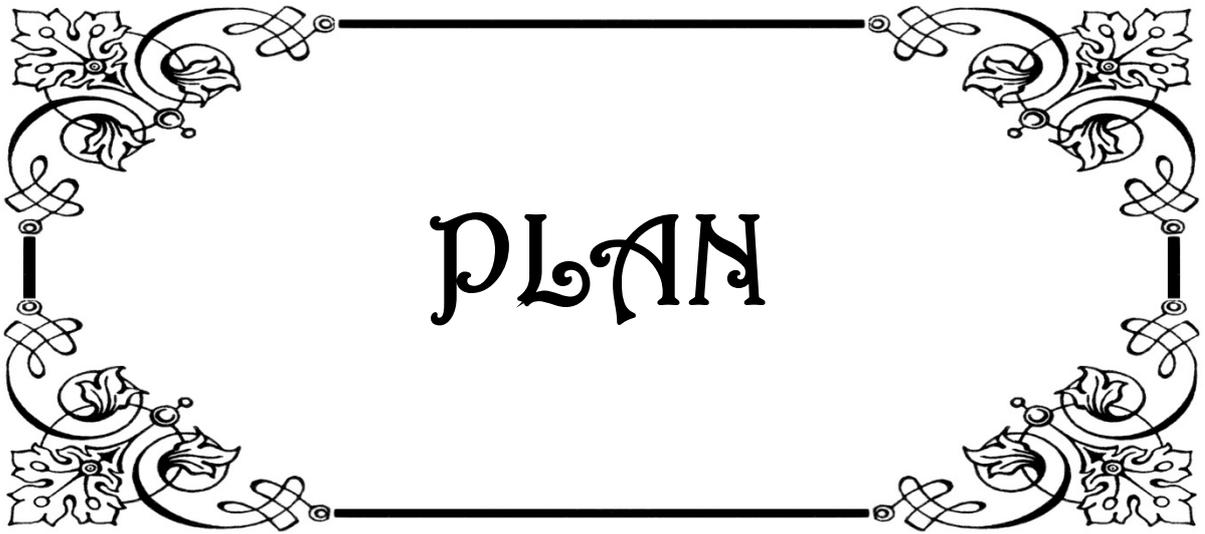




ABREVIATIONS

Liste des abréviations

| | | |
|--------------|---|-----------------------------------|
| DLQI | : | Dermatology Life Quality Index |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| PASI | : | Psoriasis Area and Severity Index |
| QDV | : | Qualité de vie |
| QOL | : | Quality of life |
| SC | : | Surface corporelle |
| SF-36 | : | Short Form-36 Health Survey |



PLAN

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 01 |
| MATERIELS ET METHODES | 04 |
| I. Matériels | 05 |
| 1. Type de l'étude | 05 |
| 2. Date de l'étude | 05 |
| 3. Lieu d'étude | 05 |
| 4. Population d'étude | 05 |
| II. Méthodes | 05 |
| 1. La fiche d'exploitation | 06 |
| 2. Méthodes d'évaluation | 07 |
| III. Méthodes statistiques | 08 |
| RESULTATS | 09 |
| I. Etude descriptive | 10 |
| 1. Les caractéristiques des patients | 10 |
| 2. Les caractéristiques du psoriasis | 15 |
| 3. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de DLQI | 20 |
| 4. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de Skindex16 | 24 |
| II. Etude analytique | 26 |
| 1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la qualité de vie | 26 |
| 2. Lien entre les caractéristiques du psoriasis et la qualité de vie | 30 |
| 3. Lien entre le PASI, les échelles de la qualité de vie et les facteurs socio- économiques et démographiques | 32 |
| 4. La corrélation entre les scores du DLQI et du Skindex16 | 34 |

| | |
|---|-----------|
| DISCUSSION | 36 |
| I. Généralités : | 37 |
| 1. Le psoriasis | 37 |
| 2. La qualité de vie et ses mesures | 45 |
| II. Discussion | 52 |
| 1. Le retentissement du psoriasis sur la qualité de vie: DLQI | 52 |
| 2. Le retentissement du psoriasis sur la qualité de vie : Skindex16 | 54 |
| 3. La corrélation entre les 2 échelles de la qualité de vie : DLQI et Skindex16 | 55 |
| 4. Les facteurs déterminants du retentissement sur la qualité de vie | 55 |
| 5. La corrélation entre les échelles de qualité de vie et le PASI | 59 |
| | |
| LIMITES | 61 |
| | |
| CONCLUSION | 63 |
| | |
| ANNEXES | 65 |
| | |
| RESUMES | 73 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 79 |



INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique, d'expression polymorphe et non contagieuse, qui peut se déclarer à tous les âges. C'est une affection multifactorielle complexe, mal connue, mettant en jeu des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux, son étiologie reste inconnue.

Le psoriasis est l'une des affections cutanées les plus fréquentes. Il touche environ 1 à 3% de la population générale. La prévalence du psoriasis au Maghreb a été estimée à 1,2% et à 1,5% au Maroc. [1]

Le diagnostic est essentiellement clinique, il reste le plus souvent bénigne évoluant par poussées entrecoupées de rémissions dont la durée et la fréquence sont variables et imprévisibles. Cependant certaines formes peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel (psoriasis palmo plantaire, rhumatisme psoriasique) voir le pronostic vital (érythrodermies psoriasiques, psoriasis pustuleux généralisé).

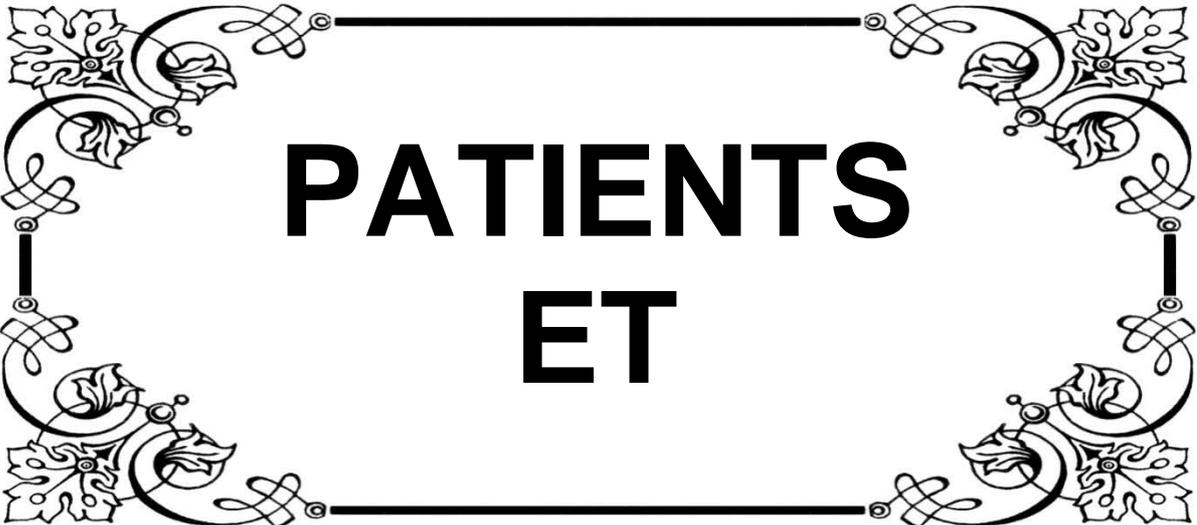
Le traitement, qui a fait des progrès ces dernières années, ne permet pas une guérison définitive du psoriasis. Le but est donc d'entraîner une réduction des lésions jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment tolérable pour le malade. Sa prise en charge est un vrai challenge vu la chronicité de la pathologie et le coût élevé des traitements.

Le psoriasis a un impact majeur sur la qualité de vie des patients dans la même mesure que d'autres maladies chroniques. Ces dernières sont confrontées à des dépenses personnelles importantes, et à l'exclusion sociale. Selon la gravité et la localisation des lésions cutanées, les porteurs peuvent souffrir d'un inconfort physique et d'un handicap importants. Ils peuvent être gênés par leur apparence et avoir une mauvaise estime de soi induite par la crainte d'être socialement rejetés ou par des difficultés d'ordre psychologique.

Les échelles de qualité de vie sont rarement utilisées par les dermatologues dans leur pratique quotidienne. En revanche, les chercheurs ont fréquemment recours à ces échelles pour évaluer l'influence des caractéristiques cliniques du psoriasis sur la qualité de vie.

Les indices de qualité de vie appliqués au psoriasis sont nombreux, le Dermatology Life Quality Index (DLQI) est le score le plus utilisé pour mesurer cet impact, c'est une échelle simple d'utilisation comprenant 10 questions avec pour chacune d'entre elles 4 réponses possible (annexe 2). Le Skindex est un auto questionnaire évaluant lui aussi la qualité de vie liée à la santé, la version du Skindex16 comporte 16 questions explorant les composantes à la fois physiques et psychiques de la QDV (annexe 3). Ces deux échelles ont été traduites en arabe validées et publiées [2,3].

*L'*objectif de notre étude consiste à évaluer la qualité de vie par la version arabe du DLQI et du Skindex16 chez des patients psoriasiques vus en consultations de dermatologie à Marrakech et à Laâyoune , d'évaluer le degré de concordance entre ces deux échelles et d'identifier les facteurs qui influencent la qualité de vie chez les patients psoriasiques.



PATIENTS ET

I. Patients :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive avec un recueil de données des patients psoriasiques suivis à la consultation de Dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech et le CHR Hassan II de Laâyoune. Une analyse descriptive et analytique a été faite.

2. Date de l'étude :

Etude prospective sur une période de 2 ans de Janvier 2015 à Décembre 2016.

3. Lieu d'étude :

Un échantillon accidentel de 120 patients atteints du psoriasis a été colligé au niveau:

- ✓ Consultation de dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.
- ✓ Consultation de dermatologie du centre hospitalier régional Hassan II de Laâyoune.

4. Population d'étude :

- Critères d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude tous les patients psoriasiques ayant un âge plus de 12 ans.
- Critères d'exclusion : Tous les patients chez qui le diagnostic était incertain ont été exclus de l'analyse.

II. Méthodes :

Notre étude s'est déroulée sous forme d'entretien. Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'interrogatoire des malades permettant de remplir la fiche du questionnaire ainsi qu'un examen Clinique dermatologique.

Le nombre de sujets participants est 120 cas dont 90 cas de psoriasis à Marrakech.

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude.

Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés.

1. La fiche d'exploitation : (voir annexe 1) :

Elle comporte:

➤ **Des données démographiques et socio-économiques des malades:**

Âge, sexe, niveau socio-économique, niveau d'étude, habitat, région.

➤ **Des données cliniques :**

- Recueillies grâce à un examen clinique de la peau, des muqueuses et des phanères, afin de déterminer la forme Clinique du psoriasis, la localisation, l'étendue des lésions.
- La Surface corporelle était mesurée soit par la règle de Wallas soit par la paume de la main.
- Le calcul de l'index psoriasis area and Severity index (PASI) [4] qui est l'indice le plus utilisé dans l'évaluation de la sévérité du psoriasis (annexe 4), qui prend en compte l'importance de l'érythème, l'importance de l'infiltration et l'importance de la desquamation des plaques de psoriasis ainsi que la surface cutanée atteinte.

Interprétation du score PASI :

- PASI < 7 = psoriasis légère.
- PASI entre 8 à 12 = psoriasis modéré.
- PASI sup à 12 = psoriasis sévère.

➤ **Evaluation de la qualité de vie:**

Pour évaluer le retentissement de cette dermatose sur la qualité de vie des patients, nous avons utilisé la version arabe validée des deux scores : Skindex16 et Dermatology life Quality index (DLQI). Un score élevé indique une qualité de vie altérée.

2. Méthodes d'évaluation:

2.1. Dermatology Life Quality Index (DLQI): (annexe 2)

Le DLQI [5,6] 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 :

- 0-1 = aucun effet sur la vie du patient;
- 2-5 = faible effet sur la vie du patient;
- 6-10 = effet modéré sur la vie du patient;
- 11-20 = effet important sur la vie du patient;
- 21-30 = effet extrêmement important sur la vie du patient.

2.2. Le Skindex16: (annexe 3)

Le Skindex16 [3] est une échelle générique pour mesurer la QDV qui comporte 16 questions qui constitue 3 dimensions (symptôme, émotions, fonctionnement).

Le score de chaque dimension est situé entre 0 et 4 avec des chiffres élevés indiquant un impact important sur la QDV. Les scores peuvent être également obtenus par la somme algébrique de valeurs finales des items composant chaque dimension. Le résultat se situe entre 0 et 64.

Les significations des scores obtenus sont :

- <10 = faible retentissement sur QDV.
- 11- 49 = moyen retentissement sur QDV.

- >50= important retentissement sur QDV.

III. Méthodes statistiques :

On a fait appel aux méthodes d'analyses statistiques suivantes :

- **Une analyse descriptive uni variée** : pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages et pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts- types.
- **Une analyse bi variée** : au cours de cette analyse, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer deux moyennes. L'étude de liaison entre deux variables quantitative a été effectuée grâce à l'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson.
- **Une analyse de concordance** entre le score du DLQI et du Skindex16.

Pour tous les tests statistiques, le seuil de signification p a été fixé à 0,05. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 16 et les graphiques sont élaborés grâce au tableur Excel 2007. L'analyse a été faite au service d'épidémiologie en centre de recherche clinique au CHU Mohammed VI.



RESULTATS

I. Etude descriptive :

1. Caractéristiques des patients :

1.1. Sexe :

Parmi les 120 patients, 42 étaient des hommes soit 35% de la population étudiée et 78 étaient des femmes soit 65% (Figure 1), avec un sexe ratio Homme/Femme de 0,54.

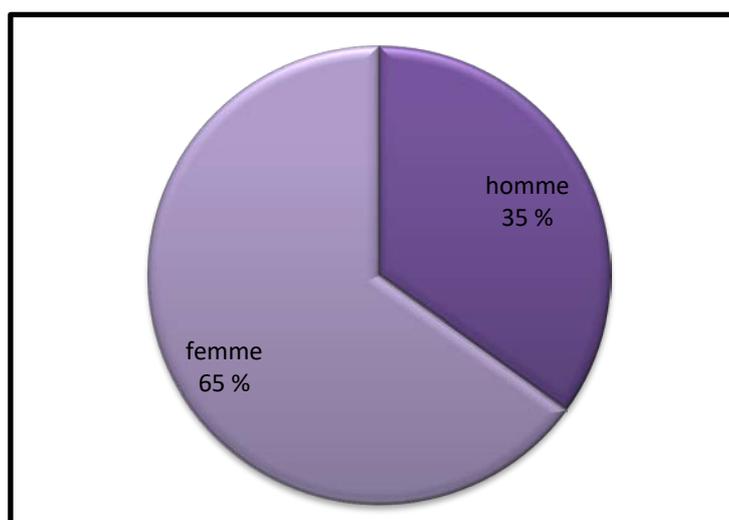


Figure 1 : La répartition des patients selon le sexe.

1.2. Age :

La moyenne d'âge des patients recrutés était de 33,37 avec des âges extrêmes allant de 12 ans à 72 ans. On a divisé les patients en 2 groupes comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau I : L'âge des patients

| Groupes d'âge | Nbre de patients | % de patients |
|---------------|------------------|---------------|
| <33 ans | 67 | 55,8% |
| >33 ans | 53 | 44,2% |
| Total | 120 | 100% |

1.3. Niveau d'étude :

La plupart des patients, soit 35,8% de la population de l'étude étaient des analphabètes, alors que 31,7% avaient un niveau primaire, 19,2% avaient un niveau secondaire et 13,3% avaient un niveau supérieur (tableau III, Figure 2).

Tableau III : Le niveau d'étude des patients

| Niveau d'étude | Nbre de patients | % de patients |
|----------------|------------------|---------------|
| Analphabète | 43 | 35,8% |
| Primaire | 38 | 31,7% |
| Secondaire | 23 | 19,2% |
| Supérieur | 16 | 13,3% |
| Total | 120 | 100% |

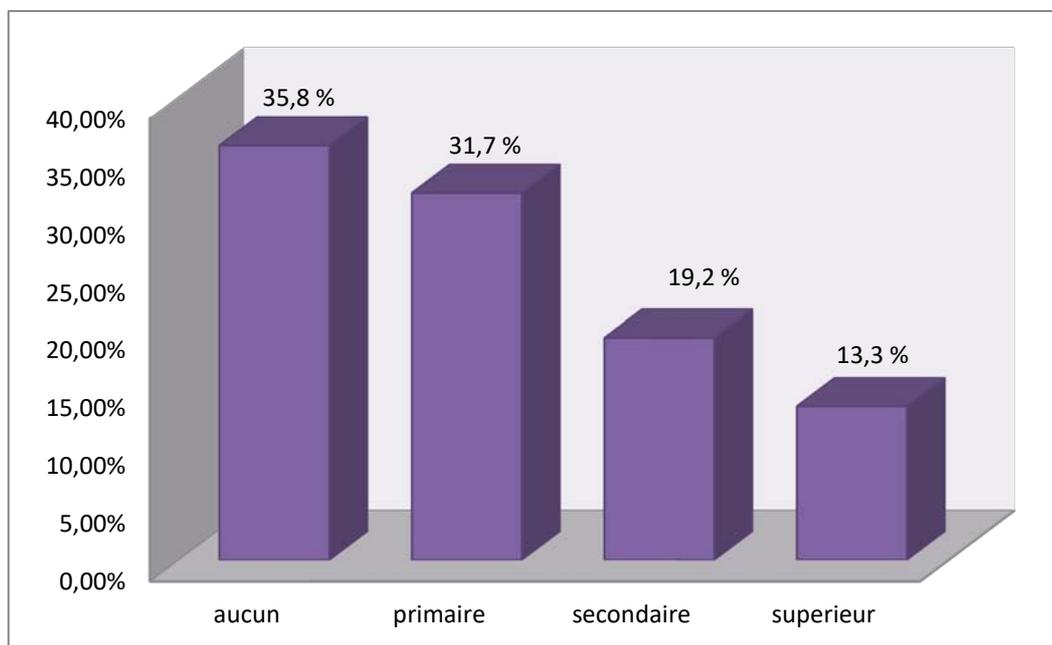


Figure 2 : Le niveau d'étude des patients

1.4. Le niveau socio-économique :

L'étude du niveau socio-économique chez nos malades a montré une prédominance des patients ayant un niveau bas, soit 54,2% de la population étudiée. Aucun de nos patients n'avait un niveau socio-économique élevé (tableau IV, Figure 3).

