



Maladies systémiques à expression cutanée et qualité de vie des personnes à peau foncée : une série de 30 cas à Abidjan, Côte d'Ivoire

Systemic diseases with cutaneous manifestations and quality of life of individuals with dark skin: a series of 30 cases in Abidjan, Côte d'Ivoire

Koffi Kouamé Pacôme Gbandama¹, Hamdan Sarah Kourouma¹, Aziz Coulibaly¹, Kaunan Gbonangbo Leslie-Wilfried Amani¹, Yves Gontran Lobah², Madjako Nina Soumahoro¹, Mamadou Kaloga¹

Auteur correspondant

Koffi Kouamé Pacôme Gbandama
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU de Treichville, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
Tel. (+225) 0708211602
Courriel: gbandama@gmail.com

Summary

Context and objective. The repercussions of systemic diseases with cutaneous manifestations on the quality of life of patients in sub-Saharan Africa are very little studied. The present study assessed the impact of systemic diseases on the quality of life of dark-skinned patients. *Methods.* This was a prospective study of case series conducted at the Department of Dermatology, Treichville University Hospital in October 2019. The impact on patients' quality of life was assessed by the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *Results.* Thirty patients were included in the study, with a female predominance (87%) and a mean age of 43.8 ± 14.3 years. Systemic lupus (47%) and systemic scleroderma (40%) were predominant. Daily activities (22%), treatments used/sun exposure (20%), and studies/work activities (18%) were most affected. According to the DLQI, the effect on patients' quality of life was significant (70%). *Conclusion.* The present study identifies a significant effect of systemic diseases with cutaneous manifestations on patients' quality of life using the DLQI score.

Keywords: Dermatomyositis - Systemic lupus erythematosus - Black skin - Quality of life - Systemic scleroderma

Received: February 9th, 2024

Accepted: October 13th, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.7>

1. Service de Dermatologie-Vénérologie, Département d'Infectiologie-Dermatologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Résumé

Contexte et objectifs. Les repercussions des maladies systémiques à expression cutanée sur la qualité de vie des patients sont très peu étudiées en Afrique subsaharienne. Notre étude a évalué l'impact des maladies systémiques sur la qualité de vie des patients à peau foncée. *Méthodes.* Il s'agissait d'une étude prospective d'une série de cas menée au Service de Dermatologie du CHU de Treichville durant le mois d'Octobre 2019. L'impact sur la qualité de vie des patients a été évalué par le Dermatology Life Quality Index (DLQI). *Résultats.* Trente patients ont été inclus dans l'étude avec une prédominance féminine (87%) et un âge moyen de $43,8 \pm 14,3$ ans. Le lupus systémique (47%) et la sclérodémie systémique (40%) prédominaient. Les domaines concernant les activités quotidiennes (22%), le traitement utilisé/exposition au soleil (20%) et les études/activités professionnelles (18%) étaient les plus touchés. Selon le DLQI, l'effet sur la qualité de vie des patients était important (70%). *Conclusion.* Notre étude nous a relevé un effet important des maladies systémiques à expression cutanée sur la qualité de vie des patients à l'aide du score DLQI.

Mots-clés : Dermatomyosite - Lupus érythémateux disséminé - Peau noire - Qualité de vie - Sclérodémie systémique

Reçu le 9 février 2024

Accepté le 13 octobre 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.7>



2. Service de Médecine interne et gériatrie,
Département de Médecine interne, CHU
d'Angré, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Introduction

