

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

- AINS** : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- IHS** : Institut d'hygiène sociale
- HALD** : Hôpital Aristide Le Dantec
- HDL** : High density lipoproteins ou lipoprotéines de haute densité
- HIV** : Human immunodeficiency virus
- HLA** : Human Leucocyte Antigene
- HTA** : Hypertension artérielle
- PSORS** : Psoriasis Susceptibility 1
- VEGF** : Vascular endothelial growth factor
- SIDA** : Le syndrome d'immunodéficience acquise
- TGF** : transforming growth factor
- LDL** : Low Density Lipoprotein, ou lipoprotéines de faible densité
- PASI** : Psoriasis Area Severity Index
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- DES** : Diplôme d'études spécialisées
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1:</b> Physiopathologie du psoriasis impliquant les kératinocytes, les fibroblastes et les facteurs de croissance angiogéniques et les facteurs inflammatoires.....	7
<b>Figure 2:</b> Psoriasis en plaques localisé sur l'abdomen et le dos, chez une patiente de phototype VI .....	9
<b>Figure 3:</b> Psoriasis unguéal chez un patient phototype V, réalisant un aspect « dé à coudre ».....	11
<b>Figure 4:</b> Atteinte palmaire chez un enfant de 6 ans de phototype VI.....	12
<b>Figure 5:</b> Psoriasis inverse des plis mammaires chez une patiente de phototype VI .....	14
<b>Figure 6 :</b> Psoriasis lichénoïde localisé au genou chez une patiente de phototype VI .....	15
<b>Figure 7:</b> Patiente de 62 ans de phototype VI présentant un psoriasis universalis.	17
<b>Figure 8:</b> Principe de réflexion, de réfraction, d'absorption et de diffusion.....	21
<b>Figure 9:</b> Représentations schématiques, des modèles vasculaires dermoscopiques et des caractéristiques histologiques sous-jacentes.....	25
<b>Figure 10:</b> Représentations schématiques des modèles dermoscopiques et des caractéristiques histologiques sous-jacentes de la dermatite séborrhéique Les vaisseaux arborisants (d) et les vaisseaux rouges atypiques (e) dans la dermatite séborrhéique représentent le plexus sous-papillaire ectatique (flèches bleues)..	27
<b>Figure 11 :</b> Image clinique (a) et dermoscopique (b) correspondant à un lichen plan chez une patiente phototype VI, avec présence de stries de Wickham (flèche bleue) organisées de manière réticulée sur un fond rose .....	28

<b>Figure 12:</b> Image clinique (a) et dermoscopique du pityriasis rubra pilaire montrant des squames jaunes et blanches et des bouchons kératosiques (cercle noir) sur fond rouge jaunâtre (b) .....	29
<b>Figure 13 :</b> Chronogramme de mise en œuvre des activités de l'enquête.....	36
<b>Figure 14:</b> Répartition des patients selon la situation matrimoniale .....	39
<b>Figure 15 :</b> Répartition et comparaison des aspects dermoscopiques dans le psoriasis en plaques en fonction du lieu de recrutement.....	48
<b>Figure 16:</b> Comparaison des différents signes dermoscopiques du psoriasis en plaques selon le type de peau .....	50
<b>Figure 17:</b> Plaque psoriasique image clinique (a) et dermoscopique (b) chez un patient de phototype III. ....	54
<b>Figure 18 :</b> Image clinique (a) et dermoscopique (b) du psoriasis en plaques...	55
<b>Figure 19 :</b> Psoriasis universalis image clinique (a) et dermoscopique (b) .....	56
<b>Figure 20:</b> Plaque psoriasique recouverte de squames épaisses blanchâtres (a) et le détachement des squames (b) .....	57
<b>Figure 21 :</b> Image clinique d'un psoriasis pustuleux (a) et dermoscopique .....	58
<b>Figure 22 :</b> Psoriasis érythrodermique image clinique (a) et dermoscopique (b). ....	59
<b>Figure 23 :</b> Psoriasis inversé localisé au niveaux des plis mammaires (a) image dermoscopique (b) correspondante. (Collection IHS) .....	60
<b>Figure 24 :</b> Psoriasis lichénoïde au niveau du genoux (a) et dermoscopique ....	60
<b>Figure 25:</b> Image dermoscopique du psoriasis unguéal montrant une onycholyse distale chez une patiente connue psoriasique de phototype VI. (Collection IHS) .....	61
<b>Figure 26 :</b> Image dermoscopique unguéale .....	61

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I:</b> Les morphologies vasculaires les plus retrouvées au cours des maladies inflammatoires en dermoscopie .....	22
<b>Tableau II :</b> Récapitulatif de dépenses budgétaires prévisionnelles.....	36
<b>Tableau III :</b> Répartition des patients en fonction du lieu de recrutement.....	37
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patients en fonction de l'âge et lieu de recrutement .....	38
<b>Tableau V:</b> Répartition du phototype de notre population d'étude suivant le lieu de consultation :.....	40
<b>Tableau VI :</b> Distribution des patients selon les moyennes des différentes constantes du syndrome métabolique.....	41
<b>Tableau VII :</b> Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie.	
.....	41
<b>Tableau VIII:</b> Répartition par fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis.....	42
<b>Tableau IX :</b> Répartition par fréquence des différentes formes topographies du psoriasis.....	43
<b>Tableau X:</b> Tableau comparatif des différentes formes cliniques retrouvées selon le lieu de recrutement.....	43
<b>Tableau XI :</b> Tableau comparatif des formes cliniques du psoriasis en fonction de type de peau .....	44
<b>Tableau XII :</b> Répartition par fréquence des différentes caractéristiques dermoscopiques retrouvées chez la population d'étude.....	46
<b>Tableau XIII :</b> Aspects dermoscopiques retrouvés selon le type de peau.....	47
<b>Tableau XIV:</b> Aspects dermoscopiques retrouvés dans le psoriasis en plaque.	
.....	49

<b>Tableau XV:</b> Différents aspects dermoscopiques retrouvés au cours du psoriasis inverse .....	50
<b>Tableau XVI :</b> Tableau comparatif des aspects dermoscopiques dans le psoriasis inversé selon le type de peau.....	51
<b>Tableau XVII :</b> Répartition des signes dermoscopiques dans la forme palmo-plantaire.....	51
<b>Tableau XVIII :</b> Répartition des aspects dermoscopiques du psoriasis palmoplantaire selon le type de peau. ....	52
<b>Tableau XIX :</b> Répartition et comparaison des aspects dermoscopiques dans la forme universalis.....	52
<b>Tableau XX:</b> Signes dermoscopiques retrouvées au cours du psoriasis unguéal .....	53
<b>Tableau XXI :</b> Répartition des signes dermoscopiques du psoriasis unguéal selon le phototype.....	53
<b>Tableau XXII:</b> Comparaison des moyennes d'âge du psoriasis.....	66
<b>Tableau XXIII:</b> Tableau comparatif du signe pathognomonique dermoscopique du psoriasis chez les patients selon le type de peau. ....	72

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	1
<b>PREMIERE PARTIE : RAPPELS.....</b>	4
I. Le Psoriasis .....	5
I.1.Épidémiologie .....	5
I.2. PHYSIOPATHOLOGIE.....	6
I.3. Les formes cliniques .....	7
II. LA DERMOSCOPIE.....	19
II.1.Définition.....	19
II.2.Historique .....	19
II.3.Principe de la dermoscopie.....	20
III.SEMIOLOGIE DES ASPECTS DERMOSCOPIQUES .....	21
IV. LES CARACTERISTIQUES DERMOSCOPIQUES DU PSORIASIS .....	24
V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DERMOSCOPIQUE DU PSORIASIS.....	26
<b>DEUXIEME PARTIE .....</b>	30
I. Objectifs .....	32
I.1.Objectif général.....	32
I.2.Objectifs spécifiques .....	32
II. Patients et méthodes .....	32
II.1.Cadre de l'étude .....	32
II.2. Type et durée d'étude .....	33
II.3. Population d'étude .....	33
II4. Critères d'inclusion.....	33
II.5. Recueil des données.....	34
II.6. Saisie et analyse des données .....	35
II.7. Considérations éthiques .....	35
II.8. Aspects financiers.....	35
II. RESULTATS.....	37

II.1 Etude descriptive .....	37
II.1.1. Aspects épidémiologiques .....	37
II.1.1.1. Fréquence.....	37
II.1.1.2. Aspects sociodémographiques.....	37
II.1.2. Terrain et antécédents .....	40
II.1.3. Aspects cliniques .....	41
II.1.4. Aspects dermoscopiques.....	45
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>63</b>
1-Apport et limite de ce travail .....	64
2-Représentativité.....	64
3-Validité .....	64
4- Profil sociodémographiques du psoriasis .....	65
4-1.Caractéristiques de psoriasis par rapport au sexe, l'âge et le statut matrimonial. .....	65
4-2. Caractéristiques du psoriasis en fonction du mode de vie et terrain .....	66
5. Les données cliniques du psoriasis .....	67
6. Aspects dermoscopiques .....	69
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXES</b>	

# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse fréquente, d'évolution chronique, il atteint 1 à 3 % de l'ensemble de la population [57], cette estimation est toutefois basée sur des études regroupant une population géographiques et ethniques limités [29]. En réalité, la prévalence du psoriasis est assez variable et varie de 0,05 à 3,7% en fonction de l'origine ethnique et de la situation géographique, la plupart des recherches suggérant un taux plus élevé de psoriasis de phototype clair par rapport aux groupes ethniques de phototype foncé [19,64,42]. Sa prévalence hospitalière au Maroc a été estimée à 1,5% [70] et entre 0,3 % [1] et 1 % au Sénégal [51]. Sur le plan clinique, il se présente sous plusieurs formes, Le psoriasis en plaques ou « vulgaire » est le type de psoriasis le plus courant dans toutes les populations, représentant environ 85 à 90% des cas de psoriasis dans le monde [4] qui se manifeste par des plaques érythémato squameuses parfois prurigineuses, évoluant de façon imprévisible avec alternance de phases de poussées et de rémissions, pouvant parfois entraîner une altération majeure de l'aspect physique et donc des répercussions psychosociales.

Le psoriasis peut être confondu avec d'autres dermatoses notamment les dermatoses érythémato-squameuses dont le diagnostic est parfois délicat et qui impose la réalisation de biopsies cutanées.

Le traitement 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 tolérables pour le malade. Sa prise en charge est un vrai challenge vu la chronicité de la pathologie et le coût élevé des traitements.

La dermoscopie est une technique d'imagerie non invasive, souvent caractérisée comme le « stéthoscope du dermatologue», permettant la visualisation des structures cutanées en profondeur grâce à un grossissement élevé, c'est un pont fascinant entre l'examen clinique et histologique qui est devenu un outil clé pour l'évaluation des lésions cutanées cancéreuses et non cancéreuse notamment

inflammatoires en raison de sa capacité à révéler des résultats non visibles à l'œil nu [9], ainsi évitant la réalisation de biopsies cutanées.

Des études ont évalué l'intérêt du dermoscope dans le diagnostic du psoriasis. Cependant, la plupart de ces études étaient effectuées sur phototype clair. Dans la littérature, il existe à notre connaissance peu d'études consacrées au psoriasis sur phototype foncé. C'est dans la double perspective de décrire les aspects dermoscopiques du psoriasis sur peau foncée et de les comparer avec les aspects dermoscopiques sur phototype clair que nous avons envisagé de mener cette étude.

Les objectifs de ce travail étaient de décrire les aspects dermoscopiques sur phototype foncé d'une part et d'autre part, de les comparer avec les aspects retrouvés chez les autres phototypes.

Nous allons aborder le sujet selon le plan suivant :

- En première partie, nous ferons un rappel général sur le psoriasis et la dermoscopie et ferons le point sur la place de cette méthode dans le diagnostic du psoriasis à travers une revue de littérature.
- En deuxième partie, nous envisagerons successivement :
  - Description de la méthodologie.
  - Présentation des résultats ainsi que leur discussion.

Nous terminerons par conclure et proposer des recommandations.

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

## I. Le Psoriasis

### I.1. Épidémiologie

Le psoriasis est répandu dans le monde entier mais sa fréquence varie considérablement selon la « race » et la répartition géographique. Elle est, selon la plupart des données épidémiologiques, respectivement moins fréquente chez le phototype VI, suivi des prototypes intermédiaires et enfin au sein des prototypes I et II. En raison de ces observations, une relation inverse a été postulée entre la fréquence du psoriasis et le degré de pigmentation de la peau [25]. Sa prévalence estimée à environ 3,5% en Europe et aux États-Unis reste supérieure à celles rapportées dans la population asiatique, indienne et noire d'origine africaine [19,34]. Des enquêtes basées sur la population en Chine et au Japon ont donné une faible prévalence similaire allant respectivement de 0,05 à 1,23% et de 0,29 à 1,18%. Les mêmes taux ont été observés en Inde 0,5% -2,3% [19,29].

En Afrique, les enquêtes cliniques ont montré une grande variation de la prévalence du psoriasis entre les différents pays, avec des taux plus élevés observés en Afrique subsaharienne orientale qu'occidentale [42,57]. Il a été rapporté que le psoriasis affecte 1,9 à 3,5% des individus au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie (Afrique de l'Est) contre 0,025 à 0,9% au Ghana, au Nigeria, au Sénégal et au Mali (Afrique de l'Ouest). Cela a été attribué aux différences génétiques entre les Africains [5,11,12].

Sa prévalence au Maroc a été estimée à 1,5% [1] et 0,3 % au Sénégal [51].

L'incidence est très variable en fonction des groupes ethniques et des zones géographiques.

- Facteurs épidémiologiques

La maladie touche autant les hommes que les femmes, le sex-ratio est sensiblement égal à 1 [28]; bien que les formes sévères soient plus fréquemment observées chez les hommes. [33,29]

L'âge moyen de survenue est variable, de l'ordre de 25 à 27 ans en général dans les études portant sur des échantillons importants comportant 5600 patients [14,24] et un peu plus précoce chez les femmes.

La maladie, lorsqu'elle débute dans l'enfance est fréquemment liée aux antigènes d'histocompatibilité, en particulier HLA Cw6 et DR. Les gènes de susceptibilité au psoriasis seraient portés par plus de 20 régions chromosomiques. Neuf d'entre elles correspondent à des locus de susceptibilité (PSORS 1 à 9). [8]

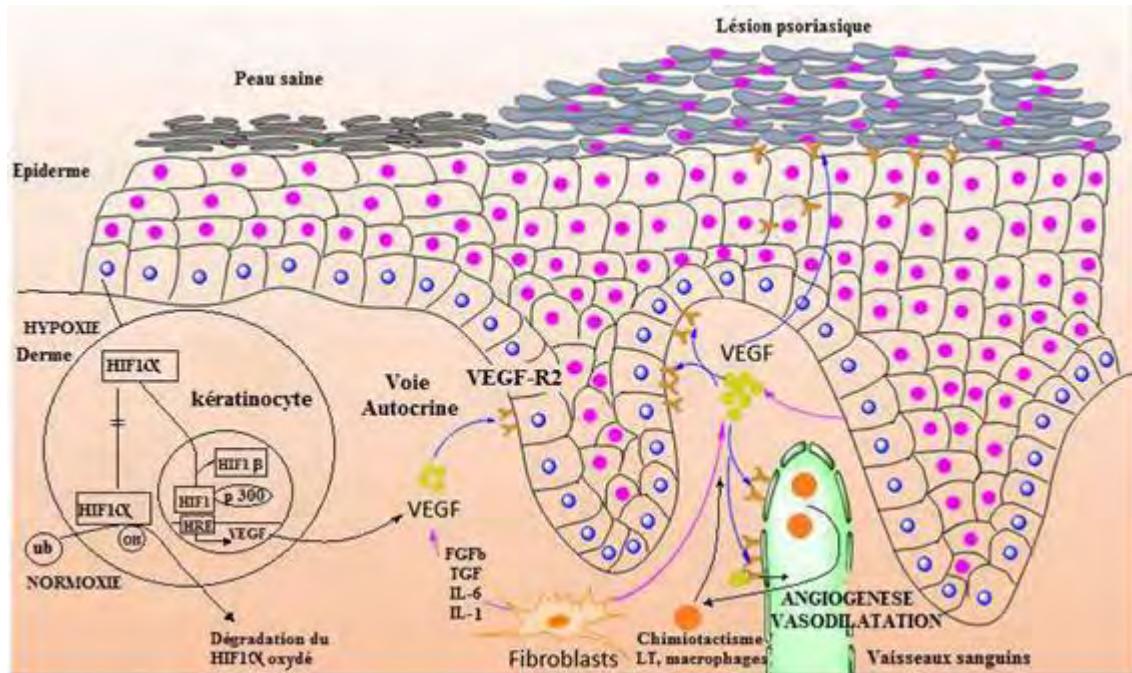
Environ 50% des formes en gouttes de l'enfant seraient associées à des infections streptococciques en particulier les angines et les anites [50]. L'infection par le VIH intervient également parmi les facteurs déclenchant des poussées de psoriasis. La prévalence du psoriasis serait deux fois supérieure à la prévalence générale chez les patients infectés par le VIH [32].

Certaines classes médicamenteuses induisent indiscutablement des poussées ou même l'apparition de la maladie, notamment les bétabloquants, le lithium, l'interféron alpha, sartans, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les AINS. [72,35]

## I.2. PHYSIOPATHOLOGIE

Le psoriasis est caractérisé par un trouble de l'homéostasie épidermique qui entraîne trois grandes modifications pathologiques de la peau :

- une hyperprolifération bénigne de l'épiderme avec une différenciation anormale des kératinocytes présentant une maturation précipitée et une durée de vie écourtée, ce qui entraîne l'apparition de lésions squameuses typiques ;
- une inflammation avec une hyperplasie des vaisseaux sanguins au niveau de la couche papillaire des infiltrats inflammatoires épidermiques composés de lymphocytes T, macrophages et neutrophiles ;
- un phénomène dysimmunitaire avec hyperréactivité des lymphocytes et expression de cytokines pro-inflammatoires.