Tableau IV : Le niveau socio-économique des patients

| NSE | Nbre de patients | % de patients |
|-------|------------------|---------------|
| Bas | 65 | 54,2% |
| Moyen | 55 | 45,8% |
| Élevé | 0 | 0% |
| Total | 120 | 100% |

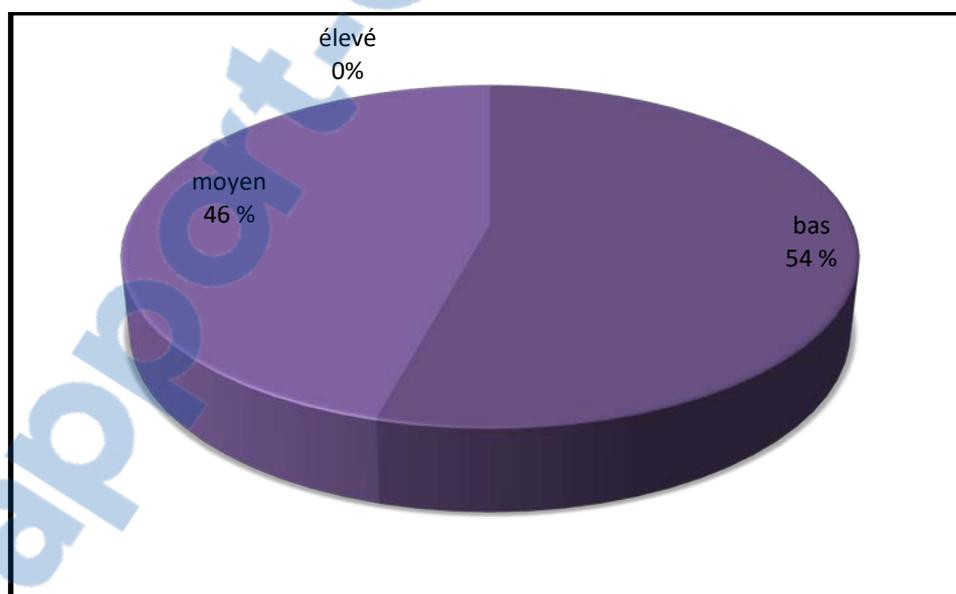


Figure 3 : Le niveau socio-économique des patients

1.5. Habitat :

L'étude de l'habitat chez nos malades a montré une prédominance urbaine soit 68,3% de la population étudiée (tableau V, Figure 4).

Tableau V : L'habitat des patients

| Habitat | Nbre de patients | % de patients |
|---------|------------------|---------------|
| Rural | 38 | 31,7% |
| Urbain | 82 | 68,3% |
| Total | 120 | 100% |

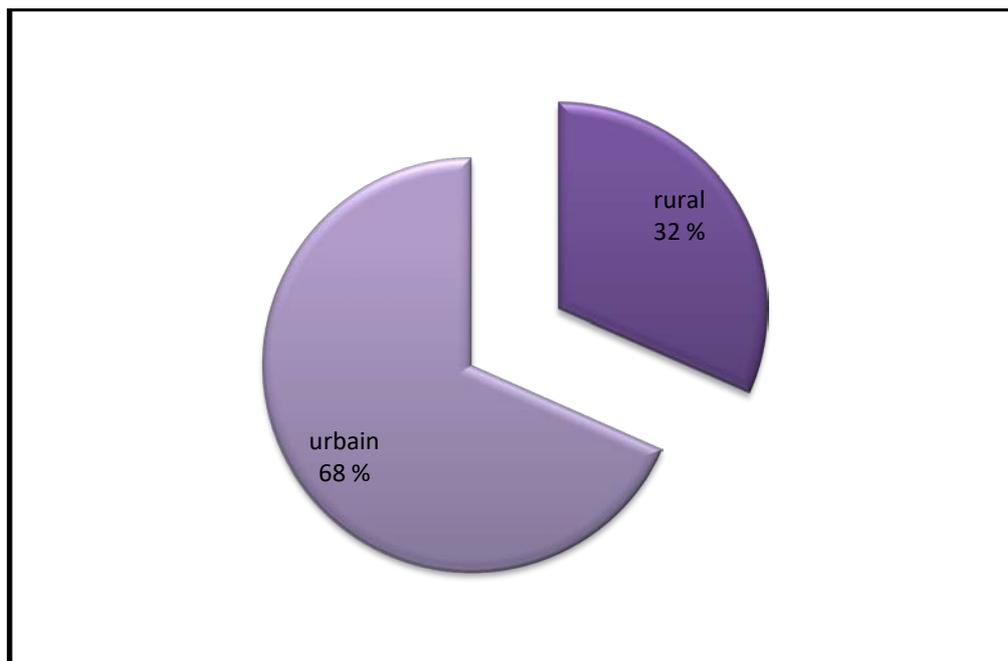


Figure 4 : L'habitat des patients

1.6. La région :

La majorité des patients, soit 75% de la population de l'étude étaient de la région de Marrakech, alors 25% habitaient à Laâyoune (tableau VI, Figure 5).

Tableau VI : La région des patients

| Région | Nbre de patients | % de patients |
|-----------|------------------|---------------|
| Marrakech | 90 | 75% |
| Laâyoune | 30 | 25% |
| Total | 120 | 100% |

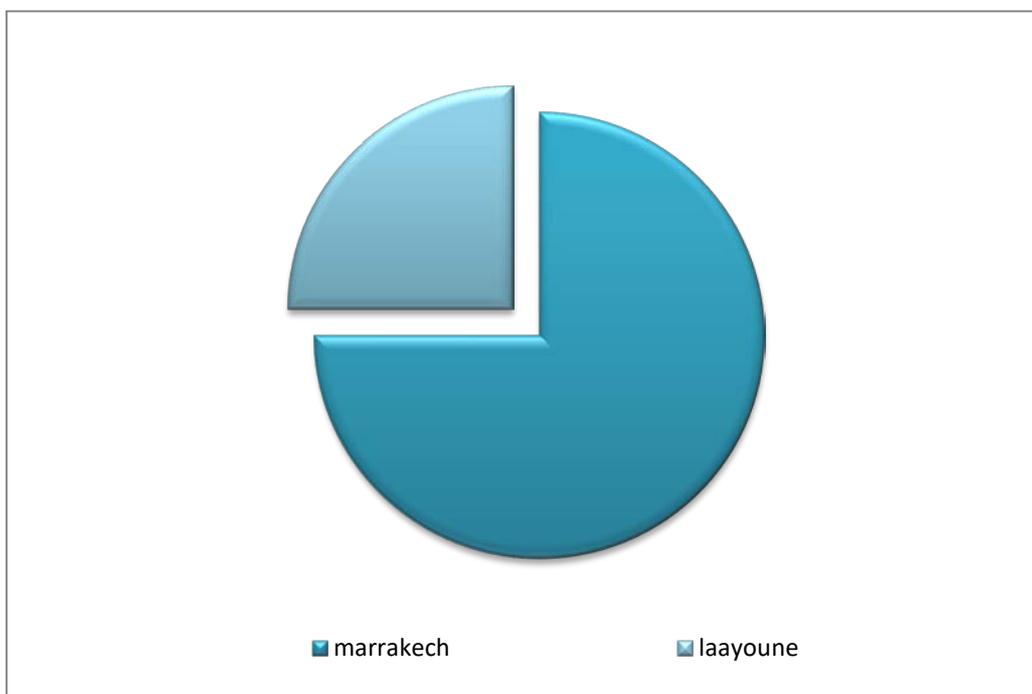


Figure 5 : La région des patients

2. Caractéristiques du psoriasis :

2.1. Ancienneté des lésions :

La moyenne d'ancienneté du psoriasis était de 2ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 32 ans.

D'autre part, on a classé l'ancienneté des lésions psoriasiques en 3 catégories (tableau VII, Figure 6) :

Tableau VII : L'ancienneté des lésions psoriasique

| Ancienneté | Nbre de patients | % de patients |
|------------|------------------|---------------|
| < à 1an | 56 | 46% |
| 2-5 ans | 44 | 37% |
| > à 5 ans | 20 | 17% |
| Total | 120 | 100% |

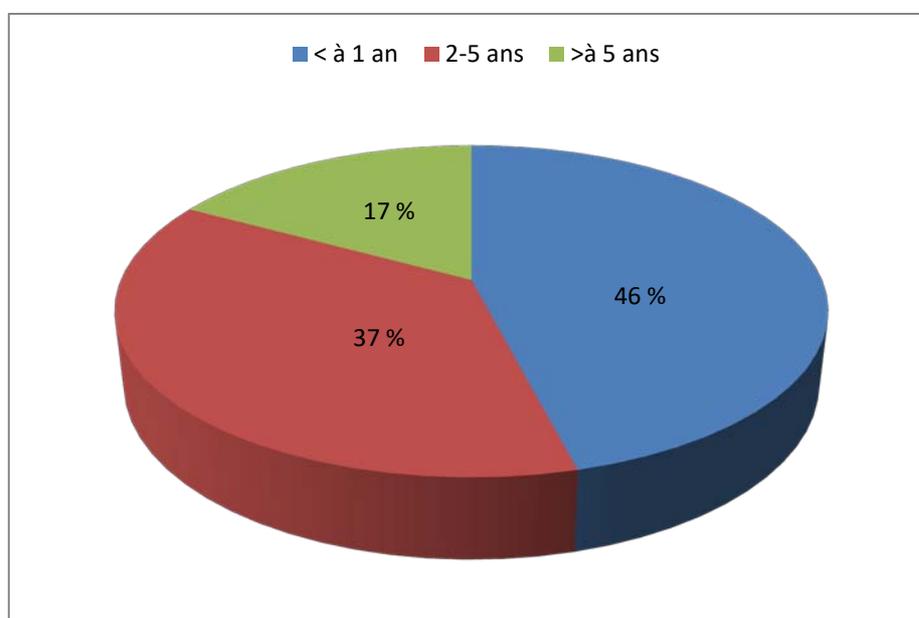


Figure 6 : L'ancienneté de la maladie

2.2. Type de psoriasis:

Dans notre série, la plupart des patients soit 65,8% présentait un psoriasis en plaques, alors que le psoriasis en gouttes était observé dans 23,3% des cas.

Le psoriasis pustuleux et arthropathique étaient des formes cliniques décrites chacune dans 5 cas (4,2%), alors que 2,5% présentaient un psoriasis érythrodermique psoriasique (tableau VII, Figure 7).

Tableau VII : Le type de psoriasis

| Type de psoriasis | Nbre des patients | % de patients |
|-------------------|-------------------|---------------|
| En plaque | 79 | 65,8% |
| En goutte | 28 | 23,3% |
| Arthropathique | 5 | 4,2% |
| Pustuleux | 5 | 4,2% |
| Erythrodermie | 3 | 2,5% |
| Total | 120 | 100% |

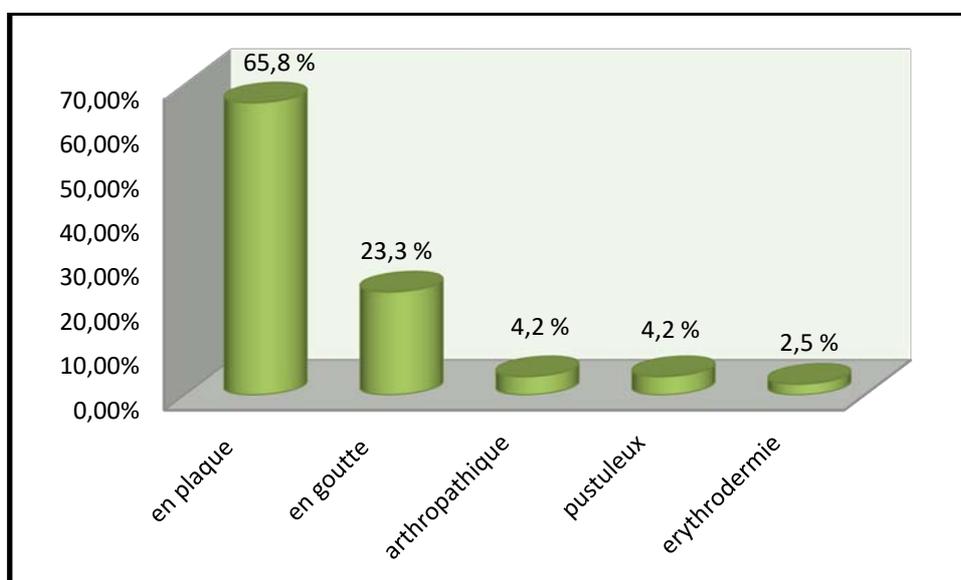


Figure 7 : Le type de psoriasis chez les patients

2.3. Topographie :

Dans notre série la plupart des patients soit 53,3% avaient une atteinte du cuir chevelu, la localisation palmo plantaire était présente dans 35% des cas, l'atteinte des ongles chez 17,5% des patients, alors que l'atteinte des plis était présente dans 8,3% des cas et atteinte de la muqueuse dans 5,8% des cas (tableau IX, Figure 8).

Tableau IX: Les localisations particulières

| Localisation | Nbre des patients | % de patients |
|-----------------|-------------------|---------------|
| Cuir chevelu | 64 | 53,3% |
| Palmo plantaire | 42 | 35% |
| Ongles | 21 | 17,5% |
| Plis | 10 | 8,3% |
| Muqueuse | 7 | 5,8% |
| Total | 120 | 100% |

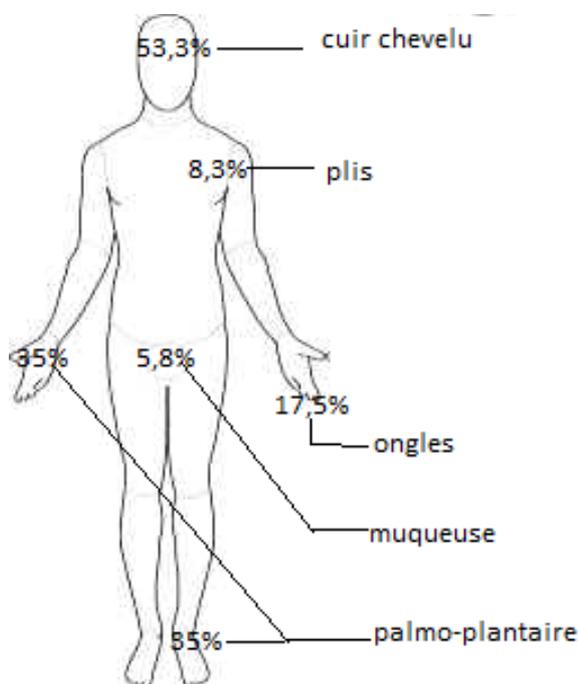


Figure 8 : La topographie du psoriasis

2.4. La surface corporelle:

41,6% des patients avaient une atteinte de 10% à 30% de la surface corporelle. Alors que 39% avaient une atteinte inférieure à 10% de la SC, 7 patients avaient une atteinte de plus de 50% (tableau X, figure 9).

