (6 cas/54), dyslipidémie (3 cas/54), diabète et asthme (2 cas/54) ; et l'hépatite B et VIH (1 cas).

Les facteurs déclenchants étaient psycho-affectifs chez 36 malades (36/54) 66,67%, infectieux chez 6 malades (11,11%). La maladie évoluait depuis moins d'un an chez 26% des malades (14/54) et plus de 5 ans chez environ 1/3 des malades.

Les lésions étaient prurigineuses chez 90,74% de nos malades

Un traitement médical antérieur a été observé chez 42 malades (78%).

Le psoriasis vulgaire a été retrouvé chez 39 malades (72%), suivi du psoriasis en gouttes chez 9 malades (16,16%), et la forme érythrodermique chez 5 malades (9,26%) (figures 1, 2 et 3). Le nombre de sites atteints était supérieur ou égal à 3 chez 31 malades (57%). La surface corporelle atteinte était inférieure à 10% chez 19 malades (35%). Selon le score PASI le psoriasis était sévère chez 27 malades, modéré chez 7 malades et léger chez 20 malades.



Fig 1: Psoriasis en plaque



Fig 2 : Forme érythrodermique avec atteinte du cuir chevelu en casque



Fig 3 : Forme en goutte chez une fille de 9 ans

Qualité de vie

La maladie a entraîné un handicap chez 37 malades, un arrêt de travail chez 6 malades et un isolement chez 7 malades. Dans notre étude, 5 malades ne partageaient pas le repas familial, 10 malades se disaient stigmatisés par les autres, 11 malades ne participaient pas aux cérémonies familiales en raison de la maladie. La majorité de nos malades était satisfait de l'accueil des soignants et de leur attitude envers eux. Selon le score DLQI, le psoriasis a eu un effet modéré sur la qualité de vie de 22 malades (41%). Le score moyen de DLQI était 6,64 ; avec des extrêmes allant de 0 à 21 ; Un mode de 4 et une médiane de 6

Catégorie de QDV selon le DLQI

Dans notre étude, 46 malades (85%) avaient une bonne qualité de vie et 63% des malades avaient un impact modéré à important de la dimension symptôme. La moitié de nos malades avaient une altération de l'état psychique. Seulement 13% des malades avaient un impact modéré à important de la dimension fonctionnement. Aucun malade n'avait une altération de la dimension relationnelle. Un seul malade avait une altération de la dimension sexuelle. Et seulement trois malades (sur 54) avaient un impact modéré à sévère de la dimension traitement.

Étude des liens

Tableau 1 : influence de différents paramètres sur la qualité de vie

| Liens | P |
|---|---------|
| Influence du sexe sur la qualité de vie | P=0,31 |
| Influence de l'âge sur la qualité de vie | P=0,43 |
| Moyenne d'âge=37,83 ≈ 38 | |
| Influence du niveau socio-économique sur la qualité de vie | P=0,03 |
| Influence de la forme clinique sur la qualité de vie | P=0,075 |
| Influence de la surface corporelle atteinte sur la qualité de vie | P=0,09 |
| Influence du PASI sur la qualité de vie | P=0,075 |
| Influence du prurit sur la qualité de vie | P=0,36 |
| Influence de l'état anxio-dépressif sur la qualité de vie | P=0,33 |

DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à viser analytique de douze mois allant de Septembre 2018 à Août 2019 sur la qualité de vie chez les malades atteints de psoriasis à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako. Le diagnostic reposait sur la clinique et l'histologie. Celui de certaines comorbidités reposait sur des examens spécifiques à chaque affection.

La qualité de vie a été évaluée selon le formulaire DLQI de Finlay [7]. La sévérité a été évaluée par le score PASI. Le lien entre la qualité de vie et psoriasis a été évalué par les tests statistiques khi deux de Pearson avec le seuil de signification $p < 0,05$.

L'étude mono centrique, la petite taille de l'échantillon, le lieu de recrutement et la non réalisation des examens complémentaires par certains patients (faute de moyens financiers) étaient les principales limites de notre travail. Toutefois ce travail a permis de décrire le profil épidémiologique et la qualité de vie des malades atteints de psoriasis à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

Fréquence

Durant notre période d'étude, 106 cas de psoriasis ont été diagnostiqués sur 24000 consultations, soit une fréquence hospitalière de 0,4%. En 2002 Mbouopda NR et col [3] rapportaient une fréquence hospitalière de 0,5% au Mali, Kaloga M et coll [10] ont rapporté une fréquence hospitalière de 0,4% en côte d'ivoire et Ly F [11, 12] a retrouvé une fréquence hospitalière de 0,6% à Dakar. Nos résultats quasi-identiques à ceux des auteurs

précédemment cités nous font dire que la prévalence du psoriasis reste faible en Afrique subsaharienne malgré que cette prévalence soit élevée dans les pays occidentaux variant de 2 à 3% [1,2]. Mais cependant, les études africaines étaient mono centriques et hospitalières d'où la faible prévalence.