**Figure 1:** Physiopathologie du psoriasis impliquant les kératinocytes, les fibroblastes et les facteurs de croissance angiogéniques et les facteurs inflammatoires [66]

### I.3. Les formes cliniques

- **La forme typique : Le psoriasis en plaques**

Le psoriasis peut revêtir plusieurs formes, mais il existe une forme clinique typique de psoriasis, facilement reconnaissable fréquente [9], qu'est le psoriasis en plaques. Celle-ci est souvent désignée par le terme de psoriasis « vulgaire ». La lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse à contours géométriques ou circinées, légèrement surélevés, de taille variable.

Sur peau noire, il convient de signaler l'hypochromie qui rend les lésions particulièrement visibles et réalise en périphérie l'anneau de Woronoff. En outre, il a été rapporté sur peau noire une importance de l'épaisseur de la plaque psoriasique, un érythème moins visible et enfin une importance des lésions dyschromiques [51]

Les squames sont habituellement épaisses, de couleur blanchâtre, nacrées, adhérentes, sèches. Mais parfois, elles sont plus petites, discrètes, cachant alors

assez peu l'érythème. Le grattage « méthodique » des squames à la curette montre dans un premier temps l'apparition d'une teinte plus blanche et homogène, en tache de bougie (c'est le signe de la bougie), puis le grattage finit par détacher les squames en bloc si elles sont épaisses et enfin en poursuivant le grattage, de fines gouttelettes de sang finissent par apparaître, phénomène lié à l'abrasion des papilles dermiques : c'est «la rosée sanglante d'Auspitz » ou phénomène d'Auspitz. Le psoriasis peut siéger n'importe où sur le tégument mais il existe des localisations préférentielles « les bastions du psoriasis » que sont: les coudes et genoux, la région lombaire, le cuir chevelu. Comme signes associés, on décrit le prurit et le phénomène de Koëbner.



**Figure 2:** Psoriasis en plaques localisé sur l'abdomen et le dos, chez une patiente de phototype VI. (Collection IHS)

Le diagnostic de psoriasis en plaque est généralement facile lorsque la lésion élémentaire est caractéristique. Cependant cette forme peut être confondue avec de nombreuses dermatoses :

- *Le pityriasis rosé de gibert* : Associe des taches rosées finement squameuses et des médaillons de plus grande surface, arrondies, ovalaires dont le centre est plus clair. L'éruption reste presque toujours limitée au tronc et la racine des membres.
- *La dermatite séborrhéique* : Elle se déclare fréquemment à la suite d'une période de stress. Lorsqu'elle s'exprime en plaques érythémato-squameuses limitées au visage (plis nasogéniens, ailes du nez, espace inter-sourcilié), le diagnostic est évident [77].
- *Eczématides pityriasiformes*, fréquemment squameuses, plus au moins achromiantes
- *Le lichen plan* dans sa forme érythémateuse et squameuse.
- Les syphilides secondaires psoriasiformes rappelant les lésions d'un psoriasis en gouttes, la sérologie syphilitique positive différenciera les deux pathologies [71].
- *Les toxidermies psoriasiformes*, une notion de prise médicamenteuse doit être recherchée.
- **Les autres localisations :**
  - ❖ Psoriasis du cuir chevelu.

Il peut réaliser des plaques circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées, couvertes de larges squames traversées par les cheveux intacts, ou bien former une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu sans alopecie [18].

*La dermatite séborrhéique* quand les lésions apparaissent uniquement au niveau du cuir chevelu où elles entraînent un état pelliculaire diffus, le diagnostic différentiel avec le psoriasis du cuir chevelu peut poser problème. La dermite séborrhéique se traduit plutôt comme une couronne de squames jaunâtres et

grasses au niveau de la partie antérieure du cuir chevelu [77]. La recherche de plaques de psoriasis sur d'autres parties du corps peut également aider au diagnostic.

❖ Psoriasis unguéal

L'atteinte des ongles est fréquente et elle se présente dans plus d'un tiers des cas[54]. Il peut prendre l'aspect de dépressions ponctuées cupuliformes (ongles aspect « dé à coudre ») ou réaliser une onycholyse avec décollement distal de l'ongle. On retrouve parfois une lésion en « tache d'huile » une hyperkératose sous- unguéale, stries transversales, une paronychie, une perte de transparence de l'ongle et des zones leuconychiques.



**Figure 3:** Psoriasis unguéal chez un patient prototype V, réalisant un aspect « dé à coudre ». (Collection Ibn Rochd)

- Psoriasis palmo-plantaire

Variante du psoriasis de localisation palmo-plantaire caractérisé par des plaques squameuses érythémateuses avec des bords plus au moins nettement définis. Les lésions sont en partie fissurées. Le diagnostic est basé sur la présence d'une bordure érythémateuse périphérique et surtout sur l'existence de lésions psoriasiques à distance.



**Figure 4: Atteinte palmaire chez un enfant de 6 ans de phototype VI. (Collection IHS)**

❖ Psoriasis à localisation muqueuse :

C'est une localisation rare dans la forme commune. Les muqueuses les plus touchées sont :

- Les muqueuses génitales sous forme de plaques érythémateuses du gland ou de la vulve, peu squameuses [43].
- Les muqueuses jugales ou gingivales : ici le psoriasis est caractérisé par des lésions leucoplasiques ou lichénoïdes, en taches ou en trainées grises, jaunâtres ou rouges[67].
- L'œil : c'est une localisation exceptionnelle. On peut avoir des lésions de conjonctivite, de kératite ou blépharites. Une iridocyclite peut être associée au psoriasis arthropathique [22].
- la langue : sous forme de langue plicaturée ou langue « géographique » [67].

• Psoriasis du visage :

Rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique avec un érythème et de fines squames des sourcils et des plis nasogéniens ; les localisations à la conque de l'oreille et au conduit auditif externe sont possibles [78].

• Psoriasis inversé

On parle de psoriasis inversé lorsqu'il touche surtout les plis sans les zones convexes. Les squames classiques du psoriasis sont absentes dans les plis, plus humides. La lésion est caractérisée par sa couleur rouge-vif, sa bordure bien limitée [76]. Il pose problème des intertrigos d'origine mycosique ou bactérienne. La couleur rosée ou rouge vif, la nette limitation, l'évolution chronique et la résistance aux traitements antiseptiques ou antifongiques habituels sont en faveur du psoriasis.



**Figure 5:** Psoriasis inverse des plis mammaires chez une patiente de phototype VI (collection IHS)

- **Psoriasis en gouttes :**

Observé surtout chez l'enfant et le jeune adulte, il s'agit d'une efflorescence de petites lésions de psoriasis de moins de 1cm de diamètre, prédominant sur le tronc, la racine des bras et des cuisses, épargnant le plus souvent le visage et survenant le plus souvent dans les 15 jours suivant un épisode infectieux ORL ou de la région anogénitale (anite streptococcique) à streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (2/3 des cas), C, G ou virale [50].

- **Psoriasis lichénoïde :**

Plaques psoriasiques violacées ou hyperpigmentées avec un érythème moins visible, un risque accru de pigmentation, des plaques plus épaisses, plus de desquamations et une plus grande implication corporelle chez les patients de phototype foncé [42].



**Figure 6 :** Psoriasis lichénoïde localisé au genou chez une patiente de phototype VI (collection HALD)

- **Psoriasis de l'enfant**

Le psoriasis débute dans 30 % des cas avant l'âge de 16 ans. L'atteinte cutanée du psoriasis est particulièrement visible, ce qui explique le retentissement social et psychologique qui en découlent. Les facteurs favorisants chez l'enfant sont les facteurs génétiques, les infections et le stress [47].

- **Psoriasis du nourrisson**

Il s'agit de plaques érythémato-squameuses non infiltrées surmontées de squames grasses et jaunâtres. La topographie est très évocatrice, avec des lésions atteignant les zones séborrhéiques, plus particulièrement le cuir chevelu et le visage avec un état desquamatif diffus [74]. Le Napkin psoriasis du nourrisson, c'est le psoriasis des langes qui apparaît vers 3 mois dans les plis et sur les convexités, en culotte [4].

- **Psoriasis universalis**

Le tégument dans sa majorité ou sa totalité est atteint par la lésion élémentaire érythémato-squameuse avec la plupart du temps, un érythème intense, rosé et une desquamation plutôt fine. Les espaces de peau atteintes sont nettement bien délimitées par rapport à celle de la peau saine [38].



**Figure 7:** Patient de 62 ans de phototype VI présentant un psoriasis universalis.  
(Collection IHS)

- **Les formes cliniques graves du psoriasis**
  - Psoriasis pustuleux

Le psoriasis pustuleux est caractérisé cliniquement par l'existence de pustules. Les prélèvements bactériologiques sont négatifs car il s'agit de pustules stériles. Le psoriasis pustuleux revêt essentiellement deux présentations : [10]

- ✓ La forme localisée : atteinte essentiellement palmoplantaire. Une variante du psoriasis pustuleux palmoplantaire est l'acrodermatite continue de Hallopeau qui se caractérise par son début à l'extrémité du doigt en zone périunguiale.
- ✓ La forme généralisée : forme clinique sévère de la maladie psoriasique. Elle se manifeste par un début brutal avec altération de l'état général et apparition de placards érythémateux de grande taille sur peau saine ou par transformation de lésions préexistantes. Ils sont rouges vifs, peu squameux et se recouvrent progressivement de pustules. Les muqueuses peuvent être touchées [10,23].

Il sera différencié des surinfections bactériennes, des eczémas surinfectés et certaines toxidermies graves comme la pustulose exanthématique aiguë généralisée.

- Psoriasis érythrodermique

Il s'agit de la forme généralisée de psoriasis touchant plus de 90% des phanères avec desquamation abondante. Le psoriasis érythrodermique concerne 3% des personnes atteintes du psoriasis et représente généralement une complication du psoriasis vulgaire en raison de la prise de médicaments, de phytothérapie [51], ou d'une interruption brutale d'une thérapie topique par corticostéroïdes ou d'une thérapie systémique. L'état général du patient peut être altéré [69]. Lorsqu'elle survient d'emblée, elle doit être différenciée des érythrodermies d'origine hématologique ou toxidermique.

- Psoriasis arthropathique ou rhumatisme psoriasique.

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

- **Psoriasis au cours de l'infection à VIH**

Les patients atteints de psoriasis et d'infection par le VIH présentent souvent un psoriasis plus sévère et réfractaire au traitement. Les formes graves sont plus fréquentes chez les sujets porteurs du VIH/SIDA [32,56].

## **II. LA DERMOSCOPIE**

### **II.1.Définition**

La dermoscopie ou dermatoscopie (connue aussi sous le nom de microscopie de surface ou microscopie par épiluminescence) est une technique d'imagerie non invasive, simple, indolore, sans effet secondaire ni complication permettant la visualisation des structures cutanées en profondeur grâce à un grossissement élevé et à l'amélioration de la qualité et la précocité du diagnostic [49,46].

C'est un outil incontournable pour analyse des lésions pigmentées et le dépistage précoce des cancers cutanés [12,6], son intérêt pour le diagnostic des maladies non cancéreuses notamment inflammatoires s'affirme progressivement [5,48]. De nouveaux termes ont été créés comme l'inflammoscopie (pour lésions cutanées inflammatoires), l'entodermoscopie (pour lésions cutanées infectieuses), la trichoscopie (pour les affections du cuir chevelu et les anomalies pilaires) et l'onychoscopie (pour les affections des ongles) [30].

Actuellement utilisée par des cliniciens expérimentés comme procédure de deuxième niveau pour l'évaluation des lésions cutanées pigmentées, inflammatoires et infectieuses dont le diagnostic peut être gênant et nécessitant souvent une confirmation histopathologique, en raison de sa capacité à révéler des résultats non visibles à l'œil nu [80].

Dans ces circonstances, il a été démontré que la dermoscopie diminue le nombre de biopsies et d'excisions inutiles de lésions bénignes [30].

### **II.2.Historique**

Le terme diascopie a été introduit par le dermatologue allemand Unna en 1893 [81,73], il a découvert que les couches superficielles de l'épiderme empêchent la

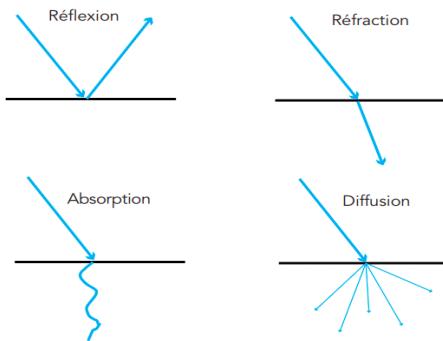
lumière d'entrer dans la peau, et que l'application des huiles ou autres liquides rend la couche cornée transparente.

La première description détaillée d'une application pratique de la microscopie de surface est faite dans les années 20 par le dermatologue allemand Johann Saphier [73] qui a publié une série de communications utilisant un nouvel appareil diagnostique qui ressemblait à un microscope binoculaire et qui le premier emploie le terme de « dermatoscopie ».

Par la suite, de nombreux cliniciens et chercheurs du monde entier ont étudié intensivement cette méthode diagnostique, et un progrès significatif a été constaté pour définir les modèles dermoscopiques et les structures des lésions pigmentées et non pigmentées de la peau.

### **II.3.Principe de la dermoscopie**

La lésion est éclairée avec une source de lumière. Quand la lumière interagit avec la peau, elle est non seulement réfléchie par la couche cornée mais aussi absorbée, réfractée et diffusée dans le tissu (figure 1). Ces phénomènes sont influencés par les propriétés physiques de la peau. La lumière incidente sur une peau sèche est en très grande partie réfléchie. L'examen de la peau à l'œil nu ne permet alors de visualiser que la couche superficielle de cette dernière car le reflet de la lumière sur la peau empêche de visualiser les couches plus profondes. Le dermoscope permet non seulement de supprimer les reflets de la lumière sur la peau et de visualiser ainsi la peau en profondeur, mais aussi de voir cette dernière avec un plus fort grossissement. Il existe 2 types de dermatoscopes : les dermatoscopes standards à lumière non polarisée et les dermatoscopes à lumière polarisée [52,13].



**Figure 8:** Principe de réflexion, de réfraction, d'absorption et de diffusion.

### III.SEMIOLOGIE DES ASPECTS DERMOSCOPIQUES

Compte tenu de toutes les connaissances existantes sur les caractéristiques dermoscopiques des maladies inflammatoires dermatologiques les principales catégories de critères à évaluer sont les suivantes :[55,41]

- Morphologie des structures vasculaires
- Disposition des structures vasculaires ;
- Couleur et distribution des squames ;
- Couleurs d'arrière-plan ;
- Anomalies folliculaires ;
- Anomalies unguétales ;
- Autres caractéristiques spécifiques.

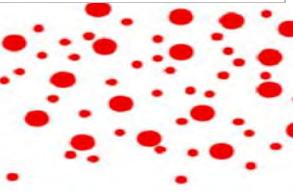
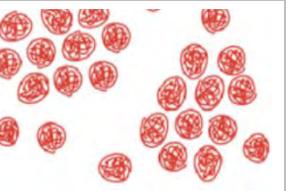
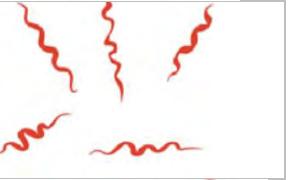
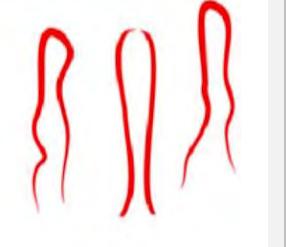
De toute évidence, les caractéristiques dermoscopiques observées d'une lésion donnée doivent toujours être considérées dans le contexte clinique global.

Les principales catégories des critères dermoscopiques :

En général, chaque maladie est dermoscopiquement typée par un ou deux critères prédominants. Les structures les plus fréquentes dans les maladies inflammatoires cutanées sont les vaisseaux et les squames. Par conséquent, les paramètres les plus importants à évaluer lors de l'examen dermoscopique des éruptions cutanées sont les suivants : [55,41,62,9]

## ✓ Morphologie des vaisseaux

**Tableau I:** Les morphologies vasculaires les plus retrouvées au cours des maladies inflammatoires en dermoscopie.[9]

Morphologie des vaisseaux	Description	Diagramme
Vaisseaux en pointillés	Des petites structures rondes et rouges sous forme de points ou globules (les points sont plus petits)	
Vaisseaux glomérulaires	Points rougeâtres de plus gros calibre formés par des capillaires tortueux enroulés en boule	
Les vaisseaux linéaires	Lignes droites de taille variable sans ramification	
Vaisseaux arborisants ou télangiectasiques	Lignes rouges de gros calibre qui se ramifient en vaisseaux secondaires plus fins	
Vaisseaux en virgules	Des vaisseaux périphériques à peine ramifiés qui ne traversent pas le centre de la lésion	
Vaisseaux en tire-bouchon	Vaisseaux linéaires irréguliers en spirale	
Vaisseaux en épingle à cheveux	Vaisseaux qui se replient sur eux-mêmes et sont vus comme des boucles lorsqu'ils sont obliques par rapport à la surface de la lésion	
Vaisseaux polymorphes	Des vaisseaux de morphologie différente dans une même lésion	

### ✓ **Distributions des vaisseaux [9]**

- Régulier.

Cela signifie que les structures vasculaires sont réparties de manière égale et homogène sur toute la surface de la lésion. Cet arrangement vasculaire caractérise le psoriasis.

- Pérophérique.

Les structures vasculaires sont réparties principalement à la partie périphérique de la lésion. Cet arrangement est fréquemment observé dans le lichen plan.

- Inégal.