Tableau X: La surface corporelle atteinte

| SC | Nbre de patients | % de patients |
|----------|------------------|---------------|
| < à 10% | 47 | 39,2% |
| 10% -30% | 50 | 41,7% |
| 30% -50% | 16 | 13,3% |
| > à 50% | 7 | 5,8% |
| Total | 120 | 100% |

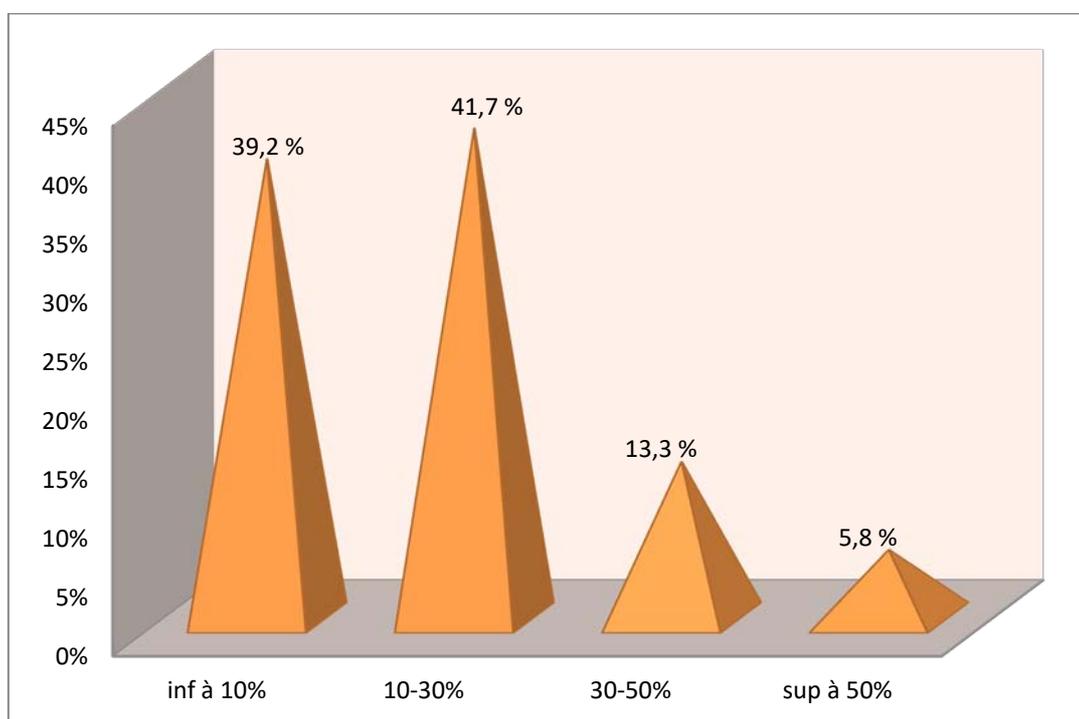


Figure 9 : La surface corporelle atteinte

D'autre part, on a classé l'étendue des lésions psoriasiques en 2 catégories :

- Atteinte du SC inférieur à 30% (faible à modérée) constatée chez 97 des cas soit 80,9%.
- Atteinte du SC supérieur à 30% (sévère) constatée chez 23 des cas soit 19,1%.

2.5. Le score de PASI:

Le score moyen du Psoriasis Area Severity Index (PASI) a été de 3,1 (étendue = 0,4-72).

La majorité des malades soit 76,7% des cas avaient un psoriasis jugé léger (score < 7) (tableau XI, figure 10).

Tableau XI: Le score de PASI

| PASI | Nbre de patients | % de patients |
|--------|------------------|---------------|
| < à 7 | 92 | 76,7% |
| 8 à 12 | 13 | 10,8% |
| > à 12 | 15 | 12,5% |
| Total | 120 | 100% |

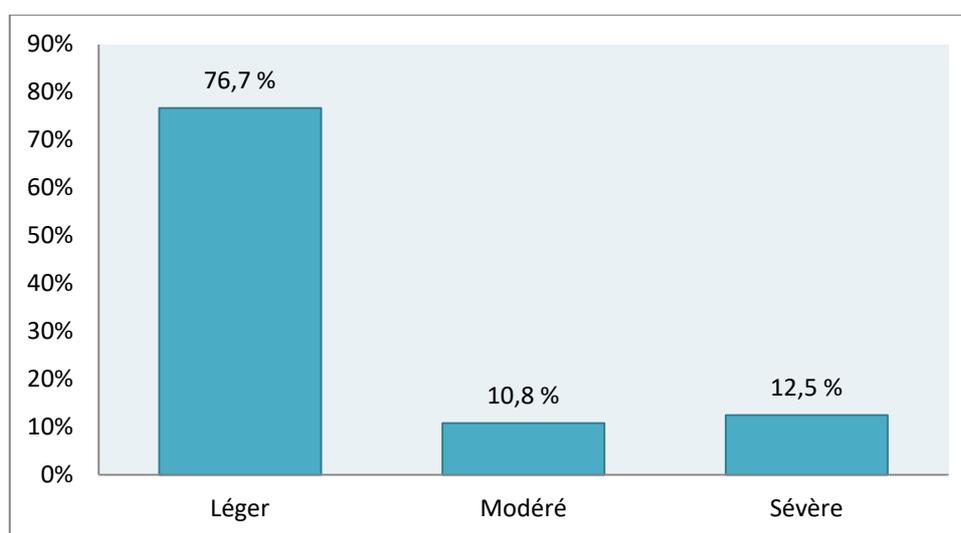


Figure 10 : Répartition des malades selon la sévérité du psoriasis en fonction du PASI

3. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de DLQI :

Le score moyen du DLQI a été de 8 (étendue = 1-30).

32,5% des patients estimaient que le psoriasis avait un effet modéré sur leur vie. Alors que 30% des malades avait un effet important et 10,8% avait un effet extrêmement important sur leur qualité de vie. 22,5% des patients avaient un faible impact, alors que 4,2% estimait que le psoriasis n'avait aucun impact sur leur qualité de vie (tableau XII, figure 11).

Tableau XII : Catégorie de DLQI

| DLQI | Nbre de patients | % de patients |
|---------|------------------|---------------|
| 0 à 1 | 5 | 4,2% |
| 2 à 5 | 27 | 22,5% |
| 6 à 10 | 39 | 32,5% |
| 11 à 20 | 36 | 30% |
| 21 à 30 | 13 | 10,8% |
| Total | 120 | 100% |

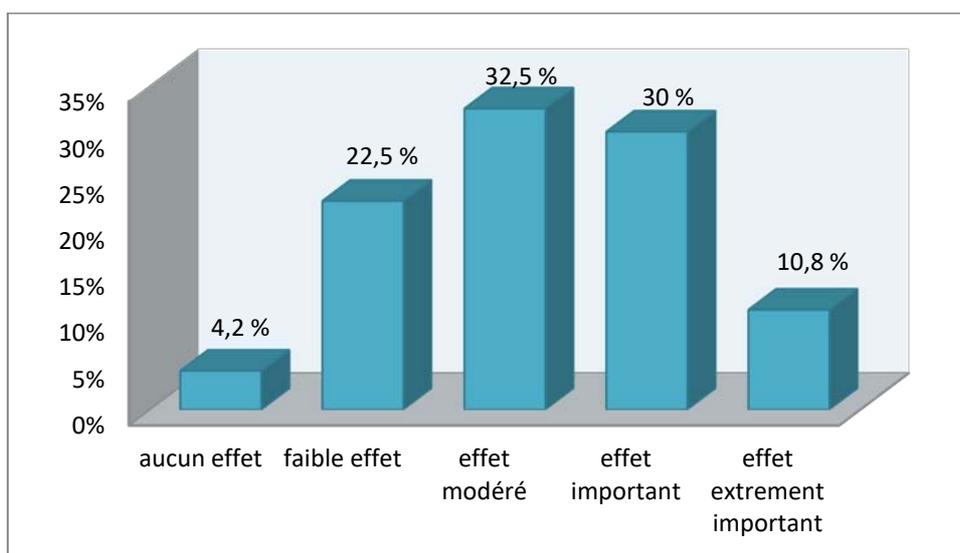


Figure 11: Répartition des malades en fonction de la catégorie de DLQI

D'autre part, on a classé l'impact de psoriasis sur la QDV par le DLQI en 2 catégories :

- DLQI < à 10 = impact moyen à absent (bonne QDV).
- DLQI > à 10 = grand impact (mauvaise QDV).

Ainsi, 40,8% de nos patients avaient une altération importante de leur qualité de vie (Tableau XIII).

Tableau XIII : Catégorie de QDV selon le score du DLQI

| Catégorie de QDV | Nbre de patients | % de patients |
|-----------------------------------|------------------|---------------|
| Impact moyen à absent (bonne QDV) | 71 | 59,2% |
| Grand Impact (mauvaise QDV) | 49 | 40,8% |
| Total | 120 | 100% |

Les scores obtenus concernant chaque dimension sont illustrés Sur le tableau XIV :

Tableau XIV : Les scores du DLQI obtenus par la somme algébrique des valeurs finales des items composant chaque dimension

Tableau XIV-a : Les scores de la dimension symptôme :

| Dimension symptôme | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-1) | 79 | 65,8% |
| Impact modéré à important (2-3) | 41 | 34,2% |
| Total | 120 | 100% |

65,8% des patients avaient un faible impact de la dimension symptôme sur leur qualité de vie.

Tableau XIV-b : Les scores de la dimension psychique :

| Dimension psychique | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-1) | 42 | 35% |
| Impact modéré à important (2-3) | 78 | 65% |
| Total | 120 | 100% |

78 patients soit 65% avaient un impact modéré à important de la dimension psychique sur leur qualité de vie.

Tableau XIV-c : Les scores de la dimension fonctionnement :

| Dimension fonctionnement | Nbre des patients | % des patients |
|--------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-5) | 86 | 71,6% |
| Impact modéré (6-10) | 27 | 22,6% |
| Impact important (11-15) | 7 | 5,8% |
| Total | 120 | 100% |

La plupart des patients, soit 71,6% de la population de l'étude avaient un faible impact de la dimension fonctionnement sur leur qualité de vie, alors que 5,8% avaient un impact important sur la QDV.

Tableau XIV-d : Les scores de la dimension relationnelle:

| Dimension relationnel | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-1) | 54 | 45% |
| Impact modéré à important (2-3) | 66 | 55% |
| Total | 120 | 100% |

55% des patients avaient un impact modéré à important de la dimension relationnelle sur leur qualité de vie.

Tableau XIV-e: Les scores de la dimension sexuelle:

| Dimension sexuelle | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-1) | 97 | 80,8% |
| Impact modéré à important (2-3) | 23 | 19,2% |
| Total | 120 | 100% |

La majorité des patients, soit 80,8% de la population de l'étude avaient un faible impact de la dimension sexuelle sur leur qualité de vie.

Tableau XIV-f: Les scores de la dimension traitement:

| Dimension traitement | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-1) | 90 | 75% |
| Impact modéré à important (2-3) | 30 | 25% |
| Total | 120 | 100% |

90 patients soit 75% avaient un impact faible de la dimension traitement sur leur qualité de vie.

On constatait que les dimensions ayant un impact modéré à important sur la qualité de vie évalué par le DLQI étaient la dimension psychique et relationnelle.

4. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de Skindex16 :

Le score moyen du Skindex16 a été de 21 (étendue = 3-64).

La majorité des malades soit 62,5% estimait que le psoriasis avait un retentissement moyen sur leur QDV vie. Alors que 20,8% avait un impact important et 16,7% des cas avait un faible retentissement sur leur qualité de vie (tableau XV, figure 12).

Tableau XV : Catégorie de Skindex16

| Skindex 16 | Nbre de patients | % de patients |
|------------|------------------|---------------|
| < à 10 | 20 | 16,7% |
| 11 à 49 | 75 | 62,5% |
| > à 50 | 25 | 20,8% |
| total | 120 | 100% |

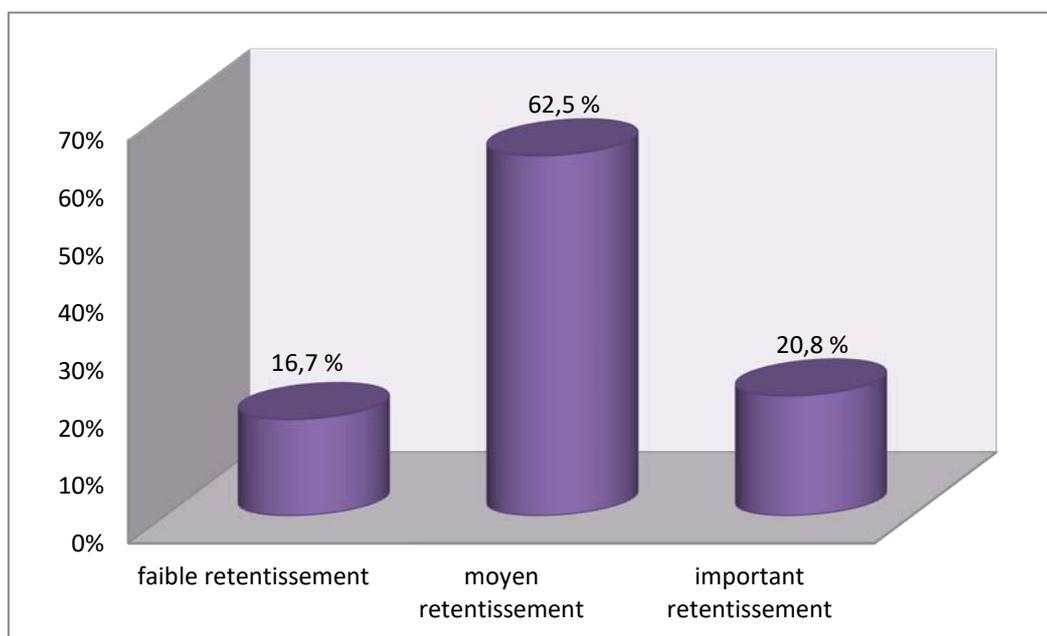


Figure 12 Répartition des malades en fonction de la catégorie de Skindex16

Les scores obtenus concernant chaque dimension sont illustrés Sur le tableau XVI :

Tableau XVI : Les scores du Skindex16 obtenus par la somme algébrique des valeurs finales des items composant chaque dimension.

Tableau XVI-a : Les scores de la dimension symptôme

| Dimension symptôme | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Faible impact (0-5) | 66 | 55% |
| Impact modéré (6-10) | 24 | 20% |
| Impact important (11-16) | 30 | 25% |
| Total | 120 | 100% |

La plupart des patients soit 55% avaient un faible impact de la dimension symptôme sur leur qualité de vie.

Tableau XVI-b : Les scores de la dimension émotion

| Dimension émotions | Nbre des patients | % des patients |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Faible impact (1-9) | 54 | 44,3% |
| Impact modéré (10-20) | 35 | 29,1% |
| Impact important (21-28) | 31 | 26,6% |
| Total | 120 | 100% |

44,3% des patients avaient un faible impact de la dimension émotion sur leur qualité de vie.

Tableau XVI-c : Les scores de la dimension fonctionnement

| Dimension fonctionnement | Nbre des patients | % des patients |
|--------------------------|-------------------|----------------|
| Faible impact (0-6) | 63 | 52,6% |
| Impact modéré (7-13) | 21 | 17,4% |
| Impact important (14-20) | 36 | 30% |
| Total | 120 | 100% |

63 patients soit 52,6% avaient un faible impact de la dimension fonctionnement sur leur qualité de vie alors que 30% avaient un impact important sur la QDV.

II. Etude analytique :

1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la qualité de vie (DLQI):

1.1. Influence de l'âge sur la qualité de vie des patients psoriasiques :

Tableau XVII : Etude du rapport entre l'âge et la QDV :

Tableau XVII-a : Etude du rapport entre l'âge et la QDV (calcul de la moyenne et écart-type)

| Catégories de qualité de vie (DLQI) | | Nbre | Moyenne | Ecart-type |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------|---------|------------|
| Age | Impact moyen à absent (bonne QDV) | 71 | 36,32 | 13,980 |
| | Grand impact (mauvaise QDV) | 49 | 27,94 | 11,375 |

Tableau XVII-b: Etude du rapport entre l'âge et la QDV (degré de signification) :

| Age | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | p* |
|---------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| < 33ans | 30 (44,7%) | 37 (55,3%) | 0,001 |
| > 33ans | 41 (77,3%) | 12 (22,7%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie. ($p < 0.001$).

La moyenne d'âge des sujets ayant une bonne qualité de vie était 36,32. Alors que la moyenne d'âge des patients ayant une mauvaise QDV était 28.

55,5% des patients ayant un âge < à 33 ans avait une mauvaise qualité de vie.

1.2. Influence du sexe sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis :

Tableau XVIII : Etude du rapport entre le sexe et la QDV

| Sexe | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | p* |
|----------|---|---|------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Masculin | 20 (47,6%) | 22 (52,4%) | 0,59 |
| Féminin | 51 (65,4%) | 27 (34,6%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

On note une prédominance d'une bonne qualité de vie chez les femmes soit 65,4%. Mais il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie. ($p=0.59$).

1.3. Influence du niveau socio économique sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis:

Tableau XIX: Etude du rapport entre le NSE et la QDV :

| NSE | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|-------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Bas | 34 (52,3%) | 31 (47,7%) | 0,097 |
| Moyen | 37 (67,3%) | 18 (32,7%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le NSE et la qualité de vie. (p=0.097).

1.4. Influence du niveau d'étude sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis :

Tableau XX : Etude du rapport entre le niveau d'étude et la QDV :

| Niveau étude | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|--------------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Aucun | 28 (65,1%) | 15 (34,9%) | 0,040 |
| Primaire | 27 (71,1%) | 11 (28,9%) | |
| Secondaire | 10 (43,5%) | 13 (56,5%) | |
| Supérieur | 6 (37,5%) | 10 (62,5%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Il y a un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et la qualité de vie. 71,1% des patients avec un niveau primaire avaient une bonne qualité de vie, alors que 62,5% des patients ayant un niveau d'étude supérieur avait une mauvaise qualité de vie. ($p=0,04$).

1.5. L'influence de l'habitat sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis :

Tableau XXI : Etude du rapport entre l'habitat et la QDV :

| Habitat | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|---------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Rural | 27 (71,1%) | 11 (28,9%) | 0,071 |
| Urbain | 44 (53,7%) | 38 (46,3%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'habitat et la qualité de vie ($p=0,071$).