La qualité de vie est une notion qui s'intègre bien dans le suivi des maladies chroniques notamment les maladies systémiques à expression cutanée. Ces maladies chroniques exposent le patient à de nombreuses complications qui entraînent, dans certains cas, une impotence fonctionnelle avec interruption des activités professionnelles (1). Les maladies systémiques ou connectivites à expression cutanée les plus décrites sur peau noire sont représentées par le lupus érythémateux (LED), la sclérodémie systémique et la dermatomyosite (2). La qualité de vie des malades atteints de connectivites a été évaluée dans de nombreuses études en Occident et aussi en Afrique. Ainsi, une étude menée en France par Georges *et al.* (3) portant sur l'évaluation de la qualité de vie par le MOS-SF36 dans la sclérodémie systémique a montré que la composante physique du score de la qualité de vie est plus altérée en présence qu'en l'absence des atteintes cliniques, et ce d'autant plus que le nombre d'atteintes augmente (3-4). En Afrique du Sud, Phuti *et al.* (5) ont montré chez des femmes atteintes de LED que vivre avec la douleur était la plainte la plus courante, ayant un impact négatif sur les activités de la vie quotidienne, les attentes de la famille, la vie sociale, le sommeil et l'intimité (5).

Très peu de travaux ont été consacrés en Afrique subsaharienne (ASS) à l'impact des maladies systémiques à expression cutanée sur la qualité de vie des patients. Bien que ces pathologies soient reconnues pour avoir un lourd fardeau pour les patients qui en sont atteints, à notre connaissance, il n'existe aucune donnée dans notre pratique quotidienne sur les retombées de ces pathologies sur la qualité de vie des patients. La présente étude avait donc comme objectif principal d'évaluer l'impact des maladies systémiques sur la qualité de vie des patients suivis en Dermatologie à Abidjan.

Méthodes

Type d'étude

Il s'agissait d'une série descriptive des cas de maladies systémiques à expression cutanée recrutée de manière prospective.

Cadre et période de l'étude

Elle a eu pour cadre l'unité de consultation du service de Dermatologie du CHU de Treichville couvrant la période entre 2016 et 2019.

Population d'étude

La population d'étude était représentée par les patients consultant le service de Dermatologie pour une maladie systémique à expression cutanée.

Echantillonnage

L'échantillonnage était de convenance. Tous les patients qui acceptaient de participer à l'étude constituaient l'échantillon retenu pour l'étude.

Critères de sélection

- Critères d'inclusion
 - Avoir le diagnostic pour d'une maladie systémique à expression cutanée
 - Etre âgés de 15 ans et plus
 - et avoir donné le consentement éclairé pour participer à l'étude
- Critères de non inclusion
 - Avoir un dossier incomplet notamment ne portant les paramètres d'intérêt de l'étude
 - Avoir une grossesse.

Paramètres d'intérêt

Les paramètres d'intérêt étaient les maladies systémiques à expression cutanée identifiées chez les patients, l'âge, le sexe des patients, l'assurance-maladie des patients et les composantes du Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Définitions opérationnelles

Les définitions suivantes ont été utilisées dans la présente étude :

- Activités quotidiennes : les activités liées aux besoins élémentaires du patient : se doucher, manger, faire son ménage, sa lessive, etc.
- Activités professionnelles : toutes les activités liées à l'exercice d'un métier ou d'une profession, menées par le patient et qui sont pourvoyeuses d'une rémunération.

Réalisation pratique de l'étude



Les patients étaient reçus individuellement pour une entrevue en face à face. Le questionnaire utilisé était le Dermatology Life Quality Index (DLQI). Le DLQI nous a permis d'évaluer l'impact de la pathologie sur les plans clinique, professionnel, familial et sexuel. Ces répercussions ont été regroupées sous le terme de composantes du DLQI. Ce questionnaire comportait 11 questions cotées de 0 à 3 voire, 4. Les symptômes à recueillir étaient ceux présents au cours des 30 derniers jours. Les scores obtenus étaient interprétés comme suit :

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

Le questionnaire était renseigné par le patient ou par le médecin selon le niveau d'instruction du patient.

Analyses statistiques

Les données recueillies des questionnaires ont été renseignées dans le logiciel Epi info version 7. L'analyse des données a été faite avec les logiciels Epi Info version 7 et Excel 2016.

Le test statistique utilisé était le test t de Student afin de comparer les moyennes majorées de l'écart type au seuil de significative de 5 % ($p < 0,05$).

Considérations éthiques

Le comité d'éthique local du CHU de Treichville avait approuvé le protocole d'étude pour la réalisation de l'étude et, les patients inclus ont donné leur consentement signé pour la prise de photos et leur utilisation à but scientifique.