Dans notre cohorte le sexe masculin était majoritaire. Cette prédominance masculine a été notée dans l'étude de Mouopda NR [3] au Mali et dans d'autres études ouest africaines comme celles de Kaloga M [10] à Abidjan et de Ndiaye M [15] à Dakar qui ont retrouvée respectivement un sex-ratio de (3 ; 2,85 ; et 1,37). Nous n'avons pas trouvé d'explication scientifique par rapport à cette prédominance masculine.

La moyenne d'âge retrouvée était de 37,83 ans. Ce résultat était similaire à celui de Kaloga M et col [10] et de Barro/Traore F et coll [13] qui trouvaient respectivement une moyenne d'âge de 36,7 ans et 34,53 ans.

La tranche d'âge de 20 - 39 ans représentait 43%, ceci qui concorde avec l'étude de Barro/Traore F et col [13] à Ouagadougou qui ont retrouvé une tranche d'âge de 21 - 40 ans dans 44% mais diffère de celui de Kaloga M [10] où la majorité des patients avait entre 30 et 49 ans.

Les ménagères et les élèves/ étudiants représentaient respectivement 22% et 20% de nos malades. Ce résultat est similaire à celui observée dans la série de Barro/Traore F [13] qui rapporte 21% de ménagères et 20% d'élèves.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit des adultes jeunes actifs (20-39 ans) donc exposé au stress qui constitue un facteur déclenchant de la maladie.

Données cliniques

La durée d'évolution moyenne de la Maladie était de 7 ans avec des extrêmes d'un mois et 60 ans. Ce résultat était inférieur à celui retrouvé dans l'étude de Kaloga M [10] qui rapportait une durée moyenne d'évolution de 35 ans. Les disparités peuvent s'expliquer par l'approche méthodologique utilisée dans les deux études et la taille des échantillons.

Le psoriasis vulgaire était retrouvé chez 72 % de nos cas. Ce chiffre était inférieur à celui de Kaloga M [10] qui rapportait 78% mais supérieur à celui de Komenan K [14] qui rapportait 51%.

Le Prurit a été retrouvé chez 90% de nos cas. Le psoriasis est habituellement décrit comme une affection non prurigineuse, pourtant des travaux récents révèlent un prurit chez la plupart des patients. Barro/Traore F et coll [13] à Ouagadougou, Ndiaye M [15] à Dakar et Boisseau [16] en Martinique rapportent respectivement 54% ; 71,5% ; et 90% de prurit au cours du psoriasis.

Le prurit dans le psoriasis reste controversé, il peut être un facteur d'altération de la qualité de vie. Le prurit étant par lui-même un facteur capable d'induire un état dépressif [17]. Cependant nous n'avons pas retrouvé de lien entre le prurit et la qualité de vie dans notre étude ($p=0,36$). La sévérité a été évaluée selon le score PASI. Selon ce score la moitié de nos patients présentait une forme sévère. Le profil de sévérité ne dépendait ni du sexe ($P=0,5$) ni de l'âge ($P=0,2$) ; cependant Hagg D et coll [18] rapportent que les femmes ont tendance à avoir des scores PASI inférieurs à ceux des hommes.

Qualité de vie

Le score moyen de DLQI était de 6,64 avec des extrêmes de 0 à 21. Ces résultats sont différents de ceux d'Attaqi K [19] et de Maoua M et coll [20] qui rapportent respectivement un score DLQI moyen de 8 et de 16,1.

Seulement 15% de nos malades avaient un score DLQI supérieur à 10 ce qui traduit une faible altération de la qualité de vie de nos malades. Ce chiffre est inférieur à ceux d'Attaqi K [19] et de Maoua M et coll [20] qui rapportent respectivement 40,8% et 86,2%. Les dimensions psychique et symptômes avaient un impact important sur la qualité de vie soit 50% et 63%. Tandis que Attaqi K [19] a retrouvé un impact important des dimensions psychique et fonctionnelle dans respectivement 65% et 55% des cas.

Cette disparité peut s'expliquer par la différence entre : les populations d'étude, les lieux d'étude et la taille des échantillons.

Nous avons retrouvé un lien entre le niveau socio-économique et la QDV ($P=0,03$).

En effet, les malades avec un faible niveau socio-économique ont des difficultés à honorer les ordonnances entraînant une interruption du traitement d'où l'altération de leur qualité de vie. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la qualité de vie et la sévérité du psoriasis ($P=0,075$). L'absence de lien pourrait s'expliquer par le fait que certains patients peuvent faire un psoriasis sévère sans que leur qualité de vie ne soit altérée. Il y a plusieurs facteurs qui peuvent influencer ce lien comme : le vécu du patient et d'autres facteurs socio-culturels [22].

Comorbidités

Un état anxio-dépressif a été retrouvé chez plus de la moitié de nos cas 57%. Ce résultat est supérieur à ceux de Kaloga M [10] et Lapeyre et al [21] qui rapportent respectivement 10% et 21% de cas de dépression. Elle a été décrite dans les deux sexes ($P=0,14$). L'état anxio-dépressif peut être considéré comme un témoin de sévérité de la maladie. Cependant nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la présence de l'état anxio-dépressif et la qualité de vie ($p=0,33$).

Les disparités entre les études peuvent s'expliquer par le mode de recrutement et les différences entre les sociétés.