Les structures vasculaires sont disposées au hasard sans suivre aucun schéma spécifique. Elle est également appelée distribution asymétrique ou non spécifique. Il peut être observé dans de nombreuses maladies, telle que la dermatite et le pityriasis rose de gibert.

- Dans le plexus.

Les structures vasculaires forment une sorte de réseau. Cette disposition peut être observée dans le psoriasis (vaisseaux en pointillés) et est également très caractéristique de la rosacée (vaisseaux linéaires).

### ✓ **Couleur des squames**

- Blanche.

C'est la couleur des squames la plus fréquente et peut être trouvée dans la plupart des maladies cutanées érythématosquameuses et papulosquameuses, tel que le psoriasis ou le lichen plan.

- Jaune.

Les squames jaunes sont le résultat d'une extravasation de kératine, représentent la marque dermoscopique de tous les types de dermatite, correspondant histopathologiquement à la spongiosité sous-jacente.

### ✓ **Distribution des squames**

- Diffuse.

Squames couvrant toutes les surfaces de la lésion.

- Central.

Squames accentuées au centre de la lésion.

- Périphérique.

Squames épargnant le centre et réparties principalement à la périphérie.

- Inégal.

Distribution aléatoire et asymétrique.

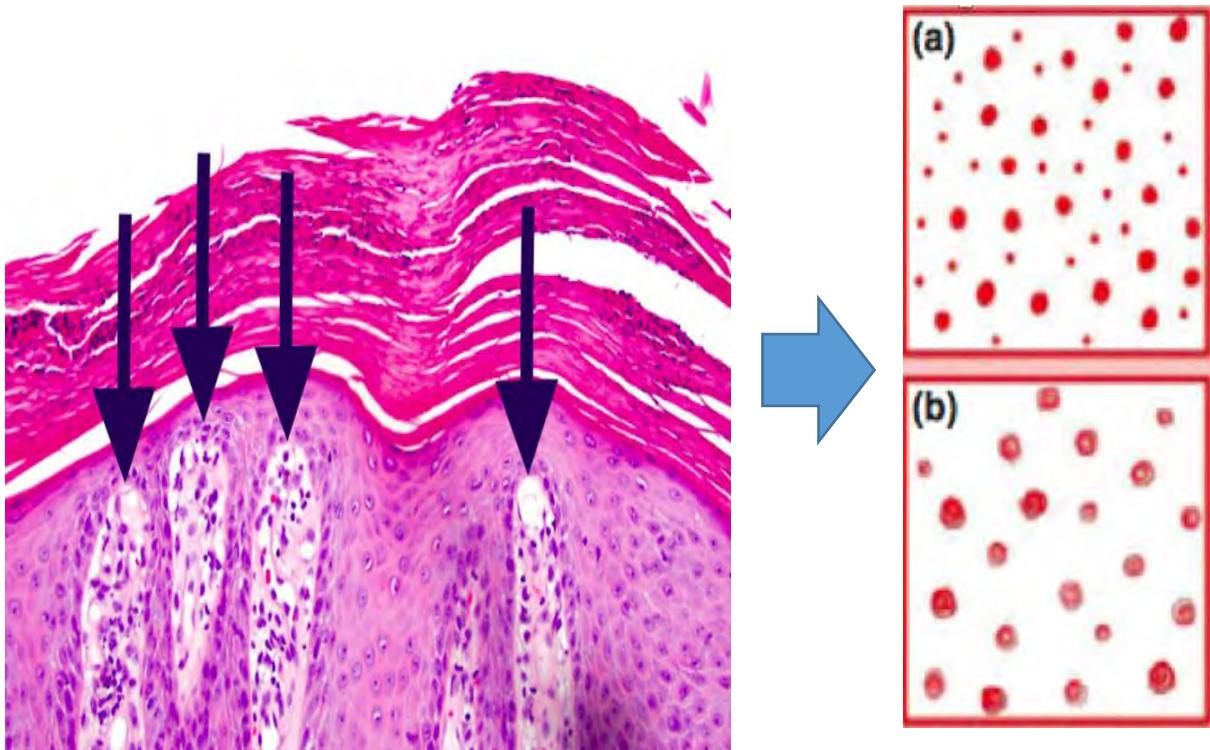
#### **IV. LES CARACTERISTIQUES DERMOSCOPIQUES DU PSORIASIS**

Le schéma dermoscopique du psoriasis a été récemment étudié plus en détail concernant sa fiabilité pour différencier la maladie des autres dermatoses érythémateuses à squameuses [52,75]

Les vaisseaux en pointillés se présentent sous forme de points ou globules rouges sont une caractéristique dermoscopique très courante du psoriasis, étant typiquement présents dans chaque lésion psoriasique (figure 2). Ces structures arrondies rouges reflétant la conclusion histopathologique sous-jacente des capillaires en spirale dans les papilles dermiques, associées à l'hyperplasie épidermique psoriasiforme [9]. Les points ou globules rouges dans le psoriasis sont typiquement monomorphes, de diamètre et de forme similaires, dans une plaque donnée [30,31]

Sur le plan histopathologique, les points rouges correspondent aux boucles des vaisseaux disposés verticalement dans les papilles cutanées allongées.

La dermoscopie montre aussi la présence de squames blanches très caractéristiques [81]. Lorsque la présence d'une hyperkératose marquée empêche la vue des caractéristiques sous-jacentes, le détartrage peut être utile pour afficher le schéma vasculaire ainsi que d'éventuelles minuscules gouttes de sang rouge (« signe d'Auspitz » dermoscopique) [56,48,57].



**Figure 9:** Représentations schématiques, des modèles vasculaires dermoscopiques et des caractéristiques histologiques sous-jacentes.

Les vaisseaux sanguins tortueux et dilatés dans les papilles dermiques allongées dans le psoriasis (flèches noires), étaient présentées sous forme de points, de globules rouges (a) et de vaisseaux glomérulaires (b) [44].

L’atteinte des téguments au cours du psoriasis constitue un défi pour le dermatologue aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique. Elle peut être associée à l’atteinte cutanée, inaugurelle ou isolée.

Le dermoscope est un outil efficace pour la détection précoce du psoriasis unguéal et du cuir chevelu.

Les caractéristiques dermoscopiques les plus significatives du psoriasis unguéal comprennent, l’hyperkératose sous-unguéale, hémorragies filiformes, aspect de dé à coudre, l’onycholyse distale.

L'atteinte du cuir chevelu est caractérisée par la présence, des vaisseaux en pointillées, des vaisseaux glomérulaires, des hémorragies ponctuées, des anses capillaires tortueuses et des squames blanches le plus souvent épaisses [44]

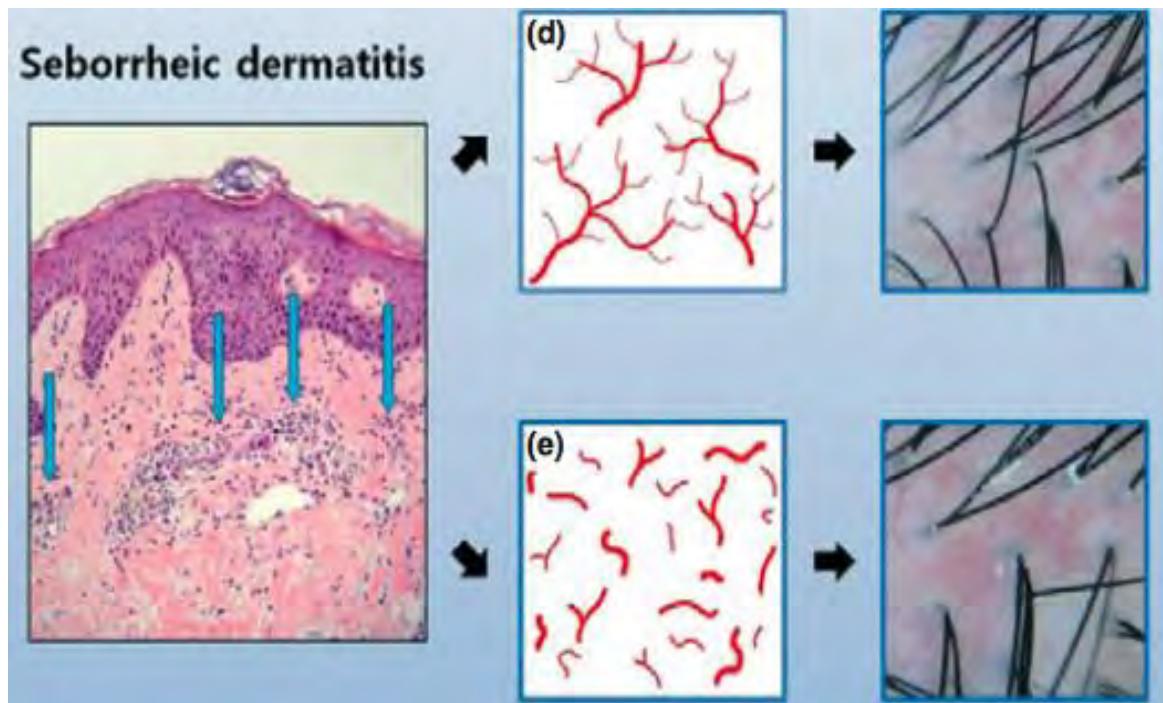
## **V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DERMOSCOPIQUE DU PSORIASIS**

Le psoriasis en plaque, la dermatite, le pityriasis rosé de gibert, le lichen plan et le pityriasis rubra pilaire sont des maladies cutanées inflammatoires courantes. Leur aspect caractéristique permet un diagnostic clinique chez une forte proportion de patients [81]. Cependant, des présentations inhabituelles existent parfois et peuvent entraîner des difficultés dans la différenciation entre ces entités.

Il a été prouvé que la dermoscopie facilite le diagnostic clinique de plusieurs dermatoses inflammatoires, minimisant ainsi le besoin de biopsies cutanées.

Les vaisseaux en pointillés et les squames étaient communs à toutes les entités, leur disposition et les autres critères associés différaient considérablement entre psoriasis, dermatite , lichen plan et pityriasis rosé de gibert [75,81,44].

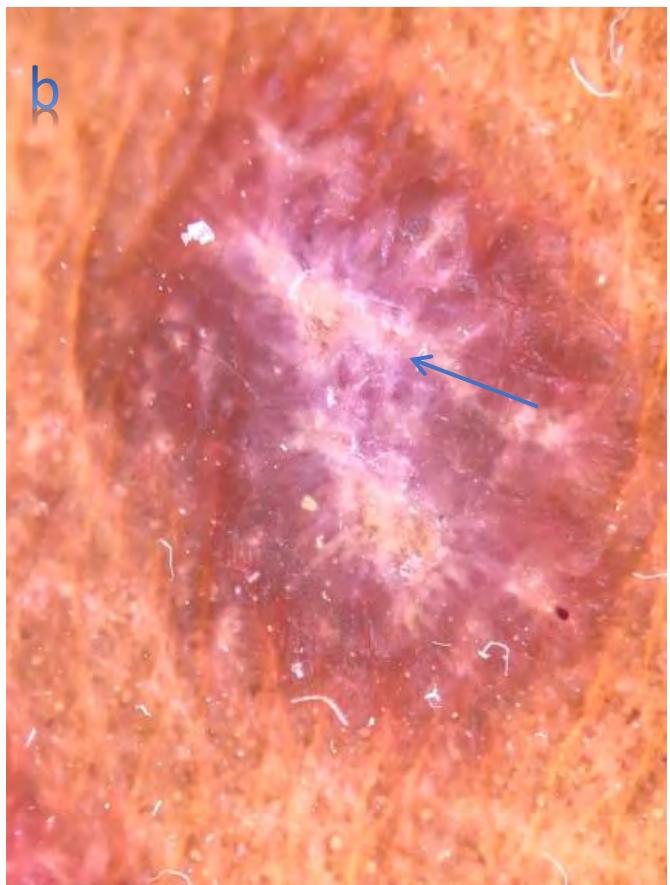
Les vaisseaux en pointillés en psoriasis étaient le plus souvent disposés selon une distribution régulière et étaient associés à des squames blanches, en revanche, les vaisseaux de la dermatite sont arborisants et apparaissaient plus fréquemment dans une distribution irrégulière, le fond est également plus foncé que dans le psoriasis. Les squames jaunes de l'eczéma correspondent plutôt à des mini-crottes qui font suite à l'éclosion des microvésicules (puits de Devergie) avec l'évacuation de sérosités (figure 09) [44].



**Figure 10:** Représentations schématiques des modèles dermoscopiques et des caractéristiques histologiques sous-jacentes de la dermatite séborrhéique. Les vaisseaux arborisants (d) et les vaisseaux rouges atypiques (e) dans la dermatite séborrhéique représentent le plexus sous-papillaire ectatique (flèches bleues) [44].

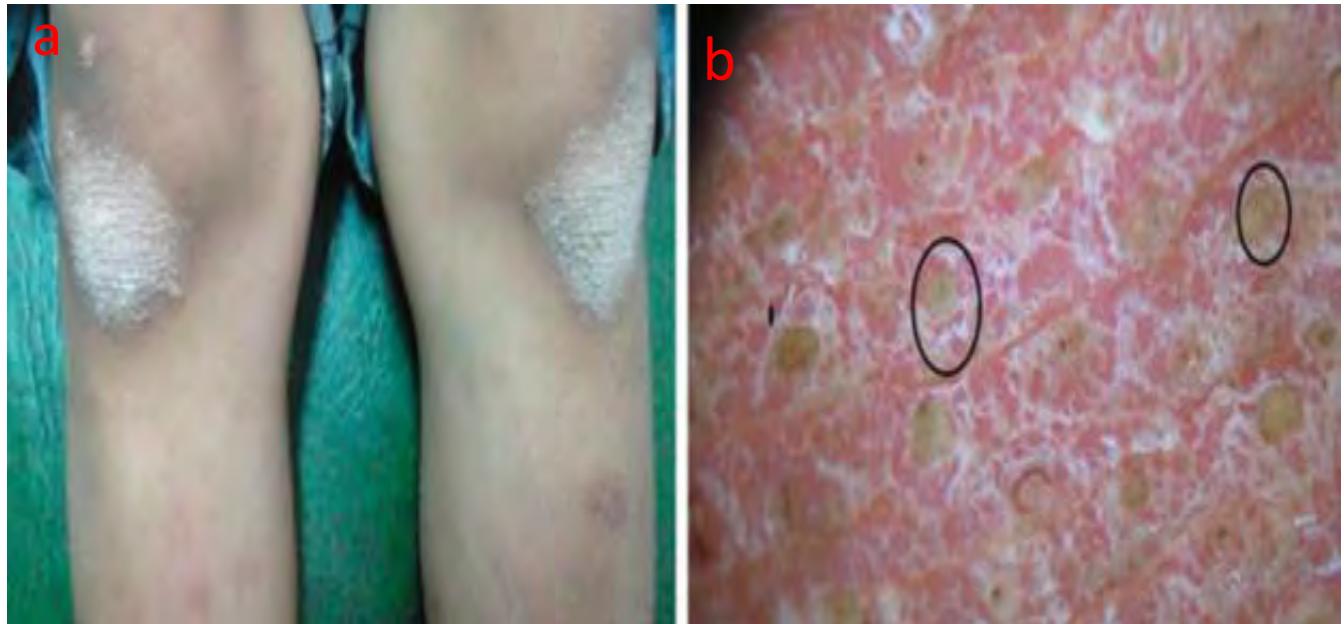
En pityriasis rosé de gibert, les vaisseaux en pointillés étaient principalement associés à une couleur de fond jaunâtre et à une disposition périphérique des squames.

Au lieu de cela, le signe pathognomonique du lichen plan est la présence de stries Wickham qui correspondent à des structures réticulaires blanches (figure 11), les vaisseaux sont le plus souvent linéaires avec une distribution périphérique. Les squames peu fréquentes.[75,41]



**Figure 11** : Image clinique (a) et dermoscopique (b) correspondant à un lichen plan chez une patiente phototype VI, avec présence de stries de Wickham (flèche bleue) organisées de manière réticulée sur un fond rose (Collection IHS)

Des bouchons kératosiques blanchâtres et des vaisseaux plutôt linéaires sur un fond jaunâtre sont significatifs du pityriasis rubra pilaire (figure 09) [2].



**Figure 12:** Image clinique (a) et dermoscopique du pityriasis rubra pilaire montrant des squames jaunes et blanches et des bouchons kératosiques (cercle noir) sur fond rouge jaunâtre (b) [58].

Les caractéristiques dermoscopiques peuvent être spécifiques à une maladie particulière et peuvent être observées dans plusieurs entités et sont par conséquent considérées comme « non spécifiques ». Une caractéristique non spécifique associée à certains autres critères dermoscopiques cliniques conduit souvent soit à un diagnostic précis, soit à une liste restreinte de diagnostics différentiels [61].

## **DEUXIEME PARTIE**

## **METHODOLOGIE**

## **I. Objectifs**

### **I.1.Objectif général**

Décrire les aspects dermoscopiques du psoriasis sur phototype foncé et déterminer la place du dermoscope dans son diagnostic

### **I.2.Objectifs spécifiques**

- Décrire les aspects dermoscopiques du psoriasis sur phototype foncé
- Comparer les aspects dermoscopiques du psoriasis selon le phototype

## **II. Patients et méthodes**

### **II.1.Cadre de l'étude**

L'étude est multicentrique en trois sites : le service de Dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec (HALD), celui de l'Institut d'Hygiène social (IHS) de Dakar et le service de Dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

-le service de dermatologie de l'HALD constitue un centre de référence de prise en charge des maladies cutanées à Dakar. Il comporte 9 dermatologues dont 2 professeurs titulaires, 1 maître de conférence agrégé, 1 maître-assistant, 1 assistant, 2 praticiens dermatologue, 3 internes et 75 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES (diplôme d'études spécialisées en dermatologie). Le service reçoit en moyenne 7000 consultations par an et environ 350 hospitalisations annuelles.