Résultats

Sur 40115 patients ayant consulté en Dermatologie de 2016 à 2019, 41 patients présentaient des manifestations cutanées de maladies systémiques. Nous avons inclus dans l'étude 30 patients qui répondaient aux critères de sélection selon le diagramme de flux illustré dans la figure 1.

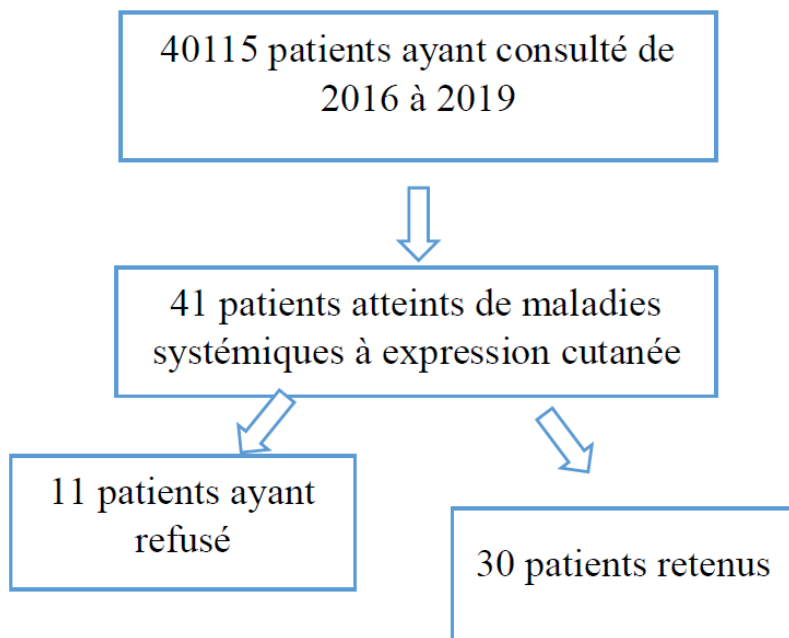


Figure 1. Diagramme de flux de la population d'étude



Données épidémiologiques

La fréquence hospitalière des maladies systémiques à expression cutanée était de 0,07% avec une prépondérance féminine (26 patients ; 87%) avec un sex-ratio (homme/femme) de 0,2. La tranche d'âge de]30-35] ans était la plus représentée (6 patients ; 20%). L'âge moyen était de 43,8 ans \pm 14,3 ans. La médiane était de 41,5 ans avec un intervalle interquartile de 23. Les femmes au foyer représentaient 27% des cas (8

cas) suivies des commerçantes (20% ; 6 cas) et des couturières (10% ; 3 cas). La majorité des patients n'était pas assurée (n= 23 ; 77%).

Données clinique, thérapeutique et évolutive

Le lupus systémique (n= 14 ; 47%), la sclérodermie systémique (n= 12 ; 40%) et la dermatomyosite (n= 2 ; 7%) étaient les pathologies prédominantes parmi les maladies systémiques (figure 2).