1.6. L'influence de la région sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis:

Tableau XXII: Etude du rapport entre la région et la QDV :

| Région | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|-----------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Marrakech | 52 (57,8%) | 38 (42,2%) | 0,592 |
| Laâyoune | 19 (63,3%) | 11 (36,7%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la région et la QDV. ($p=0.592$)

2. Lien entre les caractéristiques du psoriasis et la qualité de vie :

2.1. L'influence de la durée de la maladie sur la QDV des patients atteints du psoriasis :

Tableau XXIII: Etude du rapport entre la durée de la maladie et la QDV :

| Catégories de qualité de vie (DLQI) | | Nombre | Moyenne | Ecart type | P* |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------|---------|------------|-------|
| Anciennité lésion | Impact moyen à absent (bonne QDV) | 71 | 4,2380 | 6,32070 | 0,077 |
| | Grand impact (mauvaise QDV) | 49 | 2,6796 | 3,14252 | |

*p : degré de signification

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la durée d'évolution de la maladie et la QDV. (p=0,77).

2.2. L'influence du type de psoriasis sur la qualité de vie :

Tableaux XXIV: Etude du rapport entre les formes de psoriasis et la QDV :

| Forme grave | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|----------------------|---|---|-------|
| | impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Non (type 1 et 2) | 61 (57,0%) | 46 (43,0%) | 0,168 |
| Oui (type 3, 4 et 5) | 10 (76,9%) | 3 (23,1%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre les formes graves et la QDV. (p=0.168)

2.3. L'influence de la topographie du psoriasis sur la qualité de vie :

Tableaux XXV: Etude du rapport entre la topographie du psoriasis et la QDV :

| Topographie | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|-------------------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| Cuir chevelu | 38 (58,9%) | 26 (40,6%) | 0,960 |
| Muqueuse | 5 (71,4%) | 2 (28,6%) | 0,496 |
| Atteinte des plis | 9 (90%) | 1 (10%) | 0,038 |
| Ongles | 13 (61,9%) | 8 (38,1%) | 0,779 |
| Palmo-plantaire | 24 (57,1%) | 18 (42,9%) | 0,741 |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la topographie du psoriasis et la QDV.

2.4. Le Lien entre la surface corporelle atteint sur la qualité de vie :

Tableau XXVI: Etude du rapport entre la surface corporelle et la QDV :

| Surface corporelle | Catégories de qualité de vie (DLQI) | | P* |
|----------------------|---|---|-------|
| | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | Grand impact (mauvaise qualité de vie) | |
| < à 30% | 59 (60,8%) | 38 (39,2%) | 0,448 |
| Etendu grave > à 30% | 12 (52,2%) | 11 (47,8%) | |
| Total | 71 | 49 | |

*p : degré de signification

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre le Surface corporelle atteint et la qualité de vie chez patients psoriasiques. ($p=0,448$)

2.5. Lien entre la sévérité du psoriasis PASI et la QDV :

Tableau XXVII: Etude du rapport entre PASI et la QDV:

| Catégories de QDV (DLQI) | | N | Moyenne | Ecart -type | P* |
|--------------------------|--|----|---------|-------------|-------|
| PASI score | Impact moyen à absent (bonne qualité de vie) | 71 | 5,784 | 9,196 | 0,313 |
| | Grand impact (mauvaise QDV) | 49 | 7,610 | 10,404 | 0,325 |

*p : degré de signification

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre le PASI et la QDV.

3. Lien entre la sévérité du psoriasis PASI, les échelles de la qualité de vie et les facteurs socioéconomiques et démographiques :

Tableau XXVIII: Etude du rapport entre PASI, les échelles de la QDV et sexe :

| Sexe | | N | Moyenne | Ecart-type | P* |
|---------------|---|----|---------|------------|-------|
| PASI score | M | 42 | 10,45 | 14,570 | 0,001 |
| | F | 78 | 4,42 | 4,436 | 0,012 |
| DLQI score | M | 42 | 11,43 | 8,713 | 0,347 |
| | F | 78 | 10,17 | 5,861 | 0,403 |
| Skindex score | M | 42 | 27,33 | 20,790 | 0,634 |
| | F | 78 | 29,00 | 16,718 | 0,656 |

*p : degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre le sexe et le PASI ($p<0,01$), alors qu'il n'y a pas un lien entre les échelles de qualité de vie avec le sexe.

Tableau XXIX: Etude du rapport entre PASI, les échelles de la QDV et Niveau socio-économique:

| NSE | | N | Moyenne | Ecart-type | P* |
|---------------|-------|----|---------|------------|-------|
| PASI score | Bas | 65 | 7,05 | 12,048 | 0,523 |
| | Moyen | 55 | 5,91 | 5,906 | 0,501 |
| DLQI score | Bas | 65 | 11,42 | 7,038 | 0,170 |
| | Moyen | 55 | 9,65 | 6,856 | 0,169 |
| Skindex score | Bas | 65 | 29,97 | 18,538 | 0,311 |
| | Moyen | 55 | 26,58 | 17,733 | 0,309 |

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le niveau socio-économique, le PASI et la QDV.

Tableau XXX: Etude du rapport entre PASI, les échelles de la QDV et Niveau d'étude :

| Niveau d'étude | | N | Moyenne | Ecart-type | P* |
|----------------|------|----|---------|------------|-------|
| PASI score | Sans | 43 | 8,48 | 12,563 | 0,180 |
| | Avec | 38 | 5,52 | 5,353 | 0,164 |
| DLQI score | Sans | 43 | 9,79 | 6,599 | 0,852 |
| | Avec | 38 | 9,53 | 6,035 | 0,851 |
| Skindex score | Sans | 43 | 25,86 | 18,450 | 0,663 |
| | avec | 38 | 24,16 | 16,282 | 0,660 |

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude, le PASI et la QDV.

Tableau XXXI : Etude du rapport entre le PASI, les échelles de la QDV et habitat :

| Habitat | | N | Moyenne | Ecart type | P* |
|---------------|--------|----|---------|------------|-------|
| PASI score | Rural | 38 | 9,05 | 13,241 | 0,056 |
| | Urbain | 81 | 5,40 | 7,386 | 0,119 |
| DLQI score | Rural | 38 | 8,84 | 6,619 | 0,066 |
| | Urbain | 81 | 11,37 | 7,058 | 0,061 |
| Skindex score | Rural | 38 | 22,97 | 17,362 | 0,030 |
| | Urbain | 81 | 30,64 | 18,004 | 0,029 |

*p : degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'habitat et score du skindex16 mais pas de lien avec le PASI et le DLQI.

4. La corrélation entre les scores du DLQI et du Skindex16 :

Tableau XXXII: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 :

Tableau XXXII-a: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 (calcul de la moyenne et écart-type)

| | Moyenne | Écart type | N |
|---------------|---------|------------|-----|
| DLQI score | 10,61 | 6,982 | 120 |
| Skindex score | 28,42 | 18,177 | 120 |

Tableau XXXII-b: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 (Coefficient de corrélation)

| Coefficient de corrélation | | DLQI score | Skindex score |
|----------------------------|--|------------------|------------------|
| DLQI score | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) | 1 | 0,793** 0,000 |
| Skindex score | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) | 0,793** 0,000 | 1 |

** . La corrélation est significative au niveau de 0,01 (2-tailed)

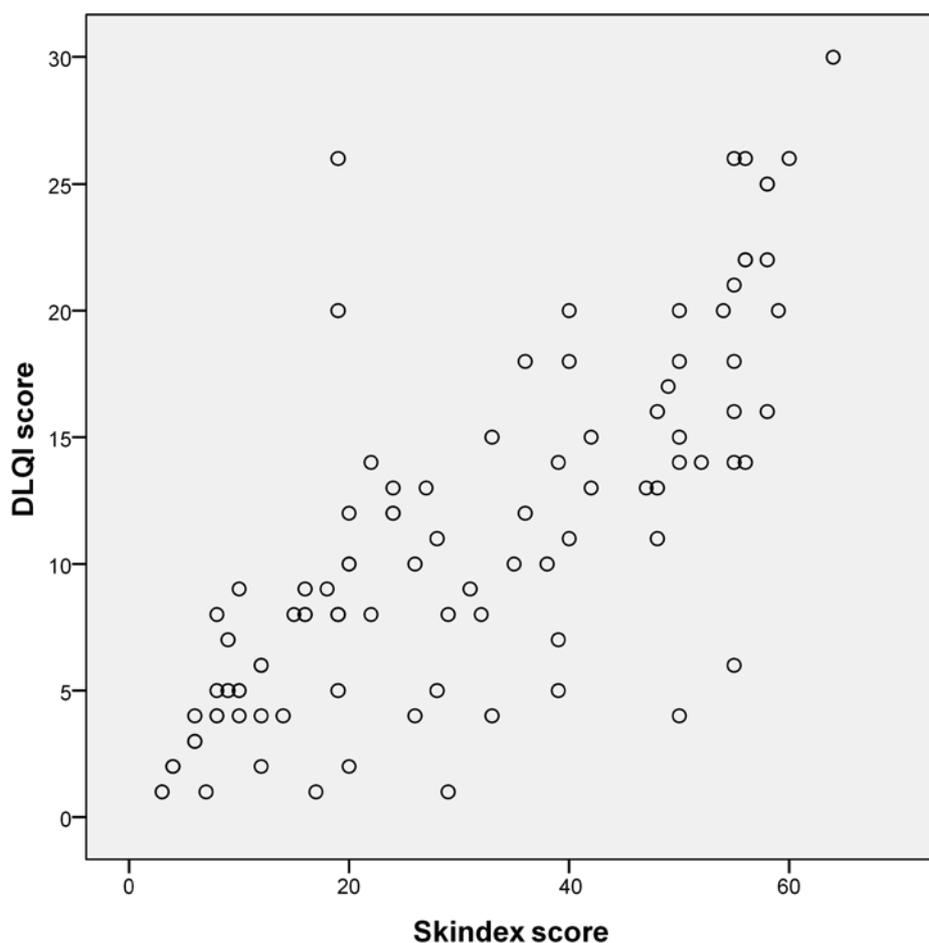
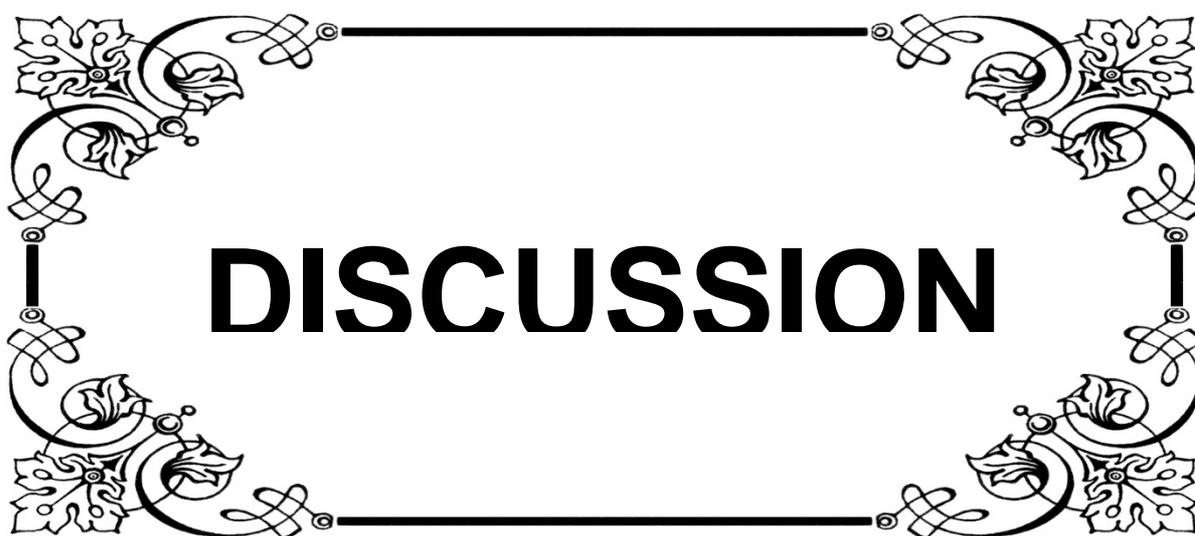


Figure 13 : Corrélation entre le DLQI et Skindex16

Il existe une corrélation entre les deux échelles de la qualité de la vie le DLQI et le Skindex16 ($p=0,000$; $r=0,793$).



DISCUSSION

I. Généralités :

1. Le psoriasis :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse peu ou pas prurigineuse d'évolution chronique évoluant par poussées, dont l'étiopathogénie demeure incomplètement élucidée [7]. Il est caractérisé par un trouble de l'homéostasie épidermique (hyperprolifération et troubles de la différenciation kératinocytaire) ainsi que par des phénomènes inflammatoire dermo-épidermiques complexes. [7]

En effet, l'existence de formes familiales et sa distribution inégale parmi les races, suggèrent l'existence d'un terrain génétique, confirmé par l'identification de locus de prédisposition et de systèmes HLA à risque. Néanmoins, des facteurs environnementaux, physiques, chimiques et microbiologiques, interviennent à un degré important à différentes étapes du processus immunologique, pour déclencher la maladie ou en déterminer la gravité.

Sur le plan épidémiologique, Le psoriasis est une maladie fréquente qui a été décrite parmi toutes les populations du monde, mais avec des prévalences variant selon la zone géographique et la race concernées. Ainsi, sa distribution varie sensiblement d'un pays à l'autre. Avec des extrêmes de 0,2% au Japon à 4,8% en Norvège. Cette variabilité a toujours conforté l'hypothèse de facteurs environnementaux mais aussi de facteurs génétiques sous-jacents [8].

A l'échelle mondiale, la plupart des séries de ces 20 dernières années estiment que le psoriasis touche 1 à 3% de la population générale [8].

Le psoriasis atteint plus fréquemment les caucasiens que dans les autres races avec une incidence estimée à 60 cas/ 105/an [8], avec une tendance significative à la hausse avec le temps [9]. Aux États-Unis, le psoriasis affecte environ 2% à 4,6% de la population [10] et 2,8% des habitants des îles Féroé [11]. Ainsi son incidence varie de 0,97% en Amérique du Sud à 1.5% en Arabie saoudite [8].

Le psoriasis touche 3 à 5% de la population européenne [12], Au Royaume uni, dans une étude réalisée entre 1987 et 2002, considérée comme étant la plus large étude de prévalence du psoriasis jusqu'à cette date, la prévalence était de 1,5% [13]. On note également que la prévalence du psoriasis est estimée à 1,7% au Danemark, 2,3% en Suède [14] et à 1,3% en Allemagne [15]. En France, cette prévalence serait de l'ordre de 1,6 à 2,3%. Une étude française publiée en 2013 a d'ailleurs conclu à une prévalence plus élevée d'environ 4,7%. [14]

Il est maintenant bien reconnu que les personnes orientales ont une faible prévalence du psoriasis par rapport aux Caucasiens [16]. La plus basse prévalence était constatée au Japon, ainsi que chez les Mongols et les Esquimaux, et peut être absente chez certains autochtones australiens et certaines populations Franco-américaines [17, 18, 19, 20].

Au Maghreb, une étude transversale « EPIMAG » a été réalisée en 2015, qui a été confiée à des médecins généralistes et dermatologues sur une période de 2 semaines et qui a révélé une prévalence estimée à 1,2% du psoriasis au Maghreb, et à 1,5% au Maroc, 1% en Algérie, et 1,3% en Tunisie [1].

Le diagnostic du psoriasis est surtout clinique et ne nécessite aucune exploration complémentaire sauf dans les formes atypiques ou compliquées. Il est caractérisé par un polymorphisme clinique à expression principalement cutanée et articulaire. Il comporte dans sa forme type des plaques érythémato-squameuses siégeant préférentiellement aux coudes, genoux et les lombes.

L'aspect clinique du psoriasis est variable selon la taille, le nombre et le regroupement de cette lésion élémentaire, on distingue :

- ❖ **Psoriasis en gouttes** : est fait de lésions de petite taille, punctiformes ou lenticulaires, nombreuses et disséminées. (Figure 14)



Figure 14 : Psoriasis en gouttes

[Iconographie du service de dermatologie du CHU Mohammed VI- Marrakech].

- ❖ **Psoriasis nummulaire** : est fait de lésions de taille et de la forme d'une pièce, de plusieurs millimètres à quelques centimètres de diamètre.
- ❖ **Le psoriasis en plaques** : touche des segments plus vastes, ces plaques peuvent parfois avoir un aspect figuré, circiné ou annulaire. (Figure 15)



Figure 15 : Psoriasis en plaques

[Iconographie du service de dermatologie du CHU Mohammed VI- Marrakech].

- ❖ **Le psoriasis universalis** : rare, lorsque le psoriasis occupe la quasi- totalité du tégument. [12]

La fréquence des formes graves du psoriasis est estimée de 5,4 à 25,9% des cas de psoriasis [12,21], qui sont :

- ❖ ***Psoriasis érythrodermique*** :

Il s'agit d'un psoriasis généralisé à plus de 90% des téguments de la surface cutanée avec une desquamation abondante (Figure 16).L'érythrodermie peut être provoquée par un rebond après l'arrêt de certains agents thérapeutiques (corticothérapie générale). Elle peut se compliquer de surinfections, de carence vitaminique, de troubles de la thermorégulation et de déshydratation et de troubles hémodynamiques, et doit entraîner l'hospitalisation du malade.

Elle est rare, grave, et est une complication potentielle de tout psoriasis.