La dépression est décrite par certains auteurs comme une comorbidité [23], cependant le psoriasis peut être lui-même responsable d'une dépression [23].

L'hypertension artérielle a été rapportée chez 22%, l'obésité chez 11% et de diabète chez 3,7%. Ces chiffres sont supérieurs à celui de Dioussé P et coll [24] qui rapporte 6,58% d'HTA ; 2,63% de diabète et 1,31% d'obésité dans une étude menée à Dakar.

Les disparités peuvent s'expliquer par l'approche méthodologique utilisée dans les deux études et de la taille des échantillons.

Plusieurs auteurs décrivent le psoriasis comme fréquemment associé à des pathologies inflammatoires chroniques telles que les dyslipidémies et le diabète. L'association de ces pathologies inflammatoires au psoriasis serait le témoin du caractère systémique de l'affection qui ne se limite pas qu'à la peau et aux

articulations [22]. Il est important de déterminer la part du psoriasis dans la survenue de ces affections associées.

CONCLUSION

Le psoriasis n'entraîne pas forcément une altération de la qualité de vie, mais les patients ayant un faible niveau socio-économique peuvent voir leur qualité de vie se détériorer. Le prurit est souvent associé à la maladie.

La qualité de vie chez les malades atteints de psoriasis est multifactorielle et ne dépend pas que de la sévérité.

Une étude multicentrique sur un grand nombre de population est nécessaire pour étayer la question.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Kurd SK, Gelfand JM. 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 (2): 218-224.
2. Dereure O, Guilhou JJ. Epidémiologie et génétique du psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2003 ; 130 (8-9) : 829-836.
3. Mbouopda NR. Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du psoriasis à l'Institut Marchoux de 1990 à 1999 et de Novembre 1000 à Avril 2001. Thèse Med. Bamako : 2002 ; 132.
4. Schmutz JL. Psoriasis et comorbidités [consulté le 15/08/2019]. Disponible à partir de URL : <http://www.jim.fr>
5. Dubertret L. Le Psoriasis de la clinique au traitement. 2ème édition. Paris : MED'COM Ed ; 2009. 155p.
6. Delamare J et Coll. Dictionnaire illustré des termes de médecine, 29ème Edition. 29ème édition. Paris : MALOINE Ed ; 2008. 1048p.
7. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210-6.
8. Finlay AY. Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *Br J Dermatol*. 2005; 152: 861-867.
9. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol*. 1997; 136: 305-14.
10. Kaloga M. et coll. Psoriasis among African Blacks: The Abidjan Experience of 17 Years. *J Clin Exp Dermatol Res* 2015 ; 6 (4) : 1-3.
11. Ly F. Psoriasis sur peaux pigmentées. *Ann Dermatol Venereol*. 2013.140: S11.
12. Ly F, Ndiaye M, Diatta et coll. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du psoriasis au Sénégal. A propos de 295 patients suivis à la clinique dermatologique du CHU Aristide Le Dantec (1997-2011). *Nouv Dermatol* 2013 ;32(suppl 1) :5-7.
13. Barro/Traoré F Korsaga/Somé N, Kopa PY, et coll. Aspects épidémiologiques et cliniques du psoriasis à Ouagadougou. *Dakar Med* 2015 ;60 (1) :11-19.
14. Komenan K et coll. Psoriasis in elderly patients in the Côte d'Ivoire: socio-demographic, clinical, therapeutic aspects and follow-up. *Int J Dermatol*. 2016 ; 55 (2): e83-6.
15. 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 Méd. Dakar : 2010 ; 113p.
16. 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.

17. Salami T A and coll. Prevalence and characteristics of aquagenics pruritus in a young African population. *BMC dermatology* 2009; 9:4.
18. Hagg D, Sundstrom A, Eriksson M, Schmitt-Egenolf M. decision for biological treatment in real life is more strongly associated with the psoriasis area and severity index (PASI) than with the dermatology life quality index (DLQI). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015 ; 29 (3):452-456
19. Attaqi, Khaoula. Psoriasis et qualité de vie. Thèse de méd. Marrakech : 2017 ; 118.
20. Maoua M et al. Qualité de vie et activité professionnelle des patients atteints de psoriasis au centre tunisien. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2015 ;76 :439-48.
21. Lapeyre H, Hellot MF, Joly P. Motifs d'hospitalisation des malades atteints de psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2007; 134:433-436.
22. Chen YJ, Wu CY, Shen JL, Chu SJ, Chen CK, and Chang YT, Chen CK. Comorbidity profiles of psoriasis in Taiwan: A latent class analysis Comorbidity profiles of psoriasis in Taiwan: A latent class analysis. Wu C-Y, Hu H-Y, Li C-P, Chou Y-J, Chang Y-T (2018) Comorbidity profiles of psoriasis in Taiwan: A latent class analysis. *PLoS ONE* 13(2): e0192537. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192537>
23. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015 ;135 :984-91
24. Dioussé P et coll. Profil épidémiologique, clinique et évolutif du psoriasis dans La région de Thiès au Sénégal. *Dakar Med.* 2015 ; 60 (1) :26-30.