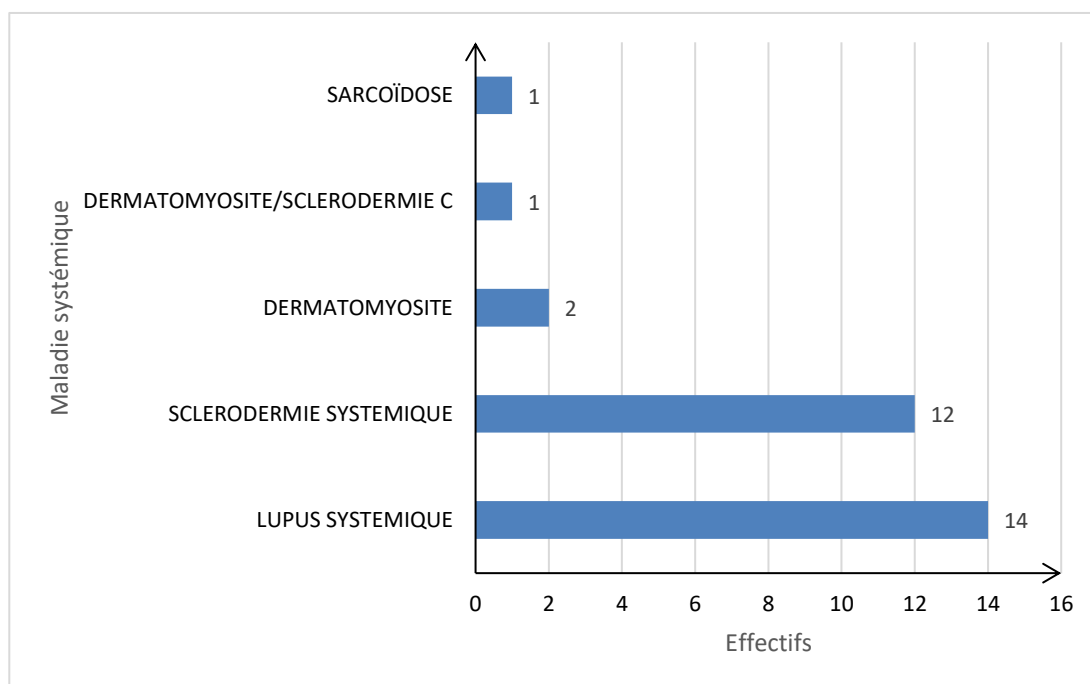


Figure 2. Répartition des patients selon la maladie systémique (n= 30)

Sur l'ensemble des patients ayant consulté, le lupus systémique (photo 1) représentait 0,03%, la sclérodermie systémique (photo 2) 0,02%. Le syndrome de Raynaud était présent chez tous les patients atteints de sclérodermie systémique.



Photo 1. Plaques érythémateuses du visage chez une patiente albinos de 33 ans atteinte de lupus



Photo 2. Achromie mouchetée du visage et des clavicules chez une patiente de 32 ans atteinte de sclérodémie

Sur les 30 patients, 10 présentaient des comorbidités (33%) dominées par l'hypertension artérielle (3 patients ; 30%).

La majorité des patients étaient suivis mensuellement soit 83 % des cas (n= 25). Le diagnostic de la maladie était fait en moyenne 4,5 ans après le début des signes. Le traitement débutait en moyenne 47,6 semaines soit environ 11 mois après le diagnostic de la maladie.

Les molécules spécifiques les plus utilisées chez les patients étaient la prednisone (43%), l'hydroxychloroquine (31%) et le clobétasol (20%). Ainsi, ces trois molécules ont été prescrites chez 20 patients atteints de lupus systémique et, chez 13 patients atteints de sclérodémie systémique. Les patients atteints de dermatomyosite ont reçu de la prednisone. Les immunosuppresseurs utilisés étaient le

méthotrexate injectable (un patient) et le tacrolimus pommade (deux patients).

Le coût médian des traitements des patients était de 15000 FCFA par mois [intervalle interquartile de 10000 et 23000]. Les extrêmes étaient de 2200 FCFA et 150000 FCFA. Onze patients ont utilisé la protection solaire chimique (22 %).

L'évolution sous traitement était favorable chez 27 patients soit 90 %. Il y avait deux (02) patients chez lesquels les lésions persistaient sous traitement. Un (01) patient avait présenté une complication à type de fibrose pulmonaire. Il n'y avait aucun cas de décès dans notre série.

Evaluation de la qualité de vie des patients

Le score moyen du DLQI était de $16 \pm 5,7$.