Figure 16 : Erythrodermie psoriasique avec accentuation des lésions au niveau des genoux.

[Iconographie du service de dermatologie du CHU Mohammed VI- Marrakech].

- ❖ ***Psoriasis Arthropatique*** : (Figure 17)

Il se rencontre chez environ 20 à 25% des malades psoriasiques et peut donner 3 tableaux cliniques : Oligo- ou monoarthrite, polyarthrite et rhumatisme axial.

Le rhumatisme psoriasique peut également être associé à une atteinte inflammatoires des insertions tendineuses (enthésopathie : inflammation des enthèses).



Fig17: Psoriasis Arthropatique.

[Iconographie du service de dermatologie du CHU Mohammed VI- Marrakech].

❖ *Psoriasis pustuleux :*

Il peut apparaître d'emblée ou sur un psoriasis déjà connu, et peut être déclenché par divers médicaments. Ce n'est pas une infection. Il faut distinguer :

- Le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire (Figure 18) :

Il s'agit de pustules jaunâtres évoluant par poussées, il peut être associé à une atteinte articulaire sternale ou sternoclaviculaire, il entraîne un handicap fonctionnel (difficultés du travail manuel et de la marche) qu'il génère est souvent important.



Figure 18 : Psoriasis pustuleux palmaire.

[Iconographie du service de dermatologie du CHU Mohammed VI- Marrakech].

- Le psoriasis pustuleux généralisé (dit de von Zumbusch) qui est rare : (Figure 19)

Début brutal avec une altération de l'état général, fièvre élevée et des placards rouge vif qui se couvrent de pustules superficielles pouvant confluer en larges nappes essentiellement localisées sur le tronc. D'évolution parfois grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.



Figure 19: Psoriasis pustuleux généralisé.

[Iconographie du service de dermatologie du CHU Mohammed VI- Marrakech].

La gravité du psoriasis s'évalue en pratique courante par la surface corporelle atteinte par le psoriasis (1 paume = 1%) et par le score de PASI [4].

❖ **Le Psoriasis Area and Severity Index (PASI) (Annexe4):**

Est une échelle d'évaluation de l'étendue et de la sévérité des lésions. C'est le score le plus utilisé actuellement dans les études cliniques pour évaluer l'évolution du psoriasis sous traitement. Il est très utilisé dans de nombreuses études [22]. Il est calculé à partir de plusieurs paramètres [23, 24, 25, 26] :

- La surface corporelle : divisée en 4 régions : la tête (10%), le tronc (30%), les membres supérieurs (20%) et les membres inférieurs (40%). Pour chacune des quatre localisations le score de surface est coté de 0 à 6 : 0 est l'absence d'atteinte de la zone

considérée, 1 : moins de 10% ; 2 : de 10 à 30% ; 3 : de 30 à 50% ; 4 : de 50 à 70% ; 5 : de 70 à 90%, 6 : 90 à 100%.

- Chacune des quatre régions est aussi cotée pour les signes cliniques : érythème, desquamation et induration selon leur sévérité de 0 (absente) à 4 (très sévère).

Le score de PASI est obtenu par une équation pondérant chacun de ces paramètres. Il varie de 0 (pas d'atteinte) à 72 (sévérité maximale).

Pour garder une valeur juste, le PASI devrait toujours être évalué par le même investigateur. Pour cela, nous avons opté pour la mesure de la surface atteinte selon la règle de wallace qui est utilisée dans les centres des grands brûlés. Cependant, cette mesure n'apporte qu'un élément d'appréciation incomplet. Cependant, cette mesure n'apporte qu'un élément d'appréciation incomplet.

Même si le PASI reste la méthode de référence d'évaluation de la gravité du psoriasis, il est critiquable sur plusieurs aspects. En effet, il ne prend pas en compte l'impact sur la qualité de vie du patient et ne tient pas compte de localisations affichantes (mains...) ou du type de psoriasis [23]. Certains patients ont des surfaces atteintes peu importantes mais sont très handicapantes par des lésions affichantes, prurigineuses ou gênantes dans leur travail. D'autres, même avec des surfaces atteintes importantes, ont des lésions peu intenses cliniquement et supportables dans leur vie quotidienne [27, 28, 29, 30].

De ce fait, la mesure de la qualité de vie est un élément important pour évaluer la sévérité d'un psoriasis.

Cette maladie peut s'associer à un grand nombre de comorbidité essentiellement métabolique et psychiatrique [31.32]. Le traitement radical de cette maladie chronique n'existe pas, La prise en charge n'est pas codifiée. L'arsenal thérapeutique s'élargit de jour en jour par la découverte de nouvelles molécules. C'est l'une des « grandes maladies » de la dermatologie, qui bénéficie actuellement de progrès rapides et significatifs en matière de la

physiopathologie et du traitement.

Les possibilités thérapeutiques doivent être expliquées avec patience et bien comprises par le patient et sa famille afin d'obtenir une bonne compliance au traitement. Le traitement dépend de la gravité du psoriasis, des localisations cutanées, de l'existence d'une atteinte articulaire; du retentissement sur la qualité de vie du patient et de sa demande thérapeutique; des contre-indications éventuelles; des antécédents du patient.

Le traitement est essentiellement topique, représenté par les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D3 ou leur association. La photothérapie est indiquée en cas d'inefficacité ou de récurrence rapide et sévère en respectant les contre indications.

Les traitements systémiques sont l'acitrétine ; le méthotrexate et la ciclosporine, sont discutés en cas d'échec du traitement local et de la photothérapie ou en cas d'association avec une atteinte articulaire. Ces traitements permettent une amélioration importante des lésions en 2 à 4 mois chez 30% des patients pour l'acitrétine et 50 à 60% des patients pour le méthotrexate et la ciclosporine.

Les biothérapies sont utilisées depuis 2005 dans le traitement du psoriasis. Elles sont indiquées en cas de psoriasis modéré à sévère avec un retentissement important sur la qualité de vie et en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins deux agents systémiques dont le méthotrexate, la ciclosporine et la photothérapie.

Par son caractère affichant, Le psoriasis affecte profondément l'image du soi et la perception du malade par son entourage [33]. C'est une maladie qui a été liée à la stigmatisation sociale, à la douleur, à l'inconfort, à l'incapacité physique et à la détresse psychologique [34], de même que l'influence du psychisme sur la fréquence et l'intensité des poussées n'est plus à démontrer. De ce fait, on comprend que c'est une maladie complexe dont la prise en charge, pour être adéquate, doit être multifactorielle voire multidisciplinaire.

2. La QDV et ses mesures :

2.1. Le concept de La QDV :

L'OMS définit la qualité de vie comme étant :<< la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte culturel et le système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes>> [35]. Il s'agit là d'une définition très large, affectée de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales, et les relations avec l'environnement. [36,37]

La création de l'OMS et l'établissement de la définition multidimensionnelle de la santé, associée aux changements d'orientation de la pratique médicale dans les dernières décennies ont participé à l'éclosion de la QDV relative à la santé en tant que critère de jugement. [37]

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

- Une dimension objective : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.
- Une dimension subjective : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.

Ainsi, la QDV relative à la santé est un concept multidimensionnel incluant au minimum les domaines physiques, psychiques et sociaux aussi que les symptômes liés à la maladie et aux traitements [37]. Ceci explique la multitude d'instruments de mesure disponibles. Ces mesures doivent aussi tenir compte de la variabilité avec le temps de ces paramètres et d'être sensibles au changement.

2.2. La QDV et ses mesures :

a. Généralités:

Les mesures de QDV, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé. Ces échelles visent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa QDV.

Le développement d'une échelle est un processus long et complexe. Grace aux plusieurs travaux menés depuis plus de 30 ans, la construction d'une échelle est maintenant bien codifiée. Il résulte d'une approche multidisciplinaire nécessitant la collaboration entre cliniciens, statisticiens, linguistes et psychométriciens afin d'obtenir un instrument fiable et valide. [36]

Les questionnaires doivent être pertinents et simple à comprendre. Les questions sont regroupées par thème pour explorer les différentes dimensions. Classiquement, on admet 4 dimensions pour couvrir le champ des valeurs de la QDV :

- Physique : elle comporte l'activité physique quotidienne (possibilité de se déplacer, sommeil, alimentation)
- Somatique : c'est-à-dire les symptômes et la douleur, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques.
- Psychologique : elle comprend la vie spirituelle de l'individu (c'est-à-dire réflexion, pensée, méditation, satisfactions artistiques, prière ...), l'humeur (dépression, anxiété), les performances cognitives (mémoire, concentration) et le sentiment de bien être.
- Social : elle porte sur les relations avec autrui au niveau social, professionnel, amical, familial et les satisfactions professionnelles et maritales. [36, 37]

Après avoir validé le questionnaire, il peut être administré à des patients dans le cadre d'une étude de QDV. Plusieurs modalités de réponses sont envisageables : dichotomiques telles que oui-non, ordinales, de type échelle de Likert telles que très souvent-souvent-parfois-rarement-jamais, continues, par échelle visuelle analogique. Ces échelles risquent de négliger des situations intermédiaires contrairement à ceux qui comportent une pondération des réponses en fonction de l'importance accordée aux différentes dimensions [36]. Le questionnaire peut être auto-administré, lorsque le patient répond seul aux questions posées, sans intervention extérieure, ou administré par un enquêteur, qui pose les questions au patient et enregistre ces réponses.

Une fois les données recueillies, elles sont exploitées par des tests statistiques afin d'obtenir différents scores utiles pour être confrontés à des données cliniques objectives ou des données démographiques. [36]

La mesure de QDV est particulièrement utile au cours des affections chroniques [38] Si dans la plupart des cas, les maladies dermatologiques ne mettent pas en jeu le pronostic vital, elles ont un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales, et leurs activités quotidiennes. Les échelles de QDV sont des instruments qui évaluent cet impact en prenant en compte la perception de l'affection par les malades.

b. Les instruments de mesure de la QDV :

On distingue deux types d'outils :

❖ **Les instruments génériques :**

Sont conçus pour l'exploration de pathologies variées, à des stades de gravité divers, et dans différents groupes socio-économiques et culturels. Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé, à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaines dimensions concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges de l'état fonctionnel, du bien-être et de la perception globale de la santé. Les échelles génériques sont censées être universelles et utilisables dans tout processus pathologique.

Ces échelles, dont la plus connue et utilisée est le SF-36, sont parmi les plus anciennes et ont su faire preuve de leur fiabilité dans de nombreux domaines de la médecine.

❖ **Les instruments spécifiques :**

Les instruments spécifiques sont construits pour des groupes présentant le même type de pathologie, souvent dans le but de mesurer un changement au cours du temps (évaluation thérapeutique). Ils explorent de façon précise chaque caractéristique de la maladie exprimée sous forme de dimensions. [36]

Lors de leur construction, ils sont testés sur la population à laquelle ils sont destinés.

Les auteurs anglo-saxons ont proposé un grand nombre de ces instruments ; il est difficile pour l'instant d'en évaluer les avantages et les inconvénients. Il n'existe pas de consensus définissant et validant l'intérêt et les règles d'utilisation de ces échelles. La plupart des scores ne sont disponibles qu'en anglais et le concept de QDV et son expression sont fortement dépendants du contexte culturel. Leur simple traduction est donc insuffisante. Un véritable processus d'adaptation est nécessaire pour établir une équivalence culturelle. Devant la difficulté de la construction et de la validation d'une échelle de QDV liée à la santé, cette démarche d'adaptation culturelle est souvent préférée permettant d'économiser la phase d'élaboration : choix des questions et validation du contenu.

2.3. Mesure de la QDV au cours du psoriasis :

Le psoriasis est une pathologie fréquente, ayant un impact important sur le vécu quotidien des patients. L'examen clinique ne permet pas à lui seul d'évaluer la détresse psychologique associée ce qui rend la grille de QDV un outil complémentaire important pour le médecin.

C'est pour cela, il est devenu indispensable de mettre en place des instruments permettant l'évaluation de la QDV au cours de cette pathologie.

De nombreux questionnaires étaient utilisés dans ce sens, et le choix du moyen de mesure dépendra de l'objectif de l'étude. La majorité des études ont utilisé des questionnaires génériques pour décrire la QDV. Le DLQI est le plus souvent utilisé.

a. Instruments génériques utilisés au cours du psoriasis :

❖ *Dermatology Life Quality Index (DLQI):*

Est une échelle de mesure mise au point en 1994 par Finlay et Khan est un instrument de mesure de l'impact de la qualité de vie chez des patients souffrant de maladies dermatologiques [5]. Il repose sur dix questions cotées de 0 à 3, portant sur le prurit, la gêne

générale, l'interférence avec l'habillement, les loisirs, le sport, la sexualité et le travail [38]. Le score du DLQI est obtenu en faisant la somme des scores qui ont été attribués à chacune des questions. Il varie de 0 (qualité de vie la meilleure) à 30 (qualité de vie la plus altérée). Le DLQI a été utilisé pour évaluer la qualité de vie de patients après une hospitalisation en dermatologie ou dans le cadre du suivi chirurgical de carcinomes basocellulaires, Cet instrument de mesure a été également utilisé chez des patients souffrant de dermatite atopique, de vitiligo, de psoriasis, d'acné. La fiabilité du DLQI était élevée. [5]

Le DLQI est un instrument facile pour mesurer la qualité de vie des différentes atteintes de la peau. Il est particulièrement intéressant, car il peut être facilement utilisé. Cet indice semble refléter les données les plus pertinentes pour la dermatologie de la population. Le système de notation est simple. Les études montrent en outre la fiabilité et la validité de l'indice dans le cadre interculturel. Ces données soutiennent son utilisation, y compris comme un instrument de recherche international. [39]

Le DLQI est internationalement utilisé depuis plus de 15 ans et traduit en plus de 80 langues dont l'arabe [40]. Il existe une version marocaine qui a été jugée sensible et fiable [2].

❖ *Skindex16* :

Le Skindex est une échelle d'origine américaine adapté et validé en France [2], il existe une version dialectale arabe marocaine validée et fiable [3]. Le Skindex16 comprend 16 questions, Les résultats du Skindex16 sont rapportés en trois scores représentant chacun une dimension spécifique de la qualité de : émotion (7 questions), symptôme (4 questions), et fonction (5 questions).

La réponse à chaque question est notée de 0 à 4 :

- Jamais = 0
- Rarement = 1
- De temps en temps = 2

- Souvent = 3
- Tout le temps = 4

Le score de chaque dimension est la moyenne des réponses à chaque question de cette dimension. Les scores sont transformés en pourcentage. L'impact en terme de qualité de vie est d'autant plus important que le score est élevé.

❖ ***SF-36 (Short-Form 36 Health survey):***

Développé en 1992 aux Etats-Unis, le SF-36 est une échelle générique de mesure de la QDV axée sur la perception par le patient de son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients mais qui intègre également des axes plus comportementalistes.

Il est composé de 36 questions, évaluant 8 dimensions (activité physique, limitations dues à l'activité physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique). [36]

Il s'agit plus d'une mesure de qualité de vie liée à la santé que de qualité de vie telle qu'elle est perçue par le patient. C'est un outil de référence, traduit et adapté culturellement dans plus de 15 pays notamment en arabe. [41] Cette échelle donne lieu à l'établissement de scores par dimension, et il faut noter qu'il n'existe pas de score global. Un algorithme a été développé pour permettre de calculer un score par « composant », à savoir, un score de santé physique, et un score de santé psychique.

La fiabilité et la validité du SF-36 sont très bonnes, et ce questionnaire a été mis en œuvre dans de nombreuses études internationales, et appliqué à de multiples contextes pathologiques.

b. Les instruments spécifiques utilisés au cours du psoriasis :

Des scores spécifiques du psoriasis existent aussi [42, 43]. Le problème de tous les scores de qualité de vie est l'adaptation transculturelle. Les critères pris en compte dans tel ou tel pays peuvent être de peu d'intérêt dans un autre pays. Une grille établie dans un pays doit

donc être validée avant d'être utilisée dans un autre pays.

❖ ***Psoriasis disability index (PDI): [44]***

Indice d'incapacité ou d'infirmité liée au psoriasis, ce score a été développé par Finlay et Kelly en 1987 [45]. Il comporte 10 items. Il a été complété par un score en 15 items en 1990

[46]. Le score est calculé par addition des scores à chaque question. Les quinze questions sous-groupées en cinq chapitres : activités quotidiennes (5 items), travail ou école (3 items), relations personnelles (2 items), loisirs (4 items), traitement (1 item). La réponse à chaque fois est comprise entre 1 et 7, c'est-à-dire de pas du tout (-not at all-) à beaucoup (-very much-).

❖ ***Psoriasis life stress inventory (PLSI): [47]***

Il évalue le degré de stress engendré par le psoriasis dans la vie quotidienne. Ce questionnaire a été utilisé sous différentes versions comportant de 41 à 15 questions. Chaque réponse est graduée en 4 items. Il analyse 2 secteurs principaux : l'évitement des relations sociales pour prévenir des confrontations inconfortables, les croyances dévalorisantes sur la représentation que les autres ont du psoriasis. Il permet de classer les patients en 2 catégories selon que les patients vivent leur maladie comme stressante ou non stressante. [48]

❖ ***Autre: Psoriasis Index of Quality of Life (PSORIQoL) [49], Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL).[38]***

Les mesures de qualité de vie sont applicables chacune à une population particulière, dans des conditions particulières, chaque index a ses qualités propres [42, 43]. Un index de qualité de vie ne peut être utilisé dans un pays que s'il a été traduit du point de vue culturel, puis validé pour le pays où il doit être utilisé. La multiplicité des indices rend compte du caractère imparfait de chaque test. L'amélioration de la qualité de vie après un traitement est un facteur à prendre en compte, mais qui ne saurait remplacer l'amélioration objective des manifestations cliniques du psoriasis qui doit être le but premier de tout traitement. [50]

II. Discussion:

Le psoriasis est une affection cutanée ayant un retentissement psychologique important, interférant dans les relations personnelles et professionnelles du patient au quotidien.