-le service de dermatologie de l'Institut d'Hygiène Sociale est un ancien centre de référence des affections dermatologiques. Ce service constitue également le centre national de référence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les ressources humaines sont constituées par des médecins dermatologues dont un professeur titulaire, un maître de conférences agrégé, deux internes, et par un personnel paramédical. Le service a une triple vocation de soin, de formation et recherche. Le service reçoit en moyenne 17000 patients par an en consultation avec environ 200 hospitalisations annuelles. Il reçoit chaque année en moyenne 15 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermat-

vénérérologie, de médecins internes, de maladies infectieuses, de rhumatologie et plus de 60 étudiants en médecine.

- Le service de dermatologie vénérérologie (pavillon 42) de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca, est un centre de référence des affections cutanées. Les ressources humaines sont constituées par des médecins dermatologues dont deux professeurs titulaires, deux maitres assistants, 1 médecin attaché, 4 internes, 30 résidents et par un personnel paramédical. Le service reçoit en moyenne 13000 patients par an en consultation.

## **II.2. Type et durée d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique sur le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique du psoriasis, sur une période de 10 mois (du 01 janvier au 15 novembre 2020).

## **II.3. Population d'étude**

Notre population d'étude était constituée de malades reçus en consultation externe et présentant un psoriasis. Nous avons défini comme cas de psoriasis : tout patient présentant des lésions érythémato-squameuses, à squames épaisses associées ou non à un prurit, siégeant sur les zones dites bastion, quel que soit l'évolution et la forme, avec ou sans confirmation histologique.

Nous avons considéré comme formes graves les cas d'érythrodermie, de psoriasis pustuleux et de rhumatisme psoriasique.

## **II4. Critères d'inclusion**

Tout patient présentant un psoriasis, suivi en consultation thématique dans les services de dermatologie de l'Institut d'Hygiène Sociale, Aristide Le Dantec et CHU Ibn Rochd de Casablanca, quel que soit le sexe et l'âge ayant donné son consentement libre et éclairé.

## **II.5. Recueil des données**

Une fiche d'enquête a permis le recueil des données (Annexe 1). Celle-ci comportait les variantes suivantes :

- **Données socio-démographiques** : lieu de recrutement, âge, sexe, situation matrimoniale, nationalité, ethnie, phototype et profession.
- **Histoire de la maladie** : l'âge de début (ancienneté du psoriasis), durée d'évolution du psoriasis, mode de survenue, facteurs déclenchants du psoriasis, la topographie initiale de la maladie, la notion de phytothérapie ou prise médicamenteuses antérieure.
- **Antécédents et terrain** : diabète, hypertension artérielle, obésité, dyslipidémie, comorbidités, allergies.
- **Habitudes et mode de vie** : stress, tabac, alcool, phytothérapie
- **Examen physique** : Constantes forme clinique du psoriasis son type, notion de prurit. Aspects et localisation des lésions, étendue de l'atteinte la sévérité clinique était mesurée grâce au score de PASI. (Annexe 2)

D'autres manifestations cliniques associées autres que le psoriasis ont été recherchées.

- **Examen dermoscopique** : Les aspects dermoscopiques ont été évalués :
  - Morphologie des structures vasculaires
  - Disposition des structures vasculaires ;
  - Couleur et distribution des squames ;
  - Couleurs d'arrière-plan ;
  - Anomalies folliculaires ;
  - Anomalies unguérales ;
  - Autres caractéristiques spécifiques.
- **Examens complémentaires** : glycémie à jeun, Profil lipidique
- **Traitements** : le traitement prescrit était notifié.
- **Evolution** : favorable ou non

## **II.6. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies sur Excel, le codage a été détaillé sur Word. Les données ont été analysées moyennant le logiciel SPSS version 20. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne, les données qualitatives ont été exprimées en pourcentage et l'analyse statistique a été uni et bi-variée. La recherche bibliographique a été effectuée par le logiciel Zotero version 5.0.

L'interrogatoire, l'examen clinique et dermoscopique ont été réalisés par le même médecin au niveau des différents centres de recrutement. la dermoscopie a été réalisée à l'aide d'un dermatoscope portable type DermLite DL4, et les images ont été capturées avec un Apple iPhone X.

Ce dermatoscope 4<sup>ème</sup> génération est doté du mode PigmentBoost™, offrant une vision améliorée des structures profondes. Il est équipé d'une lentille avec un grossissement 10x de haute qualité, une excellente correction des couleurs et une distorsion réduite de l'image, pour une image riche en détails. L'ensemble des patients ont eu un examen dermoscopique.

## **II.7. Considérations éthiques**

Le consentement oral libre et éclairé du participant ainsi que le respect de la confidentialité (les informations personnelles recueillies ne seront pas diffusées) étaient requis. L'entretien avec les enfants a toujours été mené en présence des parents et avec leur accord. Le refus de participer n'avait aucun impact sur la prise en charge.

## **II.8. Aspects financiers**

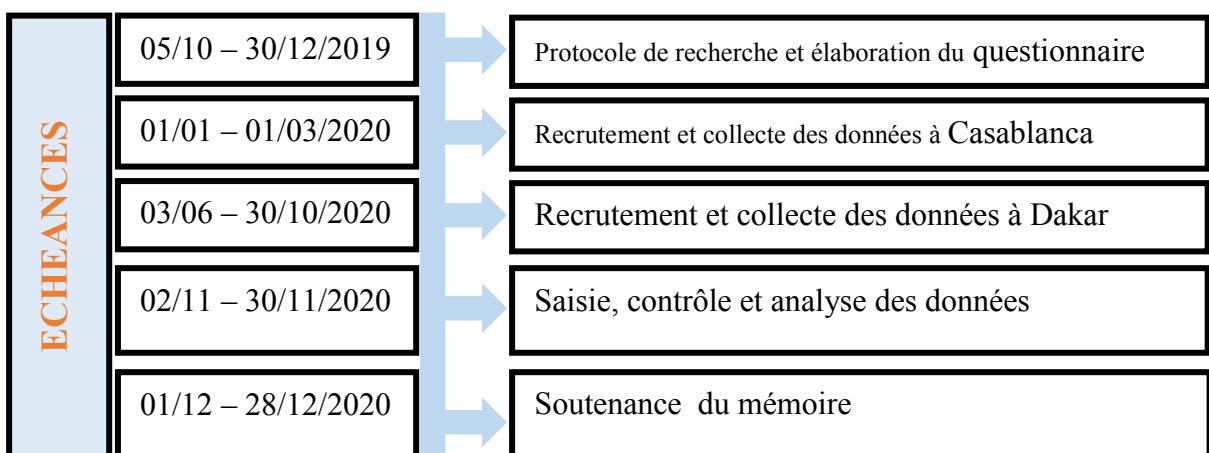
Le tableau en dessous résume l'ensemble des dépenses prévues pour la réalisation de l'étude

**Tableau II** : Récapitulatif de dépenses budgétaires prévisionnelles

	Coût Unitaire FCFA	nombre	Coût total FCFA
Impression fiches d'enquête	50	70	3.500
Appels téléphoniques	---	---	4.000
Transport	-----	-----	100.000
Achat dermatoscope type DermLite DL4	990.000		990.000
Honoraire statisticienne	-----	-----	85.000
Impression	8.000	5	40.000
Total	---	----	1.222.500

- Chronogramme

La figure suivante présente le déroulement chronologique de l'étude avec ses différentes étapes.



**Figure 13** : Chronogramme de mise en œuvre des activités de l'enquête

## **II. RESULTATS**

### **II.1 Etude descriptive**

#### **II.1.1. Aspects épidémiologiques**

##### **II.1.1.1. Fréquence**

Nous avons recensé au total 52 patients présentant un psoriasis. Tous les patients avaient donné leur consentement à participer à l'étude et étaient alors inclus dans notre cohorte. Nous avons colligé 52 patients, dont 26 à Dakar (50%).

##### **II.1.1.2. Aspects sociodémographiques**

###### **➤ Répartition des patients en fonction du lieu de recrutement**

Durant la période d'étude nous avons enregistré :

- 18 cas à l'Institut d'Hygiène Social (34,6%)
- 8 cas à l'Hôpital HALD (15,4)
- 26 cas à l'Hôpital Ibn Rochd de Casablanca (50%)

La répartition en fonction du lieu de recrutement s'établit comme suit (tableau)

**Tableau III : Répartition des patients en fonction du lieu de recrutement.**

Lieu de recrutement	Effectif	Pourcentage
IHS	18	34,6
HALD	8	15,4
Casablanca	26	50,0
<b>Total général</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

###### **➤ Répartition des patients selon le genre**

Il s'agissait de 27 cas de sexe masculin (51,9%) et 25 cas de sexe féminin (48,1%) avec un sex-ratio de 1,08.

### ➤ Répartition des patients en fonction de l'âge de consultation

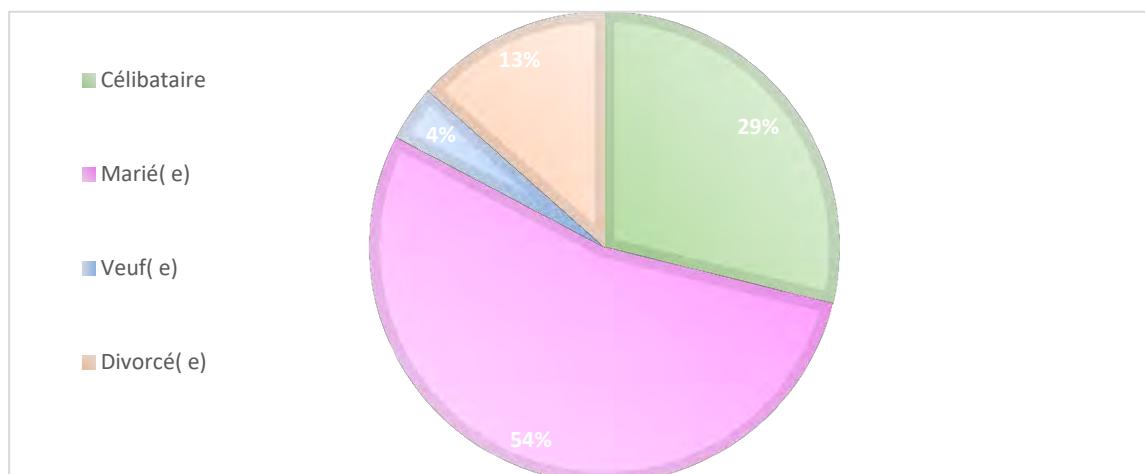
L'âge moyen de notre population d'étude était de 46 ans avec des extrêmes de 5 et 78 ans. Le tableau suivant précise la répartition des sujets par tranche d'âge et par lieu de recrutement :

**Tableau IV** : Répartition des patients en fonction de l'âge et lieu de recrutement

	Sénégal		Maroc		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>&lt; 10 ans</b>	2	7,4	4	16	6	11,5
<b>[10 ans - 20 ans[</b>	1	3,7	2	8	3	5,8
<b>[20 ans - 30 ans[</b>	5	18,5	2	8	7	13,5
<b>[30 ans - 40 ans[</b>	1	3,7	5	20	6	11,5
<b>[40 ans - 50 ans[</b>	4	14,8	4	16	8	15,4
<b>[50 ans - 60 ans[</b>	5	18,5	3	12	8	15,4
<b>[60 ans - 70 ans[</b>	5	18,5	5	20	10	19,2
<b>&gt; 70 ans</b>	4	14,8	0	0	4	7,7
<b>Total</b>	27	100	25	100	52	100

### ➤ Répartition des patients selon le statut matrimonial

Le statut matrimonial des patients de notre étude était représenté suivant la figure ci-dessous.



**Figure 14:** Répartition des patients selon la situation matrimoniale

### ➤ Répartition des patients en fonction du phototype :

Dans notre étude il n'y avait pas de patient de phototype I, les patients de :

- Phototype II 7,7% (n=4) ;
- Phototype III 17,3% (n=9) ;
- Phototype IV 11,5% (n=6) ;
- Phototype V 13,5% (n=7) ;
- Phototype VI 50% (n=26) ;

### ➤ Répartition du phototype des patients en fonction du lieu de recrutement

Dans notre étude nous avons considéré les patients ayant une peau foncée, tout patient de phototype IV, V, VI.

La distribution des différents phototypes (clairs ou foncés) des patients en fonction du lieu de recrutement est illustrée sur le tableau ?

**Tableau V:** Répartition du phototype de notre population d'étude suivant le lieu de consultation

	Dakar		Casablanca		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Phototype clair</b>	0	0	12	46,2	12	23
<b>Phototype foncé</b>	26	100	14	53,8	40	76,9
<b>Total général</b>	26	100	26	100	52	100

Au total on a recruté 76,9% patients de phototype foncé (n=40) et 23,1% patients de phototype clair (n=12).

### II.1.2. Terrain et antécédents

#### ❖ Répartition des patients selon la notion d'alcoolo-tabagisme

Nous avons retrouvé 15,4%( n=8) de patients de sexe masculin tabagiques dans notre étude dont 7,7%(n=4) d'entre eux étaient consommateur d'alcool. Aucune patiente de sexe féminin n'avait déclaré avoir fumé.

#### ❖ Répartition des patients en fonction des éléments du syndrome métabolique :

Nous avons retrouvé dans notre population d'étude plus d'un quart de malades hypertendus (n=15 ; 28,8%).

Les troubles du métabolisme glucidique étaient retrouvés chez 17,3%(n= 9) patients. La glycémie n'avait pas été réalisée chez 15,4% (n= 8) et 67,3% (n=35) avaient une glycémie normale.

Les dyslipidémies (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides) étaient retrouvées chez 19,2% (n=10) de nos patients.

L'obésité abdominale était présente dans un quart des cas (n=13 ; 25%).

**Tableau VI :** Distribution des patients selon les moyennes des différentes constantes du syndrome métabolique

	Effectif	%
<b>Diabète</b>	9	17,3
<b>HTA</b>	15	28,8
<b>Obésité</b>	13	25
<b>Dyslipidémies</b>	10	19,2

#### ❖ Psoriasis et infection VIH

Elle a été positive chez 5,8%(n=3) des patients de sexe masculin. Les patients sont sous traitement antirétroviral.

#### II.1.3. Aspects cliniques

##### ➤ Répartition des patients selon le type de psoriasis :

Dans notre étude 59,6% des patients (n=31) étaient de classe I (avant 40 ans) et 40,4% des patients (n=21) étaient de classe II (après 40 ans).

##### ➤ Répartition des patients selon la durée d'évolution

La durée d'évolution inférieure à un an était retrouvée chez 17,3% de nos patients (n=9). La maladie évoluerait 10 ans au minimum chez 36,5% (n= 19). La durée d'évolution moyenne était de 8,4 ans, avec des extrêmes de [1 semaine- 40 ans].

**Tableau VII :** Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage
< 1 an	9	17,3
[1 an - 5 ans[	12	23,1
[5 ans - 10 ans[	12	23,1
> 10 ans	19	36,5
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

➤ **Répartition des patients selon la présence ou non de prurit**

Parmi les 52 patients, la notion de prurit a été retrouvée chez 59,6% malades (n=31).

➤ **Répartition des patients en fonction de la fréquence des différentes formes cliniques de psoriasis.**

Au cours de notre étude nous avons retrouvé 12 formes cliniques du psoriasis.

La forme clinique la plus fréquente était le psoriasis en plaques 69,2% (n=36) suivi du psoriasis universalis 13,5% (n=7).

La forme grave la plus retrouvée était le psoriasis arthropathique 11,5% (n=6) suivi du psoriasis érythrodermique 7,7% (n=4), tout comme le psoriasis pustuleux 7,7%.

La forme topographique la plus fréquente est le psoriasis unguéal 15,4%(n=8).

Les différentes formes cliniques et topographiques sont répertoriées dans les tableaux X et XI.

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

	Effectif	Pourcentage
<b>En plaques</b>	36	69,2
<b>Universalis</b>	7	13,5
<b>Arthropathique</b>	6	11,5
<b>En goutte</b>	5	9,6
<b>Inverse</b>	5	9,6
<b>Pustuleux</b>	4	7,7
<b>Erythrodermique</b>	4	7,7
<b>Lichénoïde</b>	3	5,8

**Tableau IX :** Répartition par fréquence des différentes formes topographies du psoriasis.

	Effectif	Pourcentage
<b>Unguéal</b>	8	15,4
<b>Palmoplantaire</b>	7	13,5
<b>Cuir chevelu</b>	5	9,6
<b>Buccal</b>	2	3,8

➤ Répartitions des différentes formes cliniques selon le lieu de recrutement

Le tableau XII et la figure 15 représentent la répartition de toutes les différentes formes cliniques retrouvées chez notre population d'étude en fonction du lieu de recrutement.

**Tableau X:** Tableau comparatif des différentes formes cliniques retrouvées selon le lieu de recrutement

	Dakar		Casablanca	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>En plaques</b>	20	55,6	16	44,4
<b>En goutte</b>	2	40	3	60
<b>Pustuleux</b>	0	0	4	100
<b>Lichénoïde</b>	1	33,3	2	66,7
<b>Arthropathique</b>	2	33,3	4	66,7
<b>Erythrodermique</b>	2	50	2	50
<b>Universalis</b>	3	42,9	4	57,1
<b>Palmoplantaire</b>	3	42,9	4	57,1
<b>Cuir chevelu</b>	2	40	3	60
<b>Unguéal</b>	2	25	6	75
<b>Buccal</b>	1	50	1	50
<b>Inverse</b>	3	60	2	40

### ➤ Répartition des formes cliniques du psoriasis selon le phototype

Les différentes formes de psoriasis étaient retrouvées dans les deux phototypes clair et foncé. Par ailleurs le psoriasis lichénoïde et universalis étaient retrouvés seulement chez les malades de phototype foncé.