Ainsi, les maladies systémiques avaient un effet important sur la qualité de vie des patients (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des patients selon les catégories de score du DLQI (n= 30)

Catégories du score DLQI	Effectifs	Pourcentage
	N=30	
0-1 = aucun effet sur la vie du patient	0	0
2-5 = faible effet sur la vie du patient	1	3
6-10 = effet modéré sur la vie du patient	2	7
11-20 = effet important sur la vie du patient	21	70
21-30 = effet extrêmement important sur la vie du patient	6	20



Le lupus systémique avait le plus grand effectif de patients avec un score DLQI élevé (14 cas ; 46%) suivi de la sclérodermie systémique (12 cas ; 40%). Le score moyen du DLQI pour le lupus systémique était de $15,1 \pm 5,2$ et, celui de la sclérodermie systémique était $15,1 \pm 5,5$.

Les domaines de la qualité de vie (QDV) évalués par le DLQI chez nos patients étaient atteints pour les composantes suivantes : activités quotidiennes (sous-score moyen : $3,5 \pm 1,8$), le traitement/exposition au soleil (sous-score moyen : $3,3 \pm 1,7$) et les études/activités professionnelles (sous-score moyen : $3 \pm 1,4$).

La QDV dans le lupus systémique était impactée par le traitement/exposition solaire (score = $1,8 \pm 1,1$), les études/activités professionnelles (score = $1,6 \pm 0,8$) et les activités quotidiennes (score = $1,6 \pm 0,5$). En cas de sclérodermie, elle était altérée par les activités quotidiennes (score = $1,8 \pm 0,1$), récréatives (score = $1,4 \pm 0,2$), les études/activités professionnelles (score = $1,4 \pm 0,5$). La dermatomyosite influençait les activités quotidiennes (score = $2,75 \pm 0,4$), les activités récréatives (score = $2,25 \pm 1,1$), les études/activités professionnelles et les relations personnelles (score = 2 ± 0).

Dans le cadre du lupus systémique, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux sexes concernant la qualité de vie globale et les différentes dimensions ($p = 0,2873$). Il en était de même pour les tranches d'âge ($p = 0,5683$). L'altération de la QDV était évidente et similaire chez les patients assurés et les patients non assurés avec un impact sur la qualité de vie similaire avec des scores du DLQI respectifs : $16 \pm 3,5$ et 15 ± 6 ; $p = 0,3173$.

Pour la sclérodermie systémique, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux sexes concernant la qualité de vie globale, ni dans les différentes dimensions ($p = 0,4159$), les tranches d'âge ($p = 0,6942$) et le fait pour les patients d'être assurés ou non ($p = 0,3173$).

Discussion

La présente étude a décrit la qualité de vie des 30 patients atteints de maladies systémiques suivis depuis trois ans. Les sujets de sexe féminin prédominaient à 87 %. Ce constat a été fait également par différents auteurs dans des études en France, au Bénin, au Togo, en Côte d'Ivoire sur les maladies systémiques (4,6-9). Le lupus systémique a une forte prédilection pour le sexe féminin (43 % du nombre total) (10). Cette prédominance chez le sexe féminin s'expliquerait par le rôle des œstrogènes qui favorisent

globalement l'excès d'immunité observé dans le lupus. Ce qui aggraverait la maladie en cas de grossesse ou lors de la prise d'une contraception contenant des œstrogènes (11). Une autre raison serait que les femmes lupiques exprimeraient différemment les gènes de l'immunité portés par le chromosome X, ce qui favoriserait une hyperactivité du système immunitaire (11).

L'âge médian de nos patients était de 41,5 ans. Il était similaire à ceux retrouvés par Mijiyawa (Togo) et Rezgui (Tunisie) dans leurs études respectives mais cet âge était supérieur à celui de Camara *et al.* dans leur étude à Abidjan (4,7-8). Cet âge médian correspondait dans certains cas à l'âge de découverte de la maladie. La majorité des patients suivis étaient des femmes au foyer (27%) et des commerçantes (20%) et n'avaient pas d'assurance santé, ce qui pouvait rendre difficile leur suivi ainsi que l'observance du traitement. Le coût lié à la réalisation des examens paracliniques ainsi qu'aux médicaments et produits cosmétiques devenait progressivement difficile à supporter par les patients. Dans notre étude, le coût médian supporté par les patients était de 15000 FCFA par mois [10000 ; 23000]. Face à ces difficultés financières liées à la chronicité de la maladie, les patients ont le plus souvent tendance à recourir à la médecine traditionnelle.