Vu que la majorité des pathologies dermatologiques ne mette pas en jeu le pronostic vital des malades, l'attention des praticiens aurait tendance à être déviée vers d'autres maladies considérées plus « sérieuse », cependant, l'impact psychologique de ces malades est comparable, et même supérieur que celui d'autres pathologies chroniques [51]. Le diagnostic lui-même entraîne des réactions psychologiques négatives, puisque près de la moitié des malades se sentent déprimés et anxieux face au diagnostic [52].

1. Le retentissement du psoriasis sur la qualité de vie : DLQI

Le score moyen de DLQI dans notre étude est 8. 40,8% de nos patients ont un score supérieur à 10 témoignant d'une altération importante de la qualité de vie par le psoriasis. Les dimensions ayant un impact modéré à important sur la qualité de vie étaient la dimension psychique et relationnelle. En comparant nos résultats aux moyennes de DLQI retrouvées dans d'autres études chez patients atteints du psoriasis, nous notons que le score moyen de nos patients était inférieur à celui retrouvé dans la plupart des études. (Voir tableau comparatif XXXIII).

Tableau XXXIII : Résultats du DLQI dans quelques études effectuées chez des patients atteints de psoriasis :

| Auteurs/Pays | Année | Nombre de cas | Moyenne DLQI |
|-------------------------------------|-------|---------------|--------------|
| E. Mazotti et al. Italie [53] | 2005 | 900 | 8,8 |
| R. Shikiar et al. Angleterre [54] | 2006 | 147 | 12,7 |
| AK. Wahl et al. Norvège [55] | 2006 | 85 | 10,6 |
| O. Schooffski et al. Allemagne [56] | 2007 | 184 | 18,3 |
| AM. Eghileb et al Angleterre [57] | 2007 | 63 | 10 |
| F. Valenzuela et al. Chile [58] | 2010 | 153 | 14 |
| M. Maoua et al. Tunisie [59] | 2015 | 58 | 16,1 |
| H. Benchikhi et al. Maroc [60] | 2013 | 40 | 11,15 |
| A. Kouris et al. Grec [61] | 2015 | 84 | 12,61 |
| Notre étude | 2017 | 120 | 8 |

Dans une étude Tunisienne faite par Maoua et al qui a montré que la majorité des malades soit 86,2% ont estimé que leur qualité de vie est très altérée par le psoriasis [59] Contre 40,8% de nos patients. Une autre étude faite par Valenzuela et al. Ont objectivé un impact important du psoriasis sur la QDV chez les patients chiliens, les domaines les plus affectés entaient : symptôme, psychique, fonctionnement et traitement [58].

D'autres études se sont intéressées à comparer l'impact du psoriasis par rapport aux autres pathologies dermatologiques, en comparant avec nos résultats ; nous notons que le score moyen de nos patients était supérieur à celui retrouvé dans la plupart des autres maladies sauf pour certains pathologie comme épidermolyse bulleuse et cicatrices de brulures. (Tableau XXXIV)

Tableau XXXIV: Résultats du DLQI dans quelques études effectuées chez des patients atteints d'autres pathologies dermatologiques :

| Auteurs | Pays | Année | Pathologie | Nombre de patients | Moyenne DLQI |
|-------------------------|------------|-------|------------------------------|--------------------|-----------------|
| D.Williamson et al [62] | Pays-bas | 2001 | Alopécie | 70 | 8,3 |
| S. Blackford et al [63] | Angleterre | 1997 | Maladie de behçet | 325 | 5,7 |
| N. Mazharia et al [64] | Etats-Unis | 2007 | Cicatrices de brulures | 109 | 17,7 +/- 5,5 |
| HM. Horn et al [65] | Angleterre | 2002 | Epidermolyse bulleuse | 90 | 12 ,07 +/- 5,29 |
| LB. Ferraz et al [66] | Brésil | 2006 | Lupus érythémateux chronique | 71 | 6,5 |
| H. Benchikhi et al [60] | Maroc | 2013 | Vitiligo | 40 | 7,9 +/- 4,6 |

2. Le retentissement du psoriasis sur la qualité de vie : Skindex16

Dans notre étude le psoriasis avait un impact modéré sur la QDV de nos malades. En évaluant par le Skindex16 le score moyen a été de 21; la majorité de nos malades soit 62,5% estimait que le psoriasis avait un retentissement modéré sur leur QDV.

Alors qu'une étude faite en 2016 par le service de dermatologie au CHU Hassan II de Fès sur 104 patients psoriasiques en utilisant le Skindex16 a objectivé que 50% des patients avaient un impact important du psoriasis sur leur QDV et que 35% avaient un impact modéré [67]. De même une autre étude comparative faite en 2015 par Hui-Ju Yang and Kuo-chia Yang sur l'impact du psoriasis sur la QDV en Taiwan d'un groupe de 100 patients ayant le psoriasis

avec 100 patients ayant autres pathologies dermatologiques générale ont montré que les patients atteints de psoriasis avaient une interférence sévère dans tous les aspects de leur vie par rapport aux patients atteints d'autres dermatose . Le degré de détérioration de la QDV des patients était statistiquement significatif en termes de toutes les dimensions du Skindex16 ($p < 0,001$) [68].

3. La corrélation entre les deux échelles de la qualité de vie DLQI et Skindex16 :

Dans notre étude on a trouvé que la corrélation entre le DLQI et Skindex16 étaient statistiquement significative avec $p = 0,000$ et $r = 0,793$. Cependant on trouve une différence entre le pourcentage des malades ayant une altération de la qualité de vie mesuré par les deux échelles ; 40,8% de nos malades avaient une mauvaise qualité de vie évaluée par le DLQI ; alors que 20,8% avaient un impact important sur leur vie évaluée par le Skindex16. Cette différence obtenue peut être expliquée par les différents items utilisés dans les deux échelles. Dans la littérature le DLQI est l'instrument le plus utilisé et le plus valide pour le psoriasis.

Dans la littérature, aucun auteur nous a rapporté une étude similaire concernant la corrélation entre ces deux échelles le DLQI et le Skindex16.

4. Les facteurs déterminants du retentissement sur la QDV :

Dans notre étude, les facteurs déterminants de la QDV qui sont significativement corrélé à une altération de la qualité de vie de nos patients étaient l'âge jeune et le niveau d'étude supérieur par contre on n'a pas trouvé une corrélation avec les autres facteurs.

4.1. QDV et facteurs démographiques et socio-économiques :

Nous avons trouvé un lien positif entre l'âge et la QDV ; 55,5% des patients ayant un âge < 33 ans avait une mauvaise qualité de vie ($p < 0,001$). Il est probable que les sujets jeunes

évaluent mieux leur QDV par rapport aux personnes plus âgées et aussi vu la durée d'évolution de la maladie qui n'est pas encore longue chez eux. Ce résultat est en accord avec d'autres études, Gelfand et al. Ont montré en 2004 que parmi les facteurs déterminant d'une mauvaise QDV étaient l'âge jeune du début de l'atteinte [69]. Selon Lin et al. , le score de DLQI était corrélé aussi à l'âge jeune du début de la maladie [70]. L'étude faite par Amy de la breteque et al. Ont montré que l'âge jeune est associé avec un retentissement important sur la QDV ($p < 0,006$) [71]. Dans l'étude de Kelati et al. L'âge jeune était significativement corrélé avec la QDV chez les patients psoriasiques évaluée par le skindex16 dans les 3 dimensions surtout ce qui concerne l'aggravation et le récurrence de la maladie ainsi la sensation de honte [67].

Ce résultat est en contradiction avec d'autres études. Trois études réalisées respectivement par Valenzuela, Kouris et Yang [58, 61, 68] ont montré une corrélation négative entre l'âge des patients et la QDV. Cette différence obtenue a été expliquée par le fait que les jeunes assument plus de responsabilités professionnelles et familiales et donc arrivent mal à accepter leur maladie. Ce contraste est peut être lié aux différences socioculturelles entre les populations. Elles peuvent être également expliquées par le nombre de patients participant aux études et à la diversité des atteintes cliniques.

Des résultats controversés existent dans la littérature en ce qui concerne le lien entre le sexe et la QDV. Nous n'avons pas confirmé l'influence du sexe sur la QDV. Ce résultat est en accord avec d'autres études [61, 68]. Tandis que d'autres études [58, 60, 67, 69, 71] ont trouvé une corrélation positive entre sexe des patients et la QDV. La majorité des patients atteints de psoriasis avec une mauvaise qualité de vie évaluée dans les études mentionnées ci-dessus [60, 67, 69, 71] étaient des femmes. Sauf pour l'étude faite par Valenzuela et al. [58] chez les patients chiliens atteints de psoriasis dont la différence entre le DLQI entre les hommes et les femmes était remarquable. Les hommes étaient constamment plus touchés dans presque tous les domaines du questionnaire, ce qui est été rarement rapportée auparavant. Il a été rapporté que les sujets psoriasiques n'ont aucune différence entre les sexes dans aucune caractéristique sur la QDV chez les patients atteints de psoriasis [72]. Cet impact sur la QDV

chez les hommes peut avoir été influencé par l'étendue de la maladie observée et la prédominance du sexe masculin dans leur échantillon [58].

Il semble que le niveau d'éducation est l'un des facteurs déterminants de la QDV dans notre étude ($p=0,04$). Nous avons remarqué que 62,5% des patients ayant un niveau d'étude supérieur avaient une mauvaise QDV, alors que la majorité de nos malades soit 65,1% étaient des analphabètes avaient une bonne QDV. Ce même résultats ont été monté dans l'étude de Amy de la breteque et al. Qu'un niveau d'éducation plus haut est corrélé avec une mauvaise qualité de vie ($p<0,0001$) [71]. Ceci peut être expliqué par le fait d'avoir un niveau d'étude supérieur peut affecter la perception générale du monde extérieur et peut influencer l'attitude du patient envers sa santé et sa maladie. Tandis que H-J Yang et K-C Yang n'ont pas trouvé un lien significatif entre le niveau d'étude et la QDV [68].

L'impact des conditions socioéconomiques a été également étudié. Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de lien entre le niveau socio-économique et la QDV. D'autre part, un lien positive avec la QDV était trouvé dans l'étude Benchikhi et al. [60], aussi Kelati et al ont prouvé qu'un bas niveau socio-économique influence la QDV surtout dans la dimension symptôme évaluée par le skindex16 [67]. Ceci, indique que, des conditions socioéconomiques favorables ne sont pas toujours une garantie de satisfaction. Aussi, les croyances culturelles telles que, la soumission au destin influencent beaucoup la perception de l'état de santé surtout chez nos malades.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de lien entre l'habitat et la QDV, contrairement à l'étude de Kelati qui a objectivé une corrélation entre l'origine rural et la dimension symptôme du Skindex16 en aggravant essentiellement le prurit ($p=0,05$). [67]

4.2. L'impact des aspects cliniques du psoriasis sur la QDV :

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il n'y a pas de relation entre la durée d'évolution de la maladie et la QDV. C'était surprenant puisqu'on s'attendait à ce que la QDV diminue avec le temps, car le patient commence à perdre l'espoir de guérir. Par contre, Il

existe une corrélation statistiquement significative entre l'ancienneté du psoriasis et la QDV dans certaines études [58, 67, 69], Kelati et al. ont prouvé que l'ancienneté du psoriasis était un facteur qui entraîne une altération générale de la QDV ($p=0,009$) essentiellement sur la dimension émotion, il entraîne un sentiment de colère ($p=0,007$) [67]. Dans l'étude de Valenzuela et al. a montré que les patients ayant un psoriasis récent (<5ans) avaient une QDV plus altérée que ceux avec un psoriasis plus de 20ans ($p=0,00007$) [58]. On peut expliquer que la différence de nos résultats avec les autres études peuvent être en rapport avec la taille de notre échantillon ainsi elles peuvent résulter des différences culturelles, sociales et économiques des groupes étudiés.

Nous n'avons pas trouvé de lien entre le type du psoriasis et la QDV. Dans l'étude de Kelati et al. Le psoriasis arthropathique avait une corrélation significativement positive avec la QDV surtout avec la dimension symptôme ($p=0,004$) [67].

La localisation du psoriasis est considérée comme un des facteurs déterminants de la QDV dans plusieurs études, Dans l'étude de Lin [74] l'atteinte unguéale était significativement liée à QDV. Alors que Kelati et al. ont montré une corrélation entre atteintes du cuir chevelu, ongles et la muqueuse avec l'aggravation de QDV dans la dimension symptôme [67]. Dans l'étude de Benchikhi et al. L'altération de la QDV est significativement corrélée avec atteintes des zones découvertes ($p=0,041$) [60]. H-J Yang et K-C Yang ont trouvé que l'atteinte des zones découvertes était un facteur significativement influençant la QDV en particulier l'atteinte palmaire et du visage avec un retentissement important sur la dimension relationnel et fonctionnement [68].

En opposition à ces observations, Nous avons constaté dans notre étude qu'il n'y a pas de relation entre les localisations du psoriasis et l'altération de la QDV. De même, Valenzuela et al. ont démontré l'absence de corrélation entre la localisations du psoriasis et la QDV, sauf pour l'atteinte du visage qui était statistiquement significative ($p=0,002$) [58].

Concernant la surface corporelle atteinte, Nous n'avons pas confirmé l'influence de la

surface corporelle sur la QDV. Ce résultat est en accord avec étude de Valenzuela et al. [58]. Certaines études ont montré une corrélation positive du surface corporelle avec la QDV [60, 67, 69]. Kelati et al. Ont montré qu'une atteinte supérieure à 30% de la surface corporelle est significativement corrélée à une mauvaise qualité e vie ($p=0,01$) avec un retentissement sur la dimension émotion surtout dans le cadre de la dépression ($p=0,026$) et le sentiment de colère ($p=0,013$) ainsi un retentissement sur la dimension fonctionnement [67].

5. La corrélation entre les échelles de la qualité de vie et la sévérité du psoriasis (PASI) :

La plupart des échelles de qualité de vie sont validées en corrélation avec les échelles de gravité. C'est-à-dire que le point de vue du médecin rencontre le pont de vue du malade. [73,74] Cependant plusieurs données de la littérature indiquent des résultats variables.

La corrélation entre la QDV et le PASI, n'a pas été significative dans notre étude. D'autres études n'ont pas trouvé une corrélation entre le PASI et la QDV. Trois études réalisées respectivement par Benchikhi, Yang et Touw [60, 68, 78] ont montré une corrélation négative entre le PASI et la QDV. Parallèlement une étude faite par Amy De la Breteque évaluant les paramètres associés à une discordance entre le PASI et le DLQI, en s'appuyant sur des critères démographiques, cliniques, et socio-économiques, ils ont identifié que le profil des patients ayant QDV altéré avec un score de PASI bas était essentiellement des femmes jeunes, insatisfaites de leur prise en charges, actives, et travaillants en relation avec le public. [71]

D'autres études ont trouvé une corrélation positive entre le PASI et la QDV [59, 61, 67, 75, 76]. Maoua et al. Ont démontré que la QDV évaluée par le DLQI a été significativement corrélée au Score de PASI avec $p=0,003$ et $r= 0,38$ [59], plus la maladie est sévère plus la qualité de vie des patients atteints est altérée. Alors que Kelati et al. Ont objectivé que la sévérité du psoriasis altère significativement la QDV évaluée par le skindex16 dans ses dimensions symptômes ($p=0,011$) et émotions surtout elle entraîne un sentiment de honte

($p=0,006$) et de colère ($p=0,013$) [67]. Dans une autre étude faite par Kouris et al. A confirmé une corrélation positive entre les résultats de PASI et le DLQI avec $p<0,0001$ et $r=0,571$, la QDV du patients ayant un PASI $>$ à 15 était significativement affectée par rapport au ceux avec un PASI $<$ à 15 [61].

Cette discordance entre les échelles de la QDV et le PASI est la preuve que l'évaluation d'un patient psoriasique devrait impérativement inclure les deux dimensions physique et psychologique pour aboutir à une prise en charge adéquate.