Le tableau XIII montre la répartition des formes cliniques de psoriasis en fonction de type de peau.

**Tableau XI :** Tableau comparatif des formes cliniques du psoriasis en fonction de type de peau

	Phototype clair		Phototype foncé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>En plaques</b>	7	19,4	29	80,6	36	69,2
<b>En goutte</b>	2	40	3	60	5	9,6
<b>Pustuleux</b>	3	75	1	25	4	7,7
<b>Lichénoïde</b>	0	0	3	100	3	5,8
<b>Arthropathique</b>	4	66,7	2	33,3	6	11,5
<b>Erythrodermique</b>	1	25	3	75	4	7,7
<b>Universalis</b>	0	0	7	100	7	13,5
<b>Palmoplantaire</b>	2	28,6	5	71,4	7	13,5
<b>Cuir chevelu</b>	1	20	4	80	5	9,6
<b>Unguéal</b>	3	37,5	5	62,5	8	15,4
<b>Buccal</b>	0	0	2	100	2	3,8
<b>Inverse</b>	1	20	4	80	5	9,6

## **II.1.4. Aspects dermoscopiques**

### **➤ Les caractéristiques dermatoscopiques retrouvées chez nos patients.**

A la dermoscopie on retrouvait des structures punctiformes, globulaires parfois glomérulaires, distribuées de manière symétrique et régulière sur un fond rose ou rouge clair , associées à des squames blanchâtres plus épaisses au niveau palmo-plantaire et au cuir chevelu, et très fines voire absentes au niveau des plis. Le détachement des squames montre souvent le signe de la « rosée sanglante » dermoscopique.

L'hyperkératose sous-unguiale, les érosions punctiformes (ongle aspect « dé à coudre »), onycholyse distale et la présence d'hémorragies filiformes au niveau des ongles sont les structures les plus retrouvées dans le psoriasis unguéal.

Au cours du psoriasis pustuleux on a noté la présence de pustules.

Parfois on trouvait aussi la présence d'une atrophie cutanée due à l'utilisation prolongée des dermocorticoïdes.

Chez notre population d'étude 13 signes dermoscopiques ont été retrouvés et répartis par fréquence dans le tableau XIV comme suit :

**Tableau XII** : Répartition par fréquence des différentes caractéristiques dermoscopiques retrouvées chez la population d'étude.

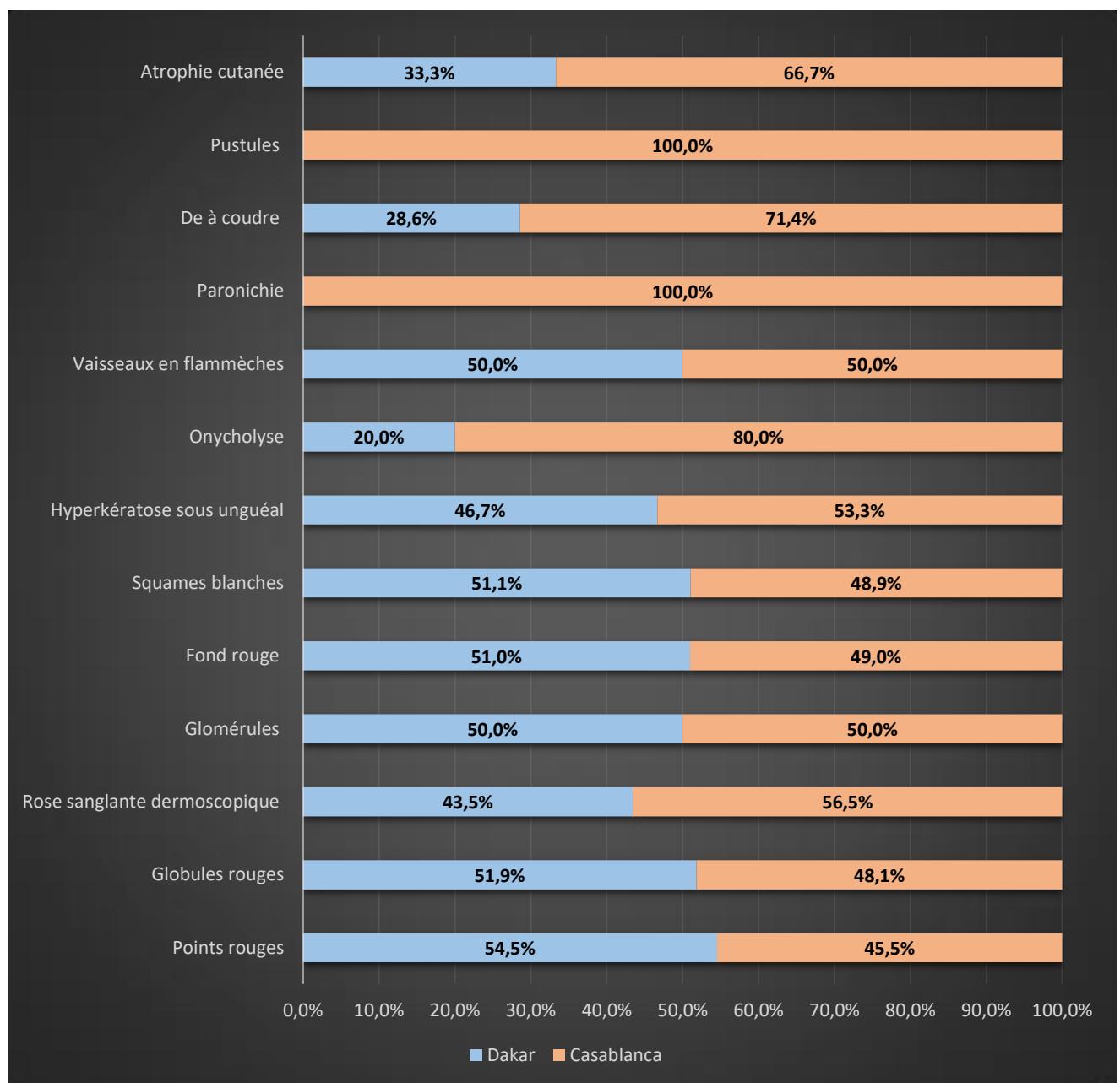
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Fond rouge</b>	51	98,1
<b>Squames blanches</b>	47	90,4
<b>Points rouges</b>	44	84,6
<b>Globules rouges</b>	27	51,9
<b>Rosé sanglante dermoscopique</b>	23	44,2
<b>Glomérules</b>	20	38,5
<b>Hyperkératose sous unguéal</b>	15	28,8
<b>Dé à coudre</b>	7	13,5
<b>Hémorragies filiformes</b>	6	11,5
<b>Onycholyse</b>	5	9,6
<b>Atrophie cutanée</b>	3	5,8
<b>Points blancs</b>	2	3,8
<b>Paronychie</b>	1	1,9

➤ Répartition par fréquence des aspects dermoscopiques selon le type

**Tableau XIII :** Aspects dermoscopiques retrouvés selon le type de peau

	Phototype clair		Phototype foncé	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Points rouges</b>	9	75	35	87,5
<b>Globules rouges</b>	7	58,3	20	50
<b>Rosée sanguinolente dermoscopique</b>	5	41,7	18	45
<b>Glomérules</b>	5	41,7	15	37,5
<b>Fond rouge</b>	12	100	39	97,5
<b>Squames blanches</b>	11	91,7	36	90
<b>Hyperkératose sous unguéale</b>	4	33,3	11	27,5
<b>Onycholyse</b>	2	16,7	3	7,5
<b>Hémorragies filiformes</b>	3	25	3	7,5
<b>Paronychie</b>	0	0	1	2,5
<b>Dé à coudre</b>	3	25	4	10
<b>Pustules</b>	2	16,7	0	0
<b>Atrophie cutanée</b>	2	16,7	1	2,5

➤ Répartition des aspects dermoscopiques selon le lieu de recrutement

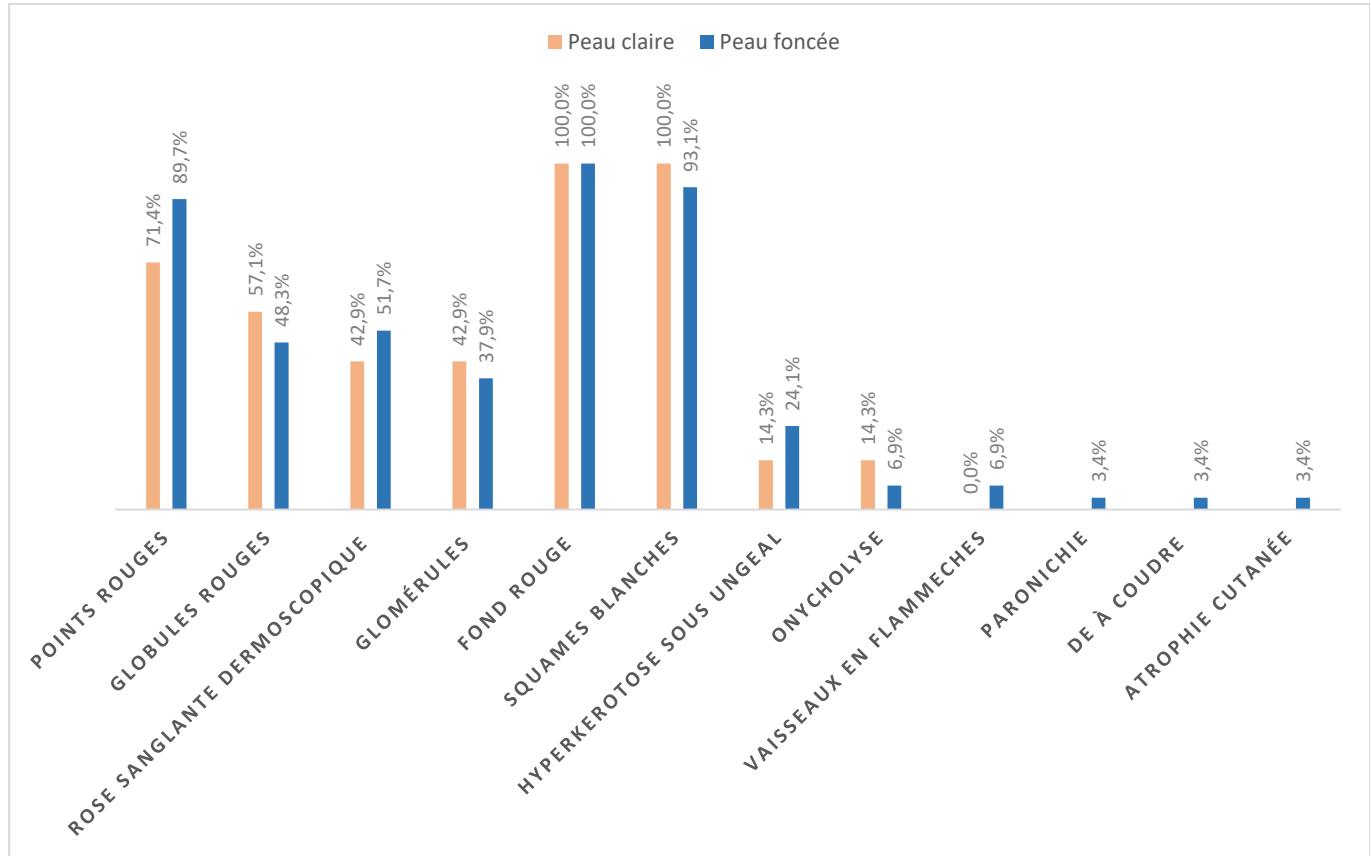


**Figure 15 :** Répartition et comparaison des aspects dermoscopiques dans le psoriasis en plaques en fonction du lieu de recrutement

**Tableau XIV:** Aspects dermoscopiques retrouvés dans le psoriasis en plaque

	Effectif	Pourcentage	p
<b>Fond rouge</b>	36	100	0,674
<b>Squames blanches</b>	34	94,4	0,327
<b>Points rouges</b>	31	86,1	0,974
<b>Globules rouges</b>	18	50	0,677
<b>Rosée sanglante dermoscopique</b>	18	50	0,209
<b>Glomérules</b>	14	38,9	0,924
<b>Hyperkératose sous unguéale</b>	8	22,2	0,211
<b>Onycholyse</b>	3	8,3	1,000
<b>Vaisseaux en flammèches</b>	2	5,6	0,120
<b>Paronychie</b>	1	2,8	1,000
<b>Dé à coudre</b>	1	2,8	0,003
<b>Atrophie cutanée</b>	1	2,8	0,457

➤ Répartition des aspects dermoscopiques du psoriasis en plaques selon le type de peau



**Figure 16:** Comparaison des différents signes dermoscopiques du psoriasis en plaques selon le type de peau

➤ Répartition des aspects dermoscopiques dans le psoriasis inversé.

**Tableau XV:** Différents aspects dermoscopiques retrouvés au cours du psoriasis inverse

	Effectif	Pourcentage
<b>Points rouges</b>	5	100
<b>Fond rouge</b>	5	100
<b>Squames blanches</b>	4	80
<b>Globules rouges</b>	3	60
<b>Rosée sanguineuse dermoscopique</b>	3	60
<b>Glomérules</b>	3	60

**Tableau XVI :** Tableau comparatif des aspects dermoscopiques dans le psoriasis inversé selon le type de peau

	Phototype clair		Phototype foncé	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Points rouges</b>	1	100	4	100
<b>Globules rouges</b>	1	100	2	50
<b>Rosée sanglante dermoscopique</b>	1	100	2	50
<b>Glomérules</b>	1	100	2	50
<b>Fond rouge</b>	1	100	4	100
<b>Squames blanches</b>	1	100	3	75

➤ Répartition des aspects dermoscopiques dans le psoriasis palmoplantaire du psoriasis

**Tableau XVII :** Répartition des signes dermoscopiques dans la forme palmo-plantaire

	Effectif	%	p
Points rouges	7	100	0,516
Fond rouge	7	100	1,000
Squames blanches	6	85,7	1,000
Dé à coudre	4	57,1	0,002
Globules rouges	3	42,9	0,913
Hyperkératose sous unguéal	3	42,9	0,666
Rosée sanglante dermoscopique	1	14,3	0,192
Glomérules	1	14,3	0,319
Vaisseaux en flammèches	1	14,3	1,000

**Tableau XVIII :** Répartition des aspects dermoscopiques du psoriasis palmoplantaire selon le type de peau.

	Peau claire		Peau foncée	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Points rouges</b>	2	100	5	100
<b>Globules rouges</b>	0	0	3	60
<b>Rosée sanglante dermoscopique</b>	0	0	1	20
<b>Glomérule</b>	0	0	1	20
<b>Fond rouge</b>	2	100	5	100
<b>Squames blanches</b>	2	100	5	100

➤ Répartition des aspects dermoscopiques dans la forme universalis .

Dans notre étude le psoriasis universalis était retrouvé seulement chez les patients de phototype foncé.

**Tableau XIX :** Répartition et comparaison des aspects dermoscopiques dans la forme universalis.

	Phototype foncé	
	Effectif	%
<b>Points rouges</b>	6	85,7
<b>Globules rouges</b>	6	85,7
<b>Rosée sanglante dermoscopique</b>	5	71,4
<b>Glomérule</b>	4	57,1
<b>Fond rouge</b>	7	100
<b>Squames blanches</b>	6	85,7
<b>Hyperkératose sous unguéale</b>	1	14,3
<b>Onycholyse</b>	1	14,3
<b>Paronychie</b>	1	14,3
<b>Dé à coudre</b>	1	14,3

❖ Répartition des signes dermoscopiques dans le psoriasis unguéal.

Dans notre étude on a retrouvé 5 signes dermoscopiques du psoriasis unguéal (voir tableau ci-dessous).

**Tableau XX:** Signes dermoscopiques retrouvées au cours du psoriasis unguéal

	Effectif	%	p
<b>Hyperkératose sous-unguéale</b>	7	87,5	0,000
<b>Dé à coudre</b>	7	87,5	0,000
<b>Onycholyse</b>	3	37,5	0,240
<b>Hémorragies filiformes</b>	3	37,5	0,058
<b>Paronychie</b>	1	12,5	0,333

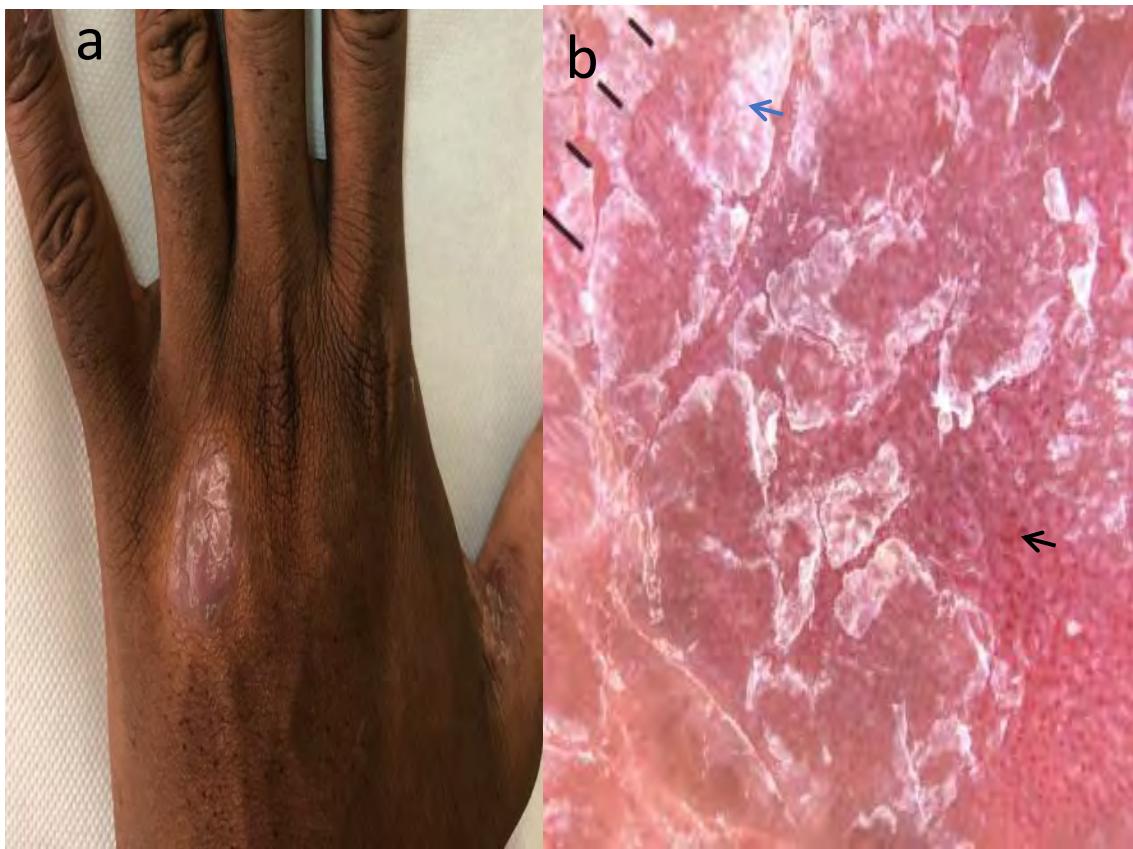
**Tableau XXI :** Répartition des signes dermoscopiques du psoriasis unguéal selon le phototype

	<b>Phototype clair</b>		<b>Phototype foncé</b>	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Hyperkératose sous-unguéale</b>	3	100	4	80
<b>Onycholyse</b>	1	33,3	2	40
<b>Hémorragies filiformes</b>	3	100	0	0
<b>Paronychie</b>	0	0	1	20
<b>Dé à coudre</b>	3	100	4	80

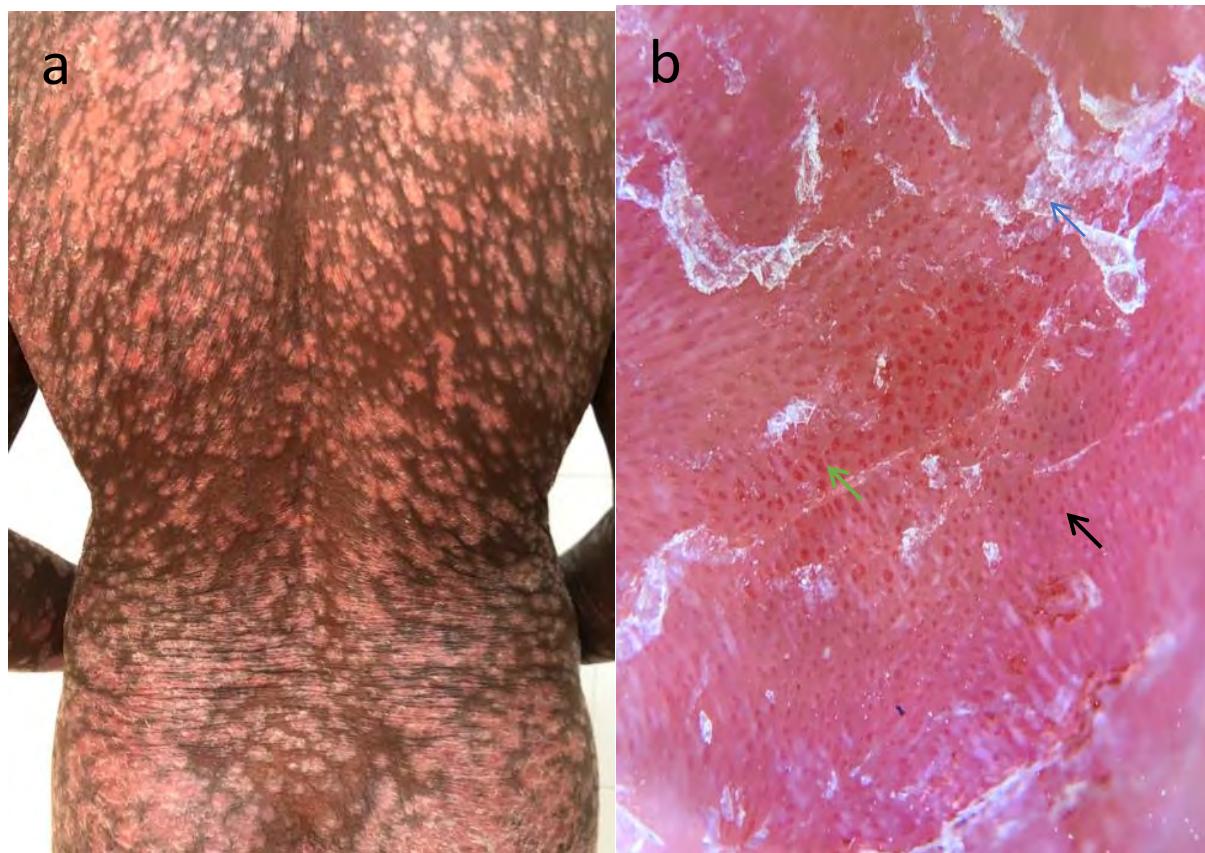


**Figure 17:** Plaque psoriasique image clinique (a) et dermoscopique (b) chez un patient de phototype III. La dermoscopie montre la présence de points rouges (flèche noire), homogènes, distribués de façon régulière dans toute la plaque, et des squames blanches épaisses (flèche bleue).

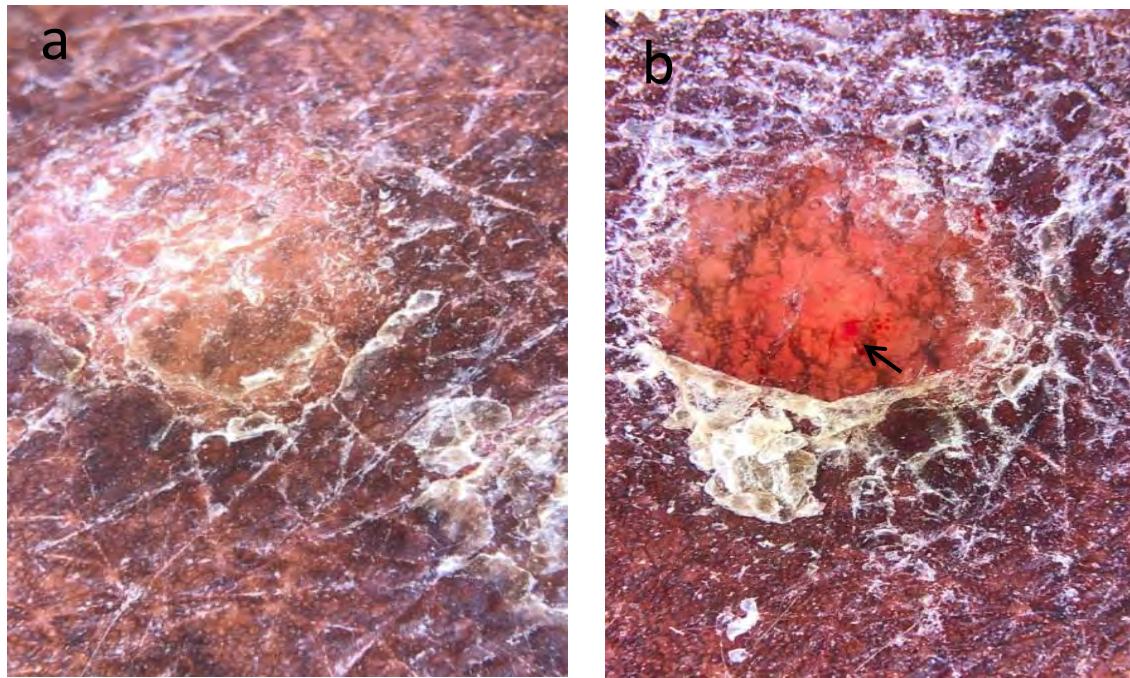
(Collection Ibn Rochd)



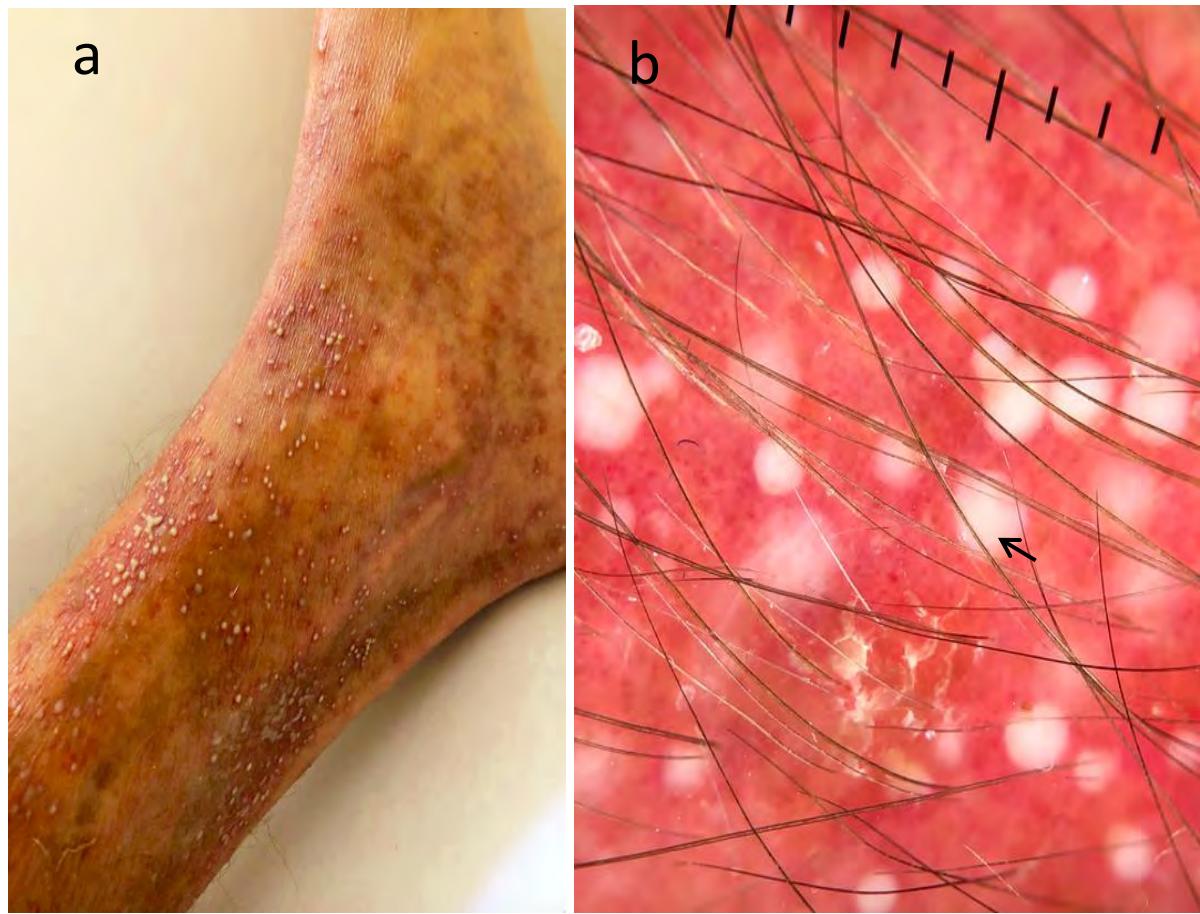
**Figure 18 :** Image clinique (a) et dermoscopique (b) du psoriasis en plaques chez un patient de phototype VI, l'image dermoscopique montre la présence de points rouges (flèche noire), homogènes, distribués de façon régulière dans toute la plaque et des squames blanches épaisses (flèche bleue).



**Figure 19** : Psoriasis universalis image clinique (a) et dermoscopique (b) ; l'image dermoscopique montre des points rouges (flèche noire), des globules rouges (flèche verte) sur un fond rouge et des squames blanchâtres (flèche bleu) .(Collection IHS)



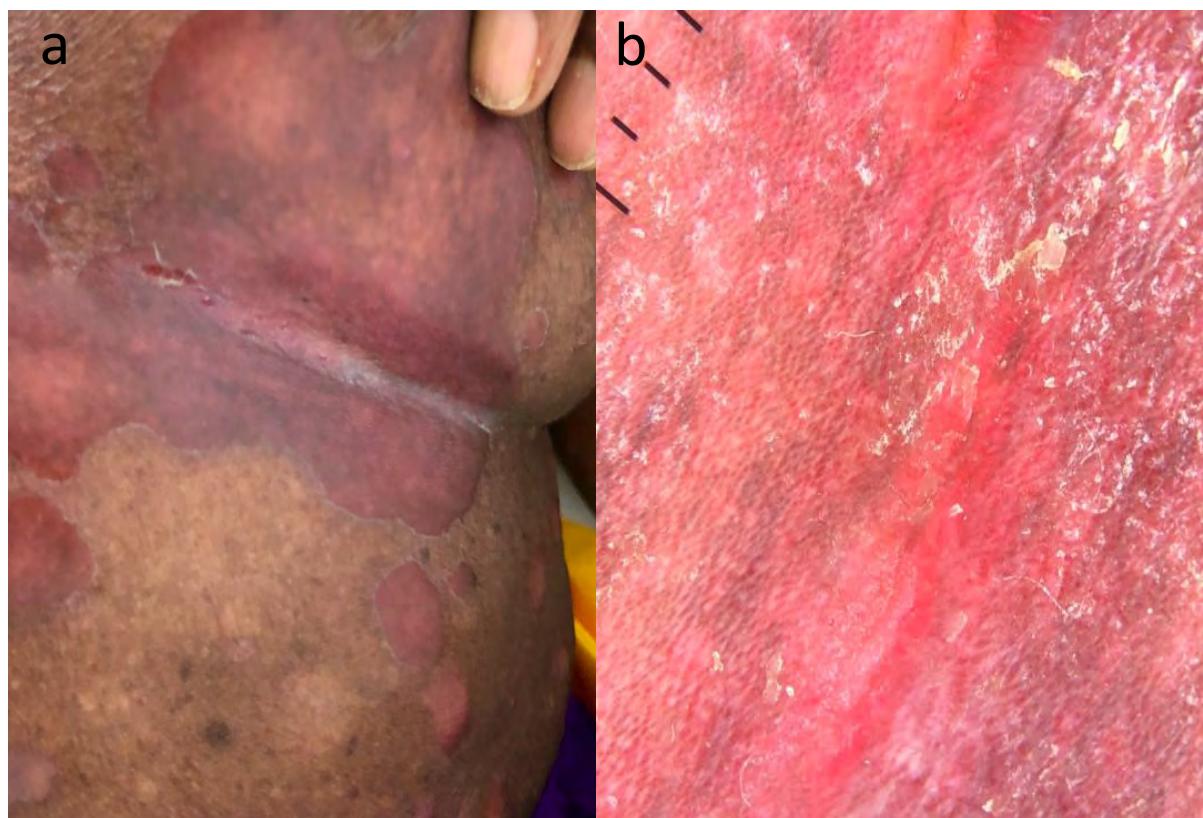
**Figure 20:** Plaque psoriasique recouverte de squames épaisses blanchâtres (a) et le détachement des squames (b) montre un érythème vif avec signe de la rosée sanglante dermoscopique (flèche noire) chez une patiente de phototype VI atteint du psoriasis en plaques.( Collection IHS)



**Figure 21** :Image clinique d'un psoriasis pustuleux (a) et dermoscopique de la forme pustuleuse montrant la présence des pustules (flèche noire) (collection Casablanca)



**Figure 22** : Psoriasis érythrodermique image clinique (a) et dermoscopique (b).  
( Collection HALD)



**Figure 23** : Psoriasis inversé localisé au niveaux des plis mammaires (a) image dermoscopique (b) correspondante. (Collection IHS)



**Figure 24** : Psoriasis lichénoïde au niveau du genoux (a) et dermoscopique montrant des points et globules rouges sur fond rouge associés à des squames (b). (Collection IHS)



**Figure 25:** Image dermoscopique du psoriasis unguéal montrant une onycholyse distale chez une patiente connue psoriasique de phototype VI. (Collection IHS)



**Figure 26 :** Image dermoscopique unguéale montrant une paronychie, et une hyperkératose sous -unguéale , l'atteinte péri-unguéale montre la rosée sanglante dermoscopique ( flèche noire), chez un patient âgé de 64 ans de phototype II .(Collection Ibn Rochd)

### **❖ Traitement et évolution**

Le traitement local était composé de dermocorticoïdes chez 76,9% (n=40) des patients, seuls ou associés à de l'acide salicylique chez 38,5% (n=20), calcipotriol 17,3% (n=9), d émollients étaient prescrits chez 75,0% (n=39) patients et 13,5% (n=7) de kératolytiques. Dans notre étude 38,5% (n=20) sont sous Méthotrexate et seulement une seule patiente était sous biothérapie (Le secukinumab)

L'évolution des patients sous traitement était favorable dans 41,7% (n=20) des cas.

## **DISCUSSION**

## **1-Apport et limite de ce travail**

Notre étude est, à notre connaissance, la première étude, en Afrique subsaharienne décrivant les aspects dermoscopiques du psoriasis sur phototype foncé.

Les limites de notre étude étaient essentiellement liées à la non-réalisation de certains examens paracliniques chez tous nos patients. Ainsi le nombre de patients initialement prévu n'a pu être respecté en raison de la diminution de fréquence de consultation causée par la pandémie de la COVID 19.

## **2-Représentativité**

Nous avons effectué une étude prospective sur une période de 10 mois au niveau des services de dermatologie de l’Institut d’Hygiène Sociale, l’hôpital Aristide Le Dantec de Dakar et le service de dermatologie de CHU Ibn Rochd de Casablanca. Au cours de cette étude, nous avons inclus 52 patients.