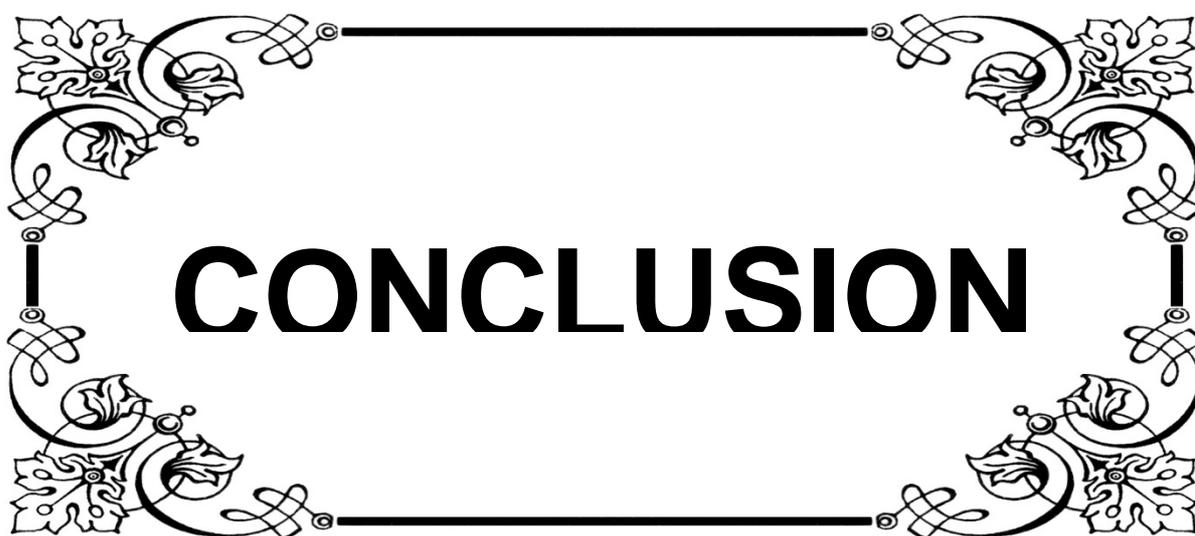
Au terme de cette étude, le profil des patients psoriasiques qui ont une altération importante de la qualité de vie: l'âge jeune et le niveau supérieur d'étude.



Les implications pratiques de nos résultats de cette étude prospective sont toutefois nuancées par un certain nombre de limites parmi ces difficultés on note d'abord l'échantillonnage qui est réduit. Cet effectif faible pourrait représenter un biais. Il peut être expliqué par plusieurs causes :

- Le recrutement des patients à partir de seulement deux consultations publiques de dermatologie, et donc la population analysée peut ne pas être représentative de l'ensemble du pays ;
- Le refus de répondre à l'auto-questionnaire par certains malades ;
- Le faible niveau d'instruction de plusieurs patients rendant impossible une réponse adéquate aux auto-questionnaires.

Parmi les autres biais de cette étude on peut citer la nature subjective des réponses au questionnaire relatives à la qualité de vie, et que malgré la traduction validée et publiée des échelles utilisées, on peut se poser des questions sur la corrélation de certain item avec le mode de vie de nos patients, certains items qui sont absents dans ce questionnaire et qui pourraient être déterminant dans la qualité de vie comme la croyance par exemple.



CONCLUSION

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse inflammatoire chronique non contagieuse qui peut débiter à n'importe quel âge. Et qui altère de façon considérable la qualité de vie du patient atteints. C'est une maladie complexe dont la prise en charge, pour être adéquate, doit être multifactorielle voire multidisciplinaire.

La qualité de vie dans les maladies chroniques devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé.

Au terme de cette étude, on constate que :

- La qualité de vie est réduite avec un retentissement modéré chez les patients atteints du psoriasis, l'évaluation de la qualité de vie par le DLQI et le Skindex16 ont permis d'avoir une idée sur le profil physique et psychique des patients psoriasiques, la corrélation entre ces deux échelles était prouvée dans notre travail.
- Certains facteurs tels que l'âge, le niveau d'instruction influencent la qualité de vie .

Ainsi le profil des malades ayant une altération de la qualité de vie dans notre étude sont les sujets jeunes ayant un niveau d'étude supérieur.



ANNEXES

ANNEXE 1

Qualité de vie dans le psoriasis : Fiche d'exploitation

NOM :

IP Patient :

Age :

Sexe : 1 : F 2 : H

Niveau socio-économique : 1 : bas 2 : Moyen 3 : Elevé

Niveau d'étude : 1 : Aucun 2 : Primaire 3 : Secondaire 4 : Supérieur

Habitat : 1 : Rural 2 : Urbain

Ancienneté des lésions :

Type de psoriasis : 1 : En plaque 2 : En gouttes 3 : Arthropathique
4 : Pustuleux 5 : Erythrodermie

Localisation particulière : 1 : Cuir chevelu 2 : Muqueuse 3 : Inversé
4 : Ongles 5 : Palmo-plantaire

Surface corporelle : 1 : < 10% 2 : 10-30% 3 : 30-50% 4 : > 50%

PASI: (Psoriasis Area Severity Index):

- ✓ Psoriasis Léger : PASI < 7
- ✓ Psoriasis modéré : PASI entre 8 and 12
- ✓ Psoriasis sévère PASI > 12.

المقياس الجلدي لجودة الحياة / DLQI

| 4/Non concerné 4/حتى علاقة بالموضوع | 3/Enormément 3/كثير بزاف | 3/Beaucoup 2/بزاف | 1/Un peu 1/قليل | 0/Pas du tout 0/والو بالمرة | بغينا من هاد الأسئلة نشوفو التأثير ديال الجلد دياك على حياتك في السيمانة اللي فاتت. دير عفاك علامة في المربع 1 في كل سؤال: |
|---|-----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|--|
| | | | | | 1/ Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ? 1/ في السيمانة اللي فاتت قداش جاتك الحكمة ولا الحريق ولا القريص ولا كانت حساسة الجلد دياك؟ |
| | | | | | 2/ Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné (e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? 2/ في السيمانة الي فاتت قداش كنتي مقلق ولا حسيتي الراسك بالمشاكل ديال الجلد دياك؟ |
| | | | | | 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? 3/ في السيمانة الي فاتت قداش تدخلات ليك المشاكل ديال الجلد دياك في التقدية ولا فالشغال الدار؟ |

Psoriasis et qualité de vie

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | 4/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vs a-t-il influencé dans le choix des vêtements que vous portiez ? | 4/ في السيمانة اللي فاتت قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على الحوايج اللي كاتلبس؟ |
| | | | | 5/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ? | 5/ في السيمانة اللي فاتت قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على علاقتك مع الناس ولا على شغال الفراف ديالك؟ |
| | | | | 6/Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ? | 6/ في السيمانة اللي فاتت قداش دارتليك المشاكل ديال الجلد ديالك مشاكل فالرياضة؟ |
| | | | | 7/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou d'étudier ? Si la réponse est « non » : au cours des derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné dans votre travail ou dans vos études? | 7/ في السيمانة اللي فاتت واش ماخلاتكش المشاكل ديال الجلد ديالك تخدم ولا تقرا؟ الى ماخلاتكش، قداش خفقاتليك الجلدة ديالك مشاكل فالخدمة ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟ |

Psoriasis et qualité de vie

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | 8/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint, vos amis proches ou votre famille ? | 8 / في السيمانة اللي فاتت قداش جيداتليك الجلدة ديالك المشاكل مع راجلك/ماتك ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟ |
| | | | | | 9/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficile votre vie sexuelle ? | 9 / في السيمانة اللي فاتت قداش دارتليك الجلدة ديالك مشاكل فالعلاقات الجنسية ديالك؟ |
| | | | | | 10/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? | 10 / في السيمانة اللي فاتت قداش دارت ليك الدوا ديال الجلد ديالك مشاكل فحياتك؟ مثلا: شحال من مرة خليني دارك مرونة ولا ضيع ليك وقتك؟ |

Veuillez vérifier que vous avez répondu à chaque question, merci.

عفاك تأكد بيلا جاوبتي على كولشي. شكرا.

Annexe 3 Le Skindex16

| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Avec quelle fréquence, au cours des 7 derniers jours les phrases suivantes s'appliquent-elles à votre cas ? | فالأسبوع اللي فات شحال من مرة تبرزطي بسباب؟ |
|---|---|---|---|---|---|--|
| | | | | | 1/ ma peau me démange | 1/ الحكة ديال الجلد |
| | | | | | 2/mon problème de peau me cause des sensations de brulures ou de picotements | 2/جلدك اللي كيحرقك ولا كيتكك |
| | | | | | 3/ma peau me fait mal | 3/جلدك اللي كيضرك |
| | | | | | 4/ma peau est irritée | 4/الطيباب ديال جلدك |
| | | | | | 5/j'ai peur que mon problème de peau s'aggrave | 5/جلدك الي مكيتحسنش/ كيرجع يمرض |
| | | | | | 6/je crains que mon problème de peau soit grave | 6/الخوف ديالك على جلدك |
| | | | | | 7/je suis gêné(e) par mon problème de peau | 7/كيكايبان جلدك |
| | | | | | 8/je me sens frustré(e) à cause de mon problème de peau | 8/انك مصدوم من الحالة ديال جلدك (محبط) |
| | | | | | 9/j'ai honte de mon problème de peau | 9/أنك محشماك الحالة ديال جلدك |
| | | | | | 10/mon problème de peau me met en colère | 10/أنك مضيقاك أو فاقساك الحالة ديال جلدك(طالع ليك الدم |
| | | | | | 11/mon problème de peau me déprime | 11/أنك مأزماك الحالة ديال جلدك(تنكستي بسبب الحالة ديال جلدك) |
| | | | | | 12/mon problème de peau perturbe mes relations avec les autres | 12/أن الحالة ديال جلدك أترات على التعامل ديالك مع الناس (مثلا:العائلة،أصحاب) |
| | | | | | 13/mon problème de peau modifie mon désir d'être avec les gens | 13/تأثير جلدك على الرغبة باش تكون مع الناس |

ANNEXE 2

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | 14/l'état de ma peau rend les démonstrations d'affection difficiles | 14/أن الحالة ديال جلدك كتصعب عليك تبيين للناس المعزة(الحب ديالك) |
| | | | | | 15/mon problème de peau influence ma vie sociale | 15/تأثير الحالة ديال جلدك على نشاطاتك كل يوم (الخدمة، القرابية:شغال الدار) |
| | | | | | 16/j'ai du mal a travailler ou à avoir des activités à cause de mon problème de peau | 16/الحالة ديال جلدك اللي كتصعب عليك تخدم أو لا تنشط |

Skindex16 :

- Un faible retentissement sur la qualité de vie : score de Skindex < 10.
- Un moyen retentissement sur la qualité de vie si le Skindex était entre 10 et 50.
- Un important retentissement sur la qualité de vie si le Skindex était entre > 50.

Annexe 4

Cotation score PASI [79]

| Sévérité des Lésions: 0=aucune;1=légère;2=modérée;3=sévère;4=très sévère | | | | | |
|---|---|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1 | Érythème | Tête 0 1 2 3 4 | Membres sup 0 1 2 3 4 | Tronc 0 1 2 3 4 | Membres inf 0 1 2 3 4 |
| 2 | Infiltration | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 3 | Desquamation | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 4 | Total colonne | | | | |
| 5 | Surface des lésions 0=aucune; 1=<10%; 2=10-<30%;3=30-<50%, 4=50-<70%; 5=70-90%; 6=>90% | | | | |
| 6 | Score surface | | | | |
| 7 | Ligne 4 x Ligne 6 | | | | |
| 8 | | x 0,10 | x 0,20 | x 0,30 | x 0,40 |
| 9 | Ligne 7 x Ligne 8 | | | | |
| TOTAL SCORE PASI | | | | | |



RESUMES

Résumé

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse multifactorielle, d'origine inconnue. C'est l'une des pathologies chroniques ayant un lourd impact sur la QDV des patients.

La QDV liée à la santé est devenue un élément important dans la décision médicale au même temps que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

Notre travail a pour but d'évaluer la QDV des patients atteints du psoriasis en utilisant les échelles de DLQI et le Skindex16. Pour cette raison, une étude prospective descriptive sur 2 ans des patients suivis en consultation au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech et hôpital régional Hassan II de Laâyoune a été menée.

Nous avons colligé 120 patients atteints de psoriasis. L'âge moyen de nos malades était de 33,37 avec une prédominance féminine (65% des F/35% des H). 35,8% (n=43) des patients étaient analphabètes, 54,2% (n=65) avaient un Niveau socio-économique bas et 68,8% (n=82) étaient d'origine urbaine. La plupart de nos malades (75%) étaient de la région de Marrakech. La date moyenne de début du psoriasis était de 2 ans. Le psoriasis en plaques était la forme la plus fréquente, présenté chez 65,8% des cas. L'atteinte du cuir chevelu était prédominante, retrouvée chez 53,3% des cas. 80,8% des malades avaient une atteinte de surface corporelle inférieure à 30%. La majorité des patients soit 76,7% avaient un psoriasis léger. Le psoriasis avait un impact modéré sur la QDV de nos patients. 40,8% et 20,8% des malades évaluées respectivement par le DLQI et le Skindex16 avaient une altération importante de la QDV par le psoriasis. L'âge jeune et le niveau supérieur d'étude influençaient la QDV de nos malades. Par contre, nous n'avons pas constaté un lien entre les autres facteurs et la QDV des patients. Nous avons aussi confirmé qu'il y a une corrélation significative entre les deux échelles de QDV le DLQI et le Skindex16.

Les études évaluant la qualité de vie des patients atteints du psoriasis étaient menées dans des contextes socioculturels différents aux nôtres; les résultats qui en émanent doivent être interprétés avec prudence.

Summary

Psoriasis is a multifactorial erythematous-squamous multifactorial dermatosis, of unknown origin. It is one of the chronic pathologies having a heavy impact on QOL of the patients that present it.

Health-related QOL has become an important element in medical decision making along with the effectiveness and the harmlessness of the treatments.

Our study aim to assess the QOL of the patients attained by psoriasis by using the DLQI scales and Skindex 16. For this reason, we led a descriptive prospective study over 2 years. Followed-up in consultation with the department of dermatology of the CHU Mohammed VI of Marrakech and regional hospital Hassan II of Laâyoune.

We recruited 120 patients attained by psoriasis, their mean age was of 33,37 years old with a female predominance (65% F / 35% of H). 35,8% (n=43) patients were illiterate, 54,2% (n=65) had a low ESN and 68,8% (n=82) were of urban origin. Most of our patients (75%) were from the Marrakech region. The average date of onset of psoriasis was 2 years. Plaque psoriasis was the most frequent form, presented in 65.8% of cases. Scalp involvement was predominant, found in 53.3% of cases. 80,8% of patients had a body surface area of less than 30%. The majority of patients, 76.7% had mild psoriasis. Psoriasis had a moderate impact on the QOL of our patients. 40,8% and 20,8% of the patients evaluated by DLQI and Skindex16 respectively had a significant alteration of QOL.. The young age and the higher level of study influenced the QOL of our patients. On the other hand, we didn't find a link between the other factors and the QOL of the patients. We also confirmed that there is a significant correlation between the two QOL scales, the DLQI and the Skindex16.

Studies assessing the quality of life of the patients attained by psoriasis were led in different sociocultural contexts to ours. For this reason, the results, which emanate from it, must be interpreted with caution.

ملخص

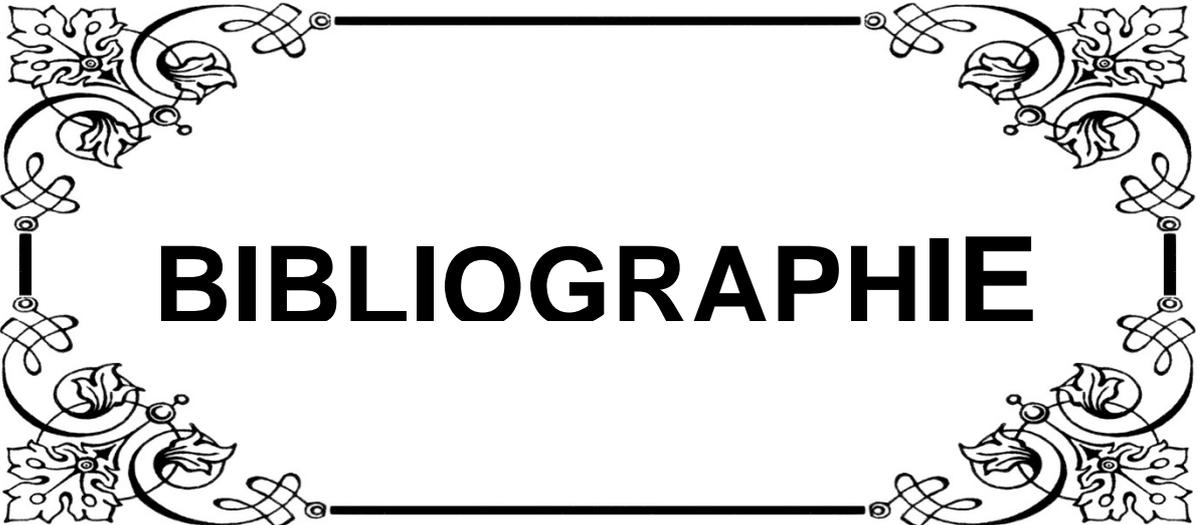
تعتبر الصدفية مرضا جلديا يظهر على شكل إصابات حمراء و متقشرة، عوامله متعددة ولكن السبب غير معروف، إنه واحد من الأمراض المزمنة التي تؤثر بشكل كبير على جودة حياة المرضى المصابين به.

تعتبر جودة الحياة المتعلقة بالصحة عنصرا مهما في اتخاذ القرار الطبي إلى جانب فعالية وسلامة العلاج.

تهدف دراستنا إلى تقييم جودة حياة المرضى المصابين بداء الصدفية باستعمال مقياسي DLQI و Skindex16، لهذا الغرض اعتمدنا على دراسة مستقبلية على مدى عامين، من خلال الفحوصات الطبية في مصلحة طب الجلد في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش و المستشفى الإقليمي الحسن الثاني بالعيون.