Les services de dermatologie de l’institut d’Hygiène Sociale de Dakar et de L’hôpital Aristide Le Dantec constituent deux services spécialisés dans la prise en charge des affections dermatologiques à Dakar.

## **3-Validité :**

- ❖ La validité interne de notre étude : notre étude est valable du fait de la différence statistiquement significative  $p= 0,001$  entre la forme du psoriasis unguéal et l’aspect dé à coudre
- ❖ La validité externe de notre étude :

Nous pouvons en juger par la comparabilité de nos résultats avec les données de la littérature. Dans notre étude nous avons trouvé les signes dermoscopiques pathognomoniques du psoriasis chez notre population d’étude.

## **4- Profil sociodémographiques du psoriasis**

### **4-1.Caractéristiques de psoriasis par rapport au sexe, l'âge et le statut matrimonial.**

Nous avons noté une discrète prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,08 ces données sont différentes de celles de la littérature dans laquelle on retrouve une répartition égale dans les deux sexes. Ly F et al a retrouvé également une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,3, ainsi par Ndiaye [51-65] en Côte d'Ivoire qui ont rapporté des prédominances masculines avec respectivement un sex-ratio de 1,47, 1,55 et 2,9. [45]

Jin Yong Lee et al en Corée ont rapporté un sex-ratio à 1,3. [39]

L'âge moyen de notre population sénégalaise 46,9 ans avec des extrêmes de 8 et 78ans, était plus élevé que celui de la population Marocaine qui était de 36,4 ans avec des extrêmes de 5 et 64 ans. L'âge moyen global de notre étude était de 41,6 ans, ceci ne constitue pas l'âge de début de la maladie mais l'âge de consultation. En Turquie Mehmet Ali Gürer et al en 2018 rapportaient un âge moyen de 43,3 ans sur 563 patients psoriasique [3], valeur comparable à celle de notre étude. Une étude faite à Burkina Faso Traoré A sur les aspects épidémiologiques et cliniques du psoriasis a retrouvé un âge moyen plus bas 34,5 ans [11] alors que Ly et al avaient retrouvé un âge moyen plus élevé de 49,7 ans [3] cela peut être expliqué par la présence de patients très âgés (92 ans) pareil en Allemagne M. Augustin et al a retrouvé aussi un âge moyen de 47,3 ans [7] cela peut être du à la non inclusion de patients qui présentaient un âge moins de 18 ans

**Tableau XXII: Comparaison des moyennes d'âge du psoriasis**

	Mehmet Ali Gürer et al	Traoré A	Ly F et al	M.Augustin	Notre étude
<b>Pays</b>	Turquie	Burkina Faso	Sénégal	Allemagne	Sénégal
<b>Age moyen</b>	43,3 ans	34,5 ans	49,7	47,3	41,6

Au cours de notre étude, on a rapporté une prédominance des patients mariés avec 53,8% des cas, suivis par les célibataires 28,8%, les divorcés 13,7% et les veufs 3,8%. Cette répartition est assez proche de celle de Niat avec respectivement 67,7%, 19,3%, 9,6% et 3,22 en 2010 [63].

Nos patients étaient de phototypes différents selon la classification de Fitzpatrick, sauf qu'aucun patient de phototype I n'a été recruté. Le phototype prédominant était le VI avec 50% (n=26) des patients, tous sénégalais, le phototype III était le plus fréquent dans la population marocaine 17,3% (n=9), suivi du phototype V 13,5% (n=7) puis le phototype IV 11,5% (n=6).

Le phototype II 7,7% (n=4) était le plus rare. Une étude en Corée mené par Jai Il Youn et al a trouvé selon la même classification un seul patient de phototype I (n=1), phototype II étaient (n=2), phototype III (n=10), phototype IV (n=15), phototype V (n=12), aucun patient de phototype VI. [39]

#### **4-2. Caractéristiques du psoriasis en fonction du mode de vie et terrain**

Nous avons retrouvé au cours de notre étude 8 patients tabagiques (15,4%), tous des hommes de nationalité marocaine, parmi eux 4 éthyliques, soit 50% des tabagiques.

La consommation d'alcool avait précédé l'apparition du psoriasis. En France une étude faite sur la prévalence du tabagisme chez les patients psoriasiques français avait retrouvé 32,5% des fumeurs actifs une valeur supérieure à celle retrouvée dans notre étude cela peut être justifier par la durée longue de l'étude

qui était sur 5 ans (2210 patients) [65]. Au Brésil une étude récente (2018) menée par Cacilda S Souza et al avait retrouvé 16,7% de patients psoriasiques fumeurs parmi eux 35,8% ont déclaré une consommation d'alcool [21].

Dans notre étude, 17,3%(n=9) des patients psoriasiques étaient diabétiques (diabète de type 2), tous les âges et sexes étaient concernés. Plusieurs études antérieures avaient décrit cette prévalence du diabète chez les patients psoriasiques [21,68]. En effet, l'étude de Henseler et Christopher[27] est assez démonstrative dans ce sens.

Nous avons noté une prévalence importante de l'HTA chez nos patients psoriasiques, soit 28,8% (n=15), ceci sans distinction de sexe, les patients âgés étaient les plus concernés.

Plusieurs études avaient déjà démontré la fréquence artérielle chez les patients psoriasiques [20]. En outre notre étude est en conformité avec une publication Allemande plus récente qui notait une HTA chez 21,9 % sur 581 patients psoriasisque [21]

Dans notre série, le quart de notre population d'étude était obèse ou en surpoids soit 25% des cas, tous adultes. C.Phan et al avaient retrouvé 24,2% de patients obèses au cours de leur étude [65,21]. Plusieurs études antérieures [58] avaient décrit cette association entre psoriasis et d'obésité.

L'association à l'infection par le VIH est retrouvée dans une proportion assez faible 5,8%. Une étude sur le psoriasis et infection à VIH menée par Ndiaye M et al en 2015 a rapporté 3,79% des cas [51] une valeur assez proche de celle de notre étude.

## **5. Les données cliniques du psoriasis :**

Les formes à début précoce (avant 40 ans) ou type I représentaient 59,6% des cas alors que le psoriasis type II (après 40 ans) était de 40,4% des cas.

La durée d'évolution moyenne du psoriasis était de 8,4 ans avec des extrêmes de 1 semaine et 40 ans d'évolution. Les patients présentant une durée d'évolution supérieure à 10 ans étaient les plus nombreux 36,5% (n=19). Amal S et al avait retrouvé une évolution moyenne de 2 ans [1].

Parmi nos patients 59,6% (n=31) se plaignaient de démangeaisons.

Une étude Australienne avait signalé aussi un nombre significatif de patients psoriasiques présentant un prurit 49% [26].

Le psoriasis se présente classiquement sous la forme de plaques érythémateuses nettement délimitées. Bien qu'elles varient en épaisseur, en taille, en forme et en zone de distribution, toutes les plaques psoriasiques sont généralement considérées comme possédant trois caractéristiques distinctives : l'érythème, l'épaississement et les squames. Néanmoins, il existe des différences notables dans la présentation du psoriasis en plaques entre divers phototypes [42].

Le psoriasis en plaques avec 69,2% (N=36) des cas, était la forme clinique la plus fréquente chez nos patients.

Parmi ces patients 80,6% (N=29) étaient de phototype foncé et 19,4% (n=7) de phototype clair.

Cela a été constaté également dans toutes les séries de la sous-région ouest africaine, notamment à par Barro [63] à Ouagadougou (84,5 %), Kourouma [45], à Abidjan (78,8%) et Dioussé [27] à Thiès (78,95%).

En Afrique du Nord, Ammar [17] en Tunisie, El Jammal [17] au Maroc ont retrouvé respectivement des fréquences du psoriasis en plaques à 79,5% et 73,8%.

Le psoriasis universalis et lichénoïde étaient retrouvés seulement chez le phototype foncé 13,5% (n=7).

L'atteinte palmoplantaire était retrouvée chez 13,5% de la population d'étude, elle était bilatérale. Seulement deux patients soit 28,6 % étaient de phototype clair par contre chez nos patients de phototype foncé était de 61,4% (n=5).

Au cours d'une étude réalisée en Inde recensant 3065 psoriasiques, la prévalence de psoriasis palmoplantaire était de 17,6 % [15]. Au cours d'une étude marocaine menée par Mernissi F Z et al portant sur 120 psoriasiques recensés en deux ans, l'atteinte palmoplantaire était représentée par 18,3% [59].

Nos résultats concordent en général avec les données de la littérature.

Les psoriasis graves sont, selon Guilhou sont le psoriasis érythrodermique, pustuleux et arthropathique [60,37,36].

Le psoriasis arthropathique était de 11,5%, (n=5) des cas. Cette forme est plus fréquente chez le phototype clair 66,7% contre 33,3% chez le phototype foncé.

On retrouvait le même nombre de cas de psoriasis pustuleux et érythrodermique 7,7% (n=4) sur toute la population d'étude par ailleurs, le psoriasis pustuleux était plus recensé chez le phototype clair 75% des cas contrairement à la forme érythrodermique qui était plus marquée chez le phototype foncé 75% des cas.

Au cours d'une étude faite au Côte d'Ivoire en 2015 menée par Yoboue YP et al, le psoriasis érythrodermique était le plus fréquent, suivi du psoriasis pustuleux avec une valeur comparable à notre étude 7,7%, puis arthropathique à 6,2%. [45,79].

## **6. Aspects dermoscopiques**

Dans une enquête menée par des experts américains du psoriasis, 55% des médecins ont rapporté des différences cliniques entre les patients de phototype clair et foncé, avec moins d'érythème, un risque accru de pigmentation, des plaques plus épaisses, plus de desquamation et une plus grande implication corporelle chez les patients de phototype foncé [42]. Plusieurs études suggèrent que l'érythème est plus difficile à détecter dans la peau de couleur, et l'inflammation qui se manifeste généralement par des lésions roses ou rouges dans la peau plus claire peut apparaître violacée ou hyperpigmentées dans les types de peau plus foncés [7,42]. Un article publié par Ly et al a signalé la présence d'une hypochromie perilesionnelle sur peau foncée. [3]

La dermoscopie a mis en évidence chez la plus grande partie de notre population d'étude quel que soit leur phototype clair ou foncé des structures vasculaires sous forme de pointillées ou de globules rouges, distribués de manière symétrique et régulière sur un fond rose ou rouge clair chez 84,6% (n=44) des cas, correspondant histologiquement à des capillaires dilatés dans des papilles dermiques régulièrement allongées.

Ces points rouges étaient retrouvés chez 75% des malades de phototype clair valeur assez proche de celle retrouvée chez les malades de phototype foncé qui présentaient 87% de ces structures. Les globules rouges avaient une valeur assez semblable dans les deux prototypes.

Les squames blanchâtres étaient de 90,4%, chez tous les patients. Ce signe dermoscopique était identique chez les deux prototypes (91,7% phototype clair et 90% phototype foncé), correspondant histologiquement à la parakératose.

Nos résultats étaient similaires à ceux décrits par Enzo Errichetti et al en Italie sur peau claire, Chaudhary RKP et al en Inde [30,80 ,40] cette étude réalisée en 2018 montre la présence de 100% de vaisseaux en pointillés régulièrement distribués et 66,6% de squames blanches sur un fond rougeâtre chez des patients de phototype foncé justifiant que les structures vasculaires du psoriasis sont trop proéminentes pour être masqués par l'augmentation de la pigmentation des patients de phototype foncé. A. Lallas et al avait retrouvé aussi 100% des patients présentant des vaisseaux en pointillés et étaient associés à des squames blanches sur fond rouge dans 70% des cas [49], ces valeurs sont discrètement supérieures à celles de notre étude car ces études n'ont inclus que les patients présentant un psoriasis en plaques contrairement à notre étude où nous avions inclus toutes les formes cliniques du psoriasis.

Lors de notre étude, les structures vasculaires étaient parfois peu visibles et le grattage méthodique des squames nous a facilité leur visualisation en affichant de minuscules gouttes de sang rouge, le signe « d'Auspitz » dermoscopique dans 44,2% de tous les cas (n=23), les deux prototypes avaient la même valeur.

Enzo Errichetti et al a retrouvé « signe d’Auspitz » dermoscopique chez des patients psoriasiques au cours d’une étude faite en 2019 sur la dermoscopie des dermatoses inflammatoires (inflammoscopie) [16].

Les signes dermoscopiques retrouvés chez notre population d’étude étaient, hyperkératose sous-unguéale (87,5%), même valeur pour le dé à coudre, l’onycholyse distale et les hémorragies filiformes (37,5%) chacune et la paronychie (12,5%). Chiheb et al avait trouvé l’hyperkératose sous-unguéale (56,6 %), l’hémorragie filiforme (46,6 %), le dé à coudre (33,3 %), l’onycholyse distale (16,6 %), la paronychie (13,3%).

Ces signes dermoscopiques unguéaux était dominés par l’hyperkératose sous unguéale 100% chez le phototype clair et 80% chez le phototype foncé même valeur pour l’ongle dé à coudre. Par contre les hémorragies filiformes n’étaient retrouvées que chez le phototype clair.

En somme, nos résultats suggèrent que la dermoscopie montre des points rouges ou globules régulièrement repartis symétriques, sur un fond rougeâtre ou rosé associés à des squames blanchâtres, réalisant le signe pathognomonique du psoriasis.

Au cours de notre étude menée sur deux population : les patients de phototype clair et ceux de phototype foncé ; le signe pathognomonique dermoscopique du psoriasis était retrouvé chez les deux prototypes avec des valeurs similaires.

**Tableau XXIII:** Tableau comparatif du signe pathognomonique dermoscopique du psoriasis chez les patients selon le **type de peau**.

Signe pathognomonique	Phototype clair %	Phototype foncé %	p
<i>Fond rouge</i>	100	97,5	1,000
<i>Points rouges</i>	75	87	0,551
<i>Globules rouges</i>	58,3	50	0,612
<i>Rosée sanglante dermoscopique</i>	41,7	45	0,838
<i>Squames blanches</i>	91,7	90	1,000

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Au cours des dernières décennies, le dermoscope est devenu un outil inestimable dans la pratique clinique dermatologique quotidienne grâce à sa capacité à montrer des résultats non visibles à l'œil nu, souvent appelé le « stéthoscope » du dermatologue. Bien qu'elle soit traditionnellement utilisée dans l'évaluation des lésions prolifératives mélanocytaires et non mélanocytaires ainsi que des troubles capillaires, la dermoscopie est de plus en plus appréciée dans le spectre des affections cutanées non tumorales y compris les dermatoses inflammatoires, tel que le psoriasis, avec une réduction conséquente du nombre de cas nécessitant une biopsie.

Plusieurs dermatoses érythémato-squameuses partagent des caractéristiques cliniques similaires et leur différenciation peut être délicate. Dans ce contexte, un examen dermoscopique peut être très utile car il peut révéler des critères spécifiques voire pathognomoniques à certains diagnostics.

De ce fait, nous avions envisagé de mener ce travail dont les objectifs étaient de décrire les aspects dermoscopiques du psoriasis sur phototype foncé, ainsi de les comparer avec ceux du phototype clair.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude descriptive, multicentrique sur une période de 10 mois (1 janvier 2020 au 15 novembre 2020), aux services de dermatologie des hôpitaux Aristide Le Dantec et de l'IHS à Dakar et l'hôpital Ibn Rochd à Casablanca.

Durant notre période d'étude, nous avons inclus 52 patients présentant un psoriasis. Une discrète prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio 1,08 et un âge moyen de 41,6 ans avec des extrêmes de 8 et 78 ans.

Le psoriasis en plaques était la forme clinique la plus fréquente chez nos patients avec 69,2% des cas. Le psoriasis universalis et lichénoïde étaient retrouvés seulement chez le phototype foncé 13,5%.

La dermoscopie a mis en évidence chez la plus grande partie de notre population d'étude quel que soit leur phototype clair ou foncé, des structures vasculaires

sous forme de pointillées ou de globules rouges, distribués de manière symétrique et régulière sur un fond rouge chez 84,6% des cas.

Ces points rouges étaient retrouvés chez 75% des malades de phototype clair semblable à celle du phototype foncé 87%. Les globules rouges avaient une valeur assez proche dans les deux phototypes.

Les squames blanchâtres étaient retrouvées chez 91,7% chez le phototype clair et 90% chez le phototype foncé, valeurs identiques.

Les objectifs de notre étude étaient les suivants :

- Décrire les aspects dermoscopiques du psoriasis
- Comparer les aspects dermoscopiques du psoriasis selon le phototype

Les résultats de notre étude nous permettent d'avoir une vue d'ensemble sur les caractéristiques dermoscopiques du psoriasis chez le phototype foncé, ainsi nous avons pu les comparer avec ceux du phototype clair, ce qui nous a permis de conclure que ces signes dermoscopiques sont identiques.

Au terme de notre étude et au vu des résultats, nous formulons quelques recommandations aux médecins dermatologues exerçant dans les pays du nord et en Afrique pour les sensibiliser et leur demander de prendre en compte l'utilité et l'intérêt du dermoscope dans le diagnostic des maladies inflammatoires chez le phototype foncé.

Tout ceci explique la nécessité d'élargir l'étude avec un grand échantillonnage.

## **REFERENCES**

**1. A. Ammar-khodja, I. S. Amal, et al.**

Epidemiological psoriasis study in the Maghreb. Dermatology 2015; 231: 134-44.

**2. Abdel-Azim NE, Ismail SA, Fathy E.**

Differentiation of pityriasis rubra pilaris from plaque psoriasis by dermoscopy. Arch Dermatol Res. 2017 May;309(4):311-314.

**3. Adışen E, Uzun S, Erduran F, Gürer MA.**

Prevalence of smoking, alcohol consumption and metabolic syndrome in patients with psoriasis. An Bras Dermatol. 2018 Mar;93(2):205-211.

**4. Afsar FS, Uysal SS, Salis FM, Calli AO.**

Napkin psoriasis. Pediatr Int. 2016 May;58(5):420-422.

**5. Argenziano G, Albertini G, Castagnetti F, et al.**

Early diagnosis of melanoma: what is the impact of dermoscopy? Dermatol Ther 2012;25:403-9.

**6. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S et al.**

Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the internet. J Am Acad Dermatol 2003; 48:679-93.

**7. Augustin M, Eissing L, Langenbruch A, Radtke MA.**

The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences. Arch Dermatol Res. 2016 Aug;308(6):389-400.

**8. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Reich K, Schäfer I.**

Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br. J. Dermatol. 2010.

**9. Ayhan E, Ucmak D, Akkurt Z.**

Vascular structures in dermoscopy. An Bras Dermatol. 2015 Jul-Aug;90(4):545.

**10. Bachelez H.**

Psoriasis pustuleux [Pustular psoriasis]. Ann Dermatol Venereol. 2012 Apr;139 Suppl 2:S34-8. French.

**11. Barro/Traoré F, Korsaga/Somé N, Kopa PYet coll.**

Aspects épidémiologiques et cliniques du psoriasis à Ouagadougou. Dakar Med.2015; 60(S1) suppl.

**12. Bauer J, Blum A, Strohhaecker U, Garbe C.**

Surveillance of patients at high risk for cutaneous malignant melanoma using digital dermoscopy. Br J Dermatol 2005;152:87-92.

**13. Benvenuto-Andrade C, Dusza SW, Agero ALC et al.**

Differences between polarized light dermoscopy and immersion contact dermoscopy for the evaluation of skin lesions. Arch Dermatol 2007 ; 143(3) : 329-38.

**14. Bessis D., Brun P., Guilhou J.**

Le Maître M. Le psoriasis. Clinique-Thérapeutique-Reponses aux patients. Editions Arnette. 2006.

**15. Bhushan Kumar, Abir Saraswat and Inderjeet Kaur.**

palmoplantar lesions in psoriasis a study of 3065 patients A cta Derm Venereol 2002;82,192-195.

**16. Blum A, Fink C, Lallas A, Zalaudek I, Errichetti E.**

Inflammationskopie: Dermatoskopie bei entzündlichen, infiltrierenden und infektiösen Dermatosen . 2020 Aug;71(8):627-646. German.

**17. Braathen LR, Botten G , Bjerkedal T.**

Prevalence of psoriasis in Norway. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh). 1989; 142: 5-8.

**18. Catherine L.**

Psoriasis. Ann Dermatol Vénér. 2015; 142 (S2) :73-82.

**19. Chandran V, Raychaudhuri SP.**

Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. J Autoimmun 2010 ; 34:J314-21

**20. Cohen Ad, Chodik G, David M, Hodak E, Kremer E et al**

The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel : A Case-control study J Am. Acad. Dermatol. 2007, 629-.

**21. Christophers E, Sommer Dm, Suchan M Et Weichenthal M.**

Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis Arch. Dermatol. Res. 2006, 298:321-328.

**22. Cruz NFSD, Brandão LS, , Carneiro FRO.**

Ocular manifestations of psoriasis. Arq Bras Oftalmol. 2018 Jun;81(3):219-225.

**23. Degos R, Lortat-Jacob E, Durand J.**

Psoriasis pustuleux généralisé [Generalized pustular psoriasis]. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr. 1953 Nov-Dec;60(5):449-50.

**24. Dereure O., Guilhou JJ.**

Epidémiologie et génétique du psoriasis. Ann Dermatolo Venereol 2003 ;130 :829-836.

**25. Diallo M.**

Psoriasis epidemiology. J Clinic Case Reports ISSN 2012 ; 2165-7920 JCCR

- 26. Dickison P, Swain G, Peek JJ, Smith SD.**  
Itching for answers: Prevalence and severity of pruritus in psoriasis. Australas J Dermatol. 2018 Aug;59(3):206-209.
- 27. Dioussé P, Ly F, Ndiaye M et coll.**  
Profil épidémiologique, clinique et évolutif du psoriasis dans la région de Thiès au Sénégal Dakar Med.2015;60(1) suppl.
- 28. Dubertret L.**  
le psoriasis : evolution et revolution Medecine/sciences 2006 ; 33 : 164-71.
- 29. Farber EM, Nall L.**  
Epidemiology: natural history and genetics. In:Roenigk Jr HH, Maibach HI, editors. Psoriasis. New York: Dekker;1998.
- 30. Errichetti E, Stinco G.**  
Dermoscopy in general dermatology: a practical overview Dermatol Ther (Heidelb).2016;6(4):471-507.
- 31. Errichetti E, Stinco G.**  
The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. G Ital Dermatol Venereol. 2015 Oct;150(5):533-46.
- 32. Fener P.**  
Psoriasis et infection à VIH. sidasciences.inist.fr/?Psoriasis-et-infection-a-VIH.
- 33. Fry L.**  
Psoriasis. Br J Dermatol 1988;119:445-61.
- 34. Gudjonsson JE, Elder JT**  
Psoriasis: epidemiology. Clin Dermatol 2007 ; 25:535-46.
- 35. Guilhou JJ.**  
Le Calcipotriol Ann. Dermatol. Venereol. 2001 ; 128 : 229-237.
- 36. Guilhou JJ, Dubertret L.**  
psoriasis Ann Dermatol Venereol 2003; 130 (Suppl 3): S110-116.
- 37. Guilhou JJ.**  
Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie Encycl Méd Chir, Dermatologie, 98-190-A-10, 2000, 17p.
- 38. Hugues R.**  
Psoriasis universalis : Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997.

- 39. In Yong Lee, Kang S, Park J.S. et coll.** Prévalence du psoriasis en Corée: Une étude épidémiologique basée sur la population utilisant la base de données de l'assurance maladie nationale coréenne Ann Dermatol . 2017; 29 (S6): 761-767.
- 40. Jha AK, Lallas A, Sonthalia S, Chaudhary RKP.**  
Differentiation of pityriasis rubra pilaris from plaque psoriasis by dermoscopy. Dermatol Pract Concept. 2018 Oct 31;8(4):299-302.
- 41. J. Malvehy, S.**  
Puig.Principios de dermatoscopia.2nd ed., Cenge editores, (2010),.
- 42. Kaufman BP, Alexis AF.**  
Psoriasis in Skin of Color.  
Am J Clin Dermatol. 2018 Jun;19(3):405-423.
- 43. Kelly A, Ryan C.**  
Genital Psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2019 Oct;20(5):639-646. doi: 10.1007/s40257-019-00447-5. PMID: 31313079.
- 44. Kim GW, Lee WJ, Lee SJ, Kim DW, Kim BS.**  
Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrhoeic dermatitis. Br J Dermatol. 2011 Mar;164(3):652-6.
- 45. Kourouma HS, Sangaré A, Kaloga M et coll.**  
Psoriasis sur peau noire: Etude de 447 cas en Côte d'Ivoire Dakar Med.2015;60(S1) suppl.
- 46. Lacarrubba F, Verz'ì AE, Dinotta F, et al.**  
Dermato- scopy in inflammatory and infectious skin disorders. G Ital Dermatol Venereol 2015;150(5):521–31.
- 47. Laffitte E, Izakovic J.**  
Psoriasis de l'enfant. Rev Med Suisse 2007; 3: 3228.
- 48. Lallas A, Argenziano G, Zendri E, et al.**  
Update on non-melanoma skin cancer and the value of dermo- scopy in its diagnosis and treatment monitoring. Expert Rev Anticancer Ther 2013;13:541–58.
- 49. Lallas A, Zalaudek I, Argenziano G, et al.**  
Dermo- scopy in general dermatology. Dermatol Clin 2013; 13:679–94.
- 50. Ledoux M, Chazerain V, Saiag P, Mahé E.**  
Anite streptococcique et psoriasis en gouttes. Ann Dermatol Venereol. 2009 Jan;136(1):37-41.

**51. Ly F, Ndiaye M, Diallo M et al.**

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du psoriasis au Sénégal à propos de 295 patients suivis à la clinique dermatologique du CHU Aristide Le Dantec (1997-2011). Nouv Dermatol. 2013;32 S: 21-23.

**52. Maher J, Cameron A, Wallace S, Rosendahl C.**

Polarized and non-polarized dermoscopy and dermatopathology. Dermatol Pract Concept 2014 ; 4(1) : 69-73.

**53. M. Amine ; S. Amal ; O. Hocar.**

Thèse sur le psoriasis et qualité de vie

**54. Manhart R, Rich P.**

Nail psoriasis. Clin Exp Rheumatol. 2015 Sep-Oct;33(5 Suppl 93).

**55. Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E.**

Vascularización en dermatoscopia [Vascular patterns in dermoscopy]. Actas Dermosifiliogr. 2012 Jun;103(5):357-75. Spanish.

**56. Menon K, Van Voorhees AS, Bebo BF Jr et coll.**

Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol. 2010; 62 (S2): 291-9

**57. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Bhushan R.**

Guidelines of care for the management of psoriasis with biologics.JAAD2008,58 (5): 826-850.

**58. Messner B, Bernhard D.**

Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. Arterioscler Thromb Vasc Biol.2014;34(3):509- 15.

**59. Mernissi F Z.**

Le psoriasis palmoplantaire : quelle prise en charge ?

**60. Guilhou Jj, Bessis D.**

Psoriasis AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine 2002 ; 2-0725.

**61. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA.**

Dermatoscopy: alternative uses in daily clinical practice. J Am Acad Dermatol. 2011;64:1135–1146.

**62. Natsis NE, Gordon SC, Kaushik A, Seiverling EV.** A practical review of dermoscopy for pediatric dermatology part II: Vascular tumors, infections, and inflammatory dermatoses. Pediatr Dermatol. 2020 Sep;37(5):798-803.

**63. Niat AV.**

(psoriasis et troubles du métabolisme des glucides et des lipides ) Mémoire de fin CES de dermatologie-vénérérologie, 2010, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.

**64. Parisi R, Symmons DP.**

Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377–85.

**65. Phan C, Sigal ML, Lhafa M, Barthélémy H, , Beauchet A, Mahé E;**

Metabolic comorbidities and hypertension in psoriasis patients in France. Comparisons with French national databases. *Ann Dermatol Venereol*. 2016 Apr;143(4):264-74.

**66. Physiopathologie du psoriasis impliquant les kératinocytes, les fibroblastes et les facteurs de croissance angiogéniques et les facteurs inflammatoires.**

**67. Picciani BL, Domingos TA, Carneiro S.**

Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation - a literature review. *An Bras Dermatol*. 2016 Jul-Aug;91(4):410-21.

**68. Psoriasis pustuleux . Consulté le 17 décembre 2020. <http://www.psoriasis-traitement.com/psoriasis-pustuleux>.**

**69. Psotherapy. Le psoriasis érythrodermique.**

<https://www.psotherapy.fr/psoriasis/classification-et-les-formes/le-psoriasis-%C3%A9rythrodermique>.

**70. Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW.**

Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(3):512–6.

**71. Saint-Andre P, Louvet M.**

Psoriasis in blacks of Bamako. *Ann Dermatol Syphiligr (Paris)*. 1976;103(5–6).

**72. Tennstedt D.**

Le psoriasis : Traitements actuels *Louv. Med*. 2007 ; 126 [10] : S155-S165.

**73. Thèse sur L'apport de la dermatoscopie dans le diagnostic du carcinome épidermoïde in situ sur un terrain de kératose actinique: H Hammdi. 2015.**

**74. Sébastien Menzinger, Laffitte E.**

Dermite séborrhéique: manifestations cliniques et prise en charge. *Rev Med Suisse* 2011; 7:752-758.

**75. Sgouros D, Apalla Z, Lallas A.**

Dermoscopy of Common Inflammatory Disorders. *Dermatol Clin*. 2018 Oct;36(4):359-368.

**76. Thivolet J, Nicolas JF.**

Psoriasis inversé de la clinique à la thérapeutique. Paris: Ed Book Series; John LibbeyEurotext, 1997 : 79.

**77. Tucker D, Masood S.**

Seborrheic Dermatitis. StatPearls Publishing; 2020 Jan-. PMID: 3186917

**78. Tull TJ, Noy M, Bunker CB, Francis ND, Morar N.**

Sebopsoriasis in patients with HIV:

**79. Verhagen AR, Koten JW.**

Psoriasis in Kenya. Arch Dermatol. 1967;96(1):39–41.

**80. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A et al.**

Dermoscopy in general **dermatology**. **Dermatology 2006; 212:7–18.**

**81. Zalaudek I, Argenziano G.**

Dermoscopy subpatterns of inflammatory skin disorders. Arch Dermatol 2006; 142:808.

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1. Fiche de renseignement « Psoriasis et dermoscopie »

### 1-données épidémiologiques :

- Lieu de recrutement : Maroc      Sénégal
- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Sexe : M  F
- Situation matrimoniale : marié  célibataire  veuve   
divorcé
- Nationalité :
- Ethnie :
- Profession : élève/ étudiant  fonctionnaire  retraité  sans  autres
- Phototype : 1  2  3  4  5  6

### 2-antécédents et terrain :

Médicaux : oui  non  lesquels :

.....

Chirurgicaux : oui  non  lesquels :

.....

Terrain :

- Obésité
- HTA
- Diabète
- Dyslipidémie
- Comorbidités
- Allergies

Notion de consanguinité :

Cas similaires :

Mode de vie : stress  tabac  alcool   
phytothérapie

### 3- étude clinique :

- Motif de consultation :
- Histoire de la maladie :
  - Age / année de début :
  - Mode de survenue : aiguë  chronique   
poussée- rémission
  - Facteurs déclenchants :
  - Topographie initiale des lésions :
  - Médicaments :
- Ancienneté du psoriasis :
- Classification du psoriasis : I II
- Formes cliniques :
  1. p. vulgaire
  2. p. en goutte
  3. p. cuir chevelu
  4. p. unguéal
  5. p. palmoplantaire
  6. p. inversé
  7. p. génital
  8. p. buccal
  9. p. pustuleux
  10. p. érythrodermique
  11. p. arthropathique

- Constantes : TA Pouls Poids IMC tour de taille
- Aspects des lésions :

1.	Plaque		
2.	Taille plaque		
3.	Nombre de plaque		
4.	Erythème	rose	<input type="checkbox"/>
	rouge		<input type="checkbox"/>
5.	Rosee sanglante		
6.	Squames blanches	fines	<input type="checkbox"/>
	épaisse		<input type="checkbox"/>
7.	Signe de bougie		
8.	Hypochromie perilésionnelle		
9.	Dyschromie		
10.	Pustules		
11.	Squames en casque		
12.	Pseudo teigne amiantacée		
13.	Keratodermie palmaire	fissurée	<input type="checkbox"/>
	fissurée		<input type="checkbox"/>
14.	Keratodermie plantaire	fissurée	<input type="checkbox"/>
	fissurée		<input type="checkbox"/>
15.	Acropulpite		
16.	Hyperkeratose sous-unguéale		
17.	Erosion ponctuée (dé à coudre)		
18.	Stries transversales		
19.	Leuconichies		
20.	Onycholyse		
21.	Tache saumonée		
22.	Trachyonichie		
23.	Plaque vernissée		
24.	Langue scrotale		
25.	Balanite		

- |     |  |                                    |
|-----|--|------------------------------------|
| 26. | Vulvite                                |                                    |
| 27. | Arthralgie                             | mécanique <input type="checkbox"/> |
|     | inflammatoire <input type="checkbox"/> |                                    |
| 28. | Autres                                 |                                    |

1. Localisation des lésions :

Bastion /coudes / genoux / membres sup / membre inf. /région lombaire / abdomen / tronc /pp/ cuir chevelu /unguéal/ buccal / génital / autre

2. Pasi :

3. Score de PASI

Score	0	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---	---

Erythème	Absence	Léger	Modéré	Sévère	Très	-	-
					sévère		

Infiltration	Absence	Léger	Modéré	Sévère	Très	-	-
					sévère		

Desquamation	Absence	Léger	Modéré	Sévère	Très	-	-
					sévère		

%	surface	0	<10%	10-29	30-49	50-69	70-89	90-100
---	---------	---	------	-------	-------	-------	-------	--------

atteinte

4. Tête : Tronc : Membres supérieurs : Membres inférieurs : Total =

5. Etendue de l'atteinte :

Données épidémiologiques :

Médicaux : oui  non  lesquels :

.....

4- aspects dermoscopiques :

1. Fond rouge

- 2. Points rouges
- 3. Globules rouges
- 4. Glomérules rouges
- 5. Plages rouge
- 6. Signe d'Auspitz dermoscopique

7. Squames blanche :            fines             épaisses   
Echelle : 1    2    3    4  
Distribution : diffuses     repartis     central   
péphérique

- 8. Vaisseaux touffus             boucles torsadées
- 9. Hyperkeratose sous-unguéale
- 10. Hémorragies filiformes
- 11. Ongle dé à coudre
- 12. Paronychie
- 13. Pustules

14. Atrophies cutanée

15. Autres

5- Examens paracliniques :

NFS..... Glycémie à  
jeun..... VS..... CRP:.....  
Bilan lipide : Cholestérol  
total..... HDL..... LDL..... Triglycérides.....  
ASAT/ALAT=..... GGT=..... bilirubine=

6-Traitement :

Psoriasis	Autres
1. Emollient	1. Antibiotique
2. Dct	2. Antiviral
3. Kératolytiques	3. Antimycosique
4. MTX	4. Antiparasitaire
5. Calcipotriol	5. ARV
6. Biotherapie	

6. Evolution sous trt : favorable défavorable

7. Complications : bactérienne (impétiginisation) parasitaire  
virale mycosique érythrodermique