استعنا بمائة و عشرين مريضا كلهم مصابون بداء الصدفية، غالبية المرضى كن نساء مع متوسط عمري هو 37,33 سنة. 35,8% من المرضى كانوا أميين و 54,2% لديهم مستوى معيشي متدني. في حين 68,8% من المرضى يقطنون في المدينة. معظم المرضى كانوا من منطقة مراكش بنسبة 75%. متوسط مدة بداية الصدفية هو سنتان. الصدف اللويحي هو الشكل الأكثر انتشارا بنسبة 65,8%. إصابة فروة الرأس كان سائدا بنسبة 50,3%. 80,8% من المرضى كان لديهم إصابة أقل من 30% من سطح الجسم. في حين جل المرضى كانوا يعانون من صدفية خفيفة الخطورة بنسبة 76,7%. الصدفية كان لها تأثير سلبي معتدل على جودة حياة مرضانا. نسبة 40,8% و 20,8% من المرضى على التوالي خلال تقييم جودة حياتهم باستعمال مقياسي DLQI و Skindex16 كانوا يعانون من تأثير كبير للصدفية على حياتهم. لقد تبين من خلال دراستنا أن العوامل التي تؤثر على جودة حياة مرضانا هي العمر و المستوى الدراسي العالي. كما تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين جودة الحياة

للمرضى المصابين بمرض الصدفية و باقي العوامل السريرية، الديموغرافية و السوسيو-اقتصادية. كما أكدنا ارتباط المقياسين DLQI و Skindex16 في تقييم جودة الحياة. جميع الدراسات التي تقيم جودة حياة المرضى المصابين بمرض الصدفية أجريت في أوساط اجتماعية و ثقافية مختلفة عنا. لهذا السبب يجب استخدام النتائج التي توصلنا بها بحظر.



BIBLIOGRAPHIE

1. **A. Ammar– khodja, I. Benkaidali, B. Bouadjar, A. Serradji, A. Titi, S. Amal, et al.**
Epimag : International Cross–Sectional Epidemiological psoriasis study in the Maghreb.
Dermatology 2015; 231: 134–44.

2. **I. Khoudri, FZ. Lamchahab, M. Rmili, N. Ismaili, B. Hassam, R. Abuqal.**
Traduction, adaptation transculturelle et validation de la version arabe pour le Maroc du dermatology life quality index (DLQI).
Rev Epid Sant Publ 2009; 57: 3–59.

3. **DO. Diakité, S. El fakir, FZ. Mernissi, C. Nejjai.**
Adaptation transculturelle et validation du questionnaire Skindex 16 dans la version dialectale arabe Marocaine.
Rev Epid Sant Publ 2014 ; 62: 153.

4. **T. Fredriksson, U. Pettersson.**
Severe psoriasis– oral therapy with a new retinoid.
Dermatologica 1978; 157; 238–44.

5. **AY. Finlay, GK. Khan.**
Dermatology life quality index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use.
Clin Exp Dermatol 1994 ; 19: 210–6.

6. **Y. Hongbo, CL. Thomas, MA. Harrison, M. Sam Salek, AY. Finlay.**
Translating the science of quality of life into practice: what do DLQI scores mean?
J Invest Dermatol 2005; 125: 659–64.

7. JJ. Guilhou.

Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie.

Encyclopédie médico chirurgical, Dermatologie 2000 ; 98-190.

8. E. Johann. Gudjonsson, MD, T. James. Elder, MD.

Psoriasis: epidemiology.

Clinics in Dermatology 2007; 25: 535-46.

9. M. Icen, CS. Crowson, MT. Mcevoy, FJ. Dann, SE. Gabriel.

Trends in incidence of adulte onset psoriasis over 3 decades: a population based study.

J. Am Acad Dermaol 2009; 60: 394-401.

10. P. Basko, R. Petronic.

Psoriasis: epidemiology, natural history, and differential diagnosis.

Psoriasis: Targets and therapy 2012; 2: 67-76.

11. RG. Langley, GG. Krueger, CE. Griffiths.

Psoriasis : epidemiology clinical features, and quality of life..

Ann Rheum Dis 2005 ; 64 :18-23.

12. J-F. Nicolas, J. Thivolet.

Psoriasis de la Clinique à la thérapeutique.

John Libbey Euro text, 1997, Paris.

13. M. Joel, MD. Gelfand, MSCE, R. Weinstern, PhD, B. Steven et al.

Prevalence and traitement of psoriasis in the united Kingdom.

Arch Dermatol 2005, 141-1537-1541.

14. **O. Dereure, JJ. Guilhou.**

Epidémiologie et génétique du psoriasis.

Ann Dermatol Venereol 2003 ;130 :829-36.

15. **RS. Stern, T. Nijsten, SR. Feldman.**

psoriasis is common ,carries a substantial burden even when not extensive and is associated with widespread treatment dissatisfaction.

J Investig Dermatol Symp Proc 2004;9:136-9.

16. **AM. Bowcock, JN. Barker.**

Genetics of psoriasis: The potential impact on new therapies.

J Am Acad Dermatol 2003; 49: S51-6.

17. **M. Traub, K. Marshall.**

Psoriasis pathophysiology conventional and alternative approaches to treatment.

Altern Med Rev. 2007; 12: 319-30.

18. **AC. Green.**

Australian Aborigines and psoriasis.

Australien j Dermatol 1984;25:18-24

19. **A. Kawada, T. Tezuka, Y. Nakamizo, H. Kimura, H. Nakawagawa, M. Ohkido, et al.**

A survey of psoriasis patients in Japan from 1982 to 2001.

J Dermatol Sci 2003 Feb; 31:59-64.

20. **S. Yui Yip.**

The prevalence of psoriasis in the mongoloid race.

J Am Acad Dermatology 1984,10 :965-8.

21. I. Mokhtar, R. Dhaoui.

Forme cliniques du psoriasis.

Ann Dermatol venereol 2012 ; 139 :12-18.

22. PCM. Van de Kerkhof, J. Berth-Jones, CEM. Griffiths, H. Höigsmann, R. Roelands, et al.

Long term efficacy and safety of tacalcitol ointment in patients with chronic plaque psoriasis.

Br J Dermatol 2002; 146: 414-22.

23. P. Humbert.

Les critères de sévérité du psoriasis.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132:454-5.

24. T. Nijsten, CW. Looman, RS. Stern.

Clinical severity of psoriasis in last 20 years of PUVA study.

Arch dermatol 2007; 143: 1113-21.

25. AY. Finlay.

Current Severe Psoriasis and the Rule of Tens.

Br J Dermatol 2005; 152: 861-7.

26. M. Le Maitre, D. Bessis, P. Brun, JJ. Guilhou, JJ. Ortonne.

Le psoriasis – Clinique – Therapeutique – Réponses aux patients.

France: Arnette; 2006.

27. CC. Jacobson, AB. Kimball.

Rethinking the Psoriasis Area and Severity Index: the impact of area should be increased.

Br J Dermatol 2004; 151: 381-7.

28. **W. Seung Man, C. Jung Won, Y. Hyun Sun.**
Classification of facial psoriasis based on the distributions of facial lesions.
J Am Acad Dermatol 2008; 58: 959–63.
29. **F. Canpolat, BC. Cemil, HK. Akis.**
Is facial involvement a sign of severe psoriasis?
Eur J Dermatol. 2008; 18: 169–71.
30. **W. Gottfried.**
Psoriasis treatment in difficult locations.
Clin Dermatol 2008; 26: 448–59.
31. **I. Zindanci, O. Albayrak, M. Kavala, E. Kocaturk, B. Can, S. Sudogan, M. Koç.**
Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis.
Scient World J. 2012; 312463:1–5.
32. **E. Dauden E, Herrera E.**
Impact of active and stable psoriasis on health-related quality of life: the PSO-LIFE study.
Actas Dermosifiliogr 2013; 104: 685–93.
33. **M. Bhosle, A. Kulkarni, SR. Feldman, R. Barlkrishnan.**
Quality of life in patients with psoriasis.
Health qual life outcomes 2006; 4: 35.
34. **DG. Fortune, HL. Richards, CE. Griffiths.**
Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions.
Dermatol Clin 2005; 23: 681–94.

35. OMS, editor.

Organisation Mondiale de la Santé; Internet : <http://www.who.org>.-

36. C.Brousse, B.Boisaubert.

La qualité de vie et ses mesures.

Rev Med interne 2007 ; 28 : 458-62.

37. F.Bonnetain.

Health related quality of life and endpoints in oncology.

Cancer/Radiothérapie 2010; 14: 515-8.

38. AY. Finlay.

Quality of life measurement in dermatology: a practical guide.

Br J Dermatol 1997; 136: 305-14.

39. B. Holly, MD. Hahn.

Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in a midwestern US urban clinic.

J Am Acad Dermatol 2001; 45: 44-8.

40. MK. Basra, R. Fenech, RM. Gatt, MS. Salek, AY. Finlay.

The dermatology life quality index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results.

Br J Dermatol 2008; 159: 997-1035.

41. M. Guerhazi, C. Allouch, M. Yahia, TBA. Huissa, S. Ghorbel, J. Damak, et al.

Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Tunisia.

Ann Phys Rehabil Med 2012; 55: 388-403.

42. DM. Aschcroft, A. li Wan Po, HC. Williams, CE. Griffiths.

Quality of life measures in psoriasis: a critical appraisal of their quality.

J Clin Pharm Therap 1998; 23: 391-8.

43. MB. Nichol, JE. Margolies, E. Lippa, M. Rowe, J. Quell.

The application of multiple quality of life instruments in individuals with mild to moderate psoriasis.

Pharmacoeconomics 1996; 10: 644-53.

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

44. AY. Finlay, EC. Coles.

The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients.

Br J Dermatol 1995; 132: 236-44.

45. AY. Finlay, SE. Kelly.

Psoriasis: an index of disability.

Clin Exp Dermatol 1987; 12: 8-11.

46. AY. Finlay, GK. Khan, DK. Luscombe, MS. Salek.

Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis.

Br J Dermatol 1990; 123: 751-6.

47. JL. Schmutz.

Comment évaluer la sévérité d'un psoriasis?.

Ann Dermatol Venereol 2003;130:843-6.

48. MA. Gupta, AK. Gupta.

The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress.

Acta Derm Venereol 1995; 75: 240-3.

49. S. Mckenna, L. Doward, D. Whalley, A. Tennant, P. Emery, D. Veale.
Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis.
Ann Rheum Dis 2004; 63:162-9.
50. HL. Richards, DG. Fortune, CEM. Griffiths, CJ. Main.
The contribution of perception of stigmatisation to disability in patients with psoriasis.
J Psychosom Res 2001; 50: 11-5.
51. J. Hong, B. Koo, J. Koo.
The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease.
Dermatol Ther 2008; 21: 54-9.
52. RG. Freid, S. Friedman, C. Paradis, M. Hatch, Y. Lynfield, C. Duncanson, A. Shalita.
Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis.
Int J Dermatol 1995; 34: 101-5
53. E. Mazzotti, C. Barbaranelli, A. Picardi, D. Abeni, P. Pasquini.
Psychometric properties of the dermatology life quality index (DLQI) in 900 Italian patients with psoriasis.
Acta Derm Venereol 2005; 85: 409-13.
54. R. Shikhar, MK. Willian, MM. Okun, CS. Thompson, DA. Revicki.
The validity and responsiveness of tree quality of life measures in the assessment of psoriasis patients: results of phase II study.
Health Qual life outcomes 2006; 4: 71.

55. **AK. Wahl, C. Mork, BM. Lillehol, AM. Myrdal, S. Helland, BR. Hanestad, T. Moum.**
Changes in quality of life in persons with eczema and psoriasis after treatment in departments of dermatology.
Acta Derm Venereol 2006; 86: 198-201.
56. **O. Schoffski, M. Augustin, J. Prinz, K. Rauner, E. Schubert, S. Sohn, K. Reich.**
Costs and quality of life in patients with moderate to severe plaque-type psoriasis in Germany : a multi-center study.
J Dtsch Dermatol Ges 2007; 5: 209-18.
57. **AM. Eghlileb, EE. Davies, AY. Finlay.**
Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners.
Br J Dermatol 2007;156:1245-50.
58. **F. Valenzuela, P. Silva, MP. Valdes, K. Popp.**
Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in chile.
Actas Dermosifiliograficas 2011; 102: 810-6.
59. **M. Maoua, O. El maalel, W. Boughattas, H. Kalboussi, N. Ghariani, R. Noura, 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.
60. **H. Benchikhi, H. Abarji, S. Nani, S. Hassoune, A. Maaroufi.**
Psoriasis et qualité de vie: étude de 40 patients Marocains consultant pour psoriasis.
Ann Dermatol Venereol 2013; 140: 1-10.

61. **A. Kouris, C. Christodoulou, C. Stefanaki, M. Livaditis, R. Tsatovidou, C. Kouskoukis, et al.**
Quality of life and psychosocial aspects in greek patients with psoriasis: a cross-sectional study.
An Bras Dermatol 2015; 90: 841-5.
62. **D. Williamson, M. Gonzalez, AY. Finlay.**
The effect of hair loss on quality of life.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15:137-9.
63. **S. Blackford, AY. Finlay, DL. Roberts.**
Quality of life in Behçet's syndrome: 335 patients surveyed.
Br J Dermatol 1997; 136:293.
64. **N. Mazharia, S. Aghaei, Z. Shayan.**
Dermatology life quality index (DLQI) scores in burn victims after revival.
J Burn Care Res 2007; 27: 312-7.
65. **HM. Horn, MJ. Tidman.**
Quality of life in epidermolysis bullosa.
Clin Exp Dermatol 2002; 27: 707-10.
66. **LB. Ferraz, FA. Almeida, MR. Vasconcellos, AS. Faccina, RM. Ciconelli, MB. Ferraz.**
The impact of lupus erythematosus cutaneous on the quality of life: the Brazilian-Portuguese version of DLQI.
Qual Life Res 2004; 15: 565-70.
67. **A. Kelati, M. Meziane, M. Jaafari, FZ. Mernissi.**
The impact of psoriasis on the life quality: a cohort of 140 Moroccan patients.
Our Dermatol Online 2016; 7: 10-6.

68. HJ. Yang, KC. Yang.

Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan.

Dermatologica Sinica 2015; 33: 146–50.

69. JM. Gelfand, SR. Feldman, RS. Stern, J. Thomas, T. Rolstard, DJ. Margolis.

Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population.

J Am Acad Dermatol 2004; 51: 704–8.

70. TY. Lin, LC. See, YM. Shen, CY. Liang, HN. Chang, YK. Lin.

Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan.

Chang Gung Med J 2011; 34: 186–96.

71. M. Amy De la Breteque, ML. Sigal, E. Estève, T. Le Guyadec, F. Maccari, Z. Reguiat, et al.

Evaluation des paramètres expliquant la discordance PASI/DLQI chez les patients atteints de psoriasis.

Ann Dermatol Venereol 2014;141:438–9.

72. J. De Korte, MA. Sprangers, FM. Mombers, JD. Bos.

Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review.

J Investig Dermatol Symp Proc 2004; 9: 140–7.

73. F. Sampogna, F. Sera, D. Abeni.

IDI multipurpose psoriasis research on vital experience (IMPROVE) investigators, measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis.

J Invest Dermatol 2004; 122: 602–7.

74. P. Wolkenstein.

Compte-rendu du symposium wyeth : impact psychosocial du psoriasis.

Ann Dermatol Venereol 2006; 133: 353-8.

75. DA. Revicki, MK. Willian, A. Menter, JH. Saurat, N. Harnam, M. Kaul.

Relationship between clinical reponse to therapy and health-related quality of life outcomes in patients with moderate to severe plaque psoriasis.

Dermatology 2008; 216: 260-70.

76. I. Schafer, J. Hacker, SJ. Rustenbach, M. Radtke, N. Franzke, M. Augustin.

Concordance of the psoriasis area and severity index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment.

Eur J Dermatol 2010; 20: 62-7.

77. M. Augustin, K. Kruger, MA. Radtke, L. Schiwippl, K. Reich.

Disease severity, quality of life and health care in plaque type psoriasis: a multicenter cross study in German.

Dermatology 2008; 216: 366-72.

78. CR. Touw, L. Hakkaart-Van Roijen, P. Verboom, C. Paul, FF. Rutten, AY. Finlay.

Quality of life and clinical outcome in psoriasis patients using intermittent cyclosporin.

Br J Dermatol 2001; 144: 967-72.

79. C. Goujon.

Psoriasis: nouveautés des traitements.

Journée mondiale du psoriasis; 2009.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الظروف والأحوال

بأذلة وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كراماتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بأذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح

والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 074

سنة 2017

الصدفية وجودة الحياة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2017/05/16

من طرف

الآنسة خولة التاقي

المزدادة في 08 فبراير 1992 بالعيون

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

صدفية - جودة الحياة - مقياس DLQI - مقياس Skindex16

اللجنة

| | | |
|--------|--|--------|
| الرئيس | م. أمين | السيدة |
| | أستاذ في علم الأوبئة السريرية | |
| المشرف | س. أمل | السيد |
| | أستاذ في طب أمراض الجلد | |
| الحكام | و. حكار | السيدة |
| | أستاذة مبرزة في طب أمراض الجلد | |
| | أ. بلخو | السيدة |
| | أستاذة مبرزة في طب أمراض العظام والمفاصل | |