Concernant le lupus systémique (0,03 % de l'ensemble des pathologies), nos observations étaient inférieures à celles de Kéita *et al.* (12) au Mali en 2020 (21 patients, 0,89%) et Camara *et al.* (8) en Côte d'Ivoire en 2021 (27 patients, 2,19%). Cette différence s'expliquerait par le fait que dans ces études, les données ont été recueillies sur des patients hospitalisés alors que les nôtres provenaient de patients suivis en ambulatoire. Concernant la sclérodermie systémique (0,02% de l'ensemble des pathologies), nos observations étaient inférieures à celles d'Agbodandé *et al.* (Bénin, 2019) qui avaient retrouvé dans leur étude 18 patients atteints de connectivites dont 5,6% de sclérodermie (10) ; Gbané *et al.* (11) avaient retrouvé 19 cas de sclérodermie systémique (0,32%) dans leur étude en 2019 dans le service de Rhumatologie du CHU de Cocody à Abidjan. Ces données montraient le caractère rare de cette affection.

Nos patients avaient dans la majorité des rendez-vous mensuels. Cela s'expliquait par le fait que le traitement était le plus souvent prescrit pour 30 jours et les contrôles biologiques se faisaient à l'issue de cette période. De plus, cela permettait de réduire les dépenses liées à de nombreuses



consultations en un court laps de temps. Le traitement des différentes pathologies n'était pas immédiatement débuté chez les patients. Ce délai entre le diagnostic de la maladie et le début du traitement était lié au temps mis par les patients pour réaliser les différentes explorations cliniques et paracliniques (examen ophtalmologique, radiographie pulmonaire, dosage d'anticorps spécifiques...) qui entraient dans le cadre du bilan de la maladie.

Le traitement des pathologies retrouvées dans notre série était dominé par les corticoïdes représentés par la prednisone. La corticothérapie constituait également l'essentiel du traitement dans les travaux de Teclessou et *al.* (Togo, 2018) mais ne représentait que 8,4% des cas dans l'étude de Dioussé et *al.* au Sénégal en 2017 (13-14). Ce traitement correspondait au traitement de référence des connectivites et était le plus accessible dans notre contexte. Un patient avait reçu du méthotrexate couplé à la prednisone du fait du non contrôle de sa maladie (sclérodémie systémique) avec la prednisone seule.

La majorité de nos patients présentaient une bonne évolution clinique avec les traitements proposés. Cette bonne évolution laisserait entendre que le suivi des patients était correctement assuré par le médecin traitant. Ce suivi était facilité par le respect des rendez-vous fixés aux patients et les efforts consentis par eux pour honorer leurs ordonnances.

Pour les patients en discussion présentant des pathologies différentes, nous avons opté pour un score de qualité de vie recouvrant les pathologies cutanées bien que pour le lupus et la sclérodémie, des scores de qualité de vie aient été spécifiquement développés. Le DLQI a permis d'évaluer toutes les dimensions de la qualité de vie des patients. Les différents résultats obtenus ont montré que la qualité de vie des patients était impactée dans toutes les dimensions concernées.

Les patients avaient noté que le fait de s'exposer au soleil et leurs activités quotidiennes, éducatives et professionnelles étaient les plus altérés. Ainsi, ceux à un stade avancé de sclérose se voyaient limités dans leurs faits et gestes. D'où la cessation de toute activité professionnelle ou quotidienne de la vie. De plus, le climat tropical dans lequel se situe la Côte d'Ivoire était un facteur aggravant pour les patients présentant une sensibilité accrue au soleil. Cette aggravation de l'atteinte cutanée par le soleil nécessitait la prescription de crèmes et écrans solaires.

Nos données sur le score moyen du DLQI pour la sclérodémie systémique ($15,2 \pm 5,5$) étaient supérieures à celles de Chularojanamontri et *al.* à Bangkok (Thaïlande) en 2010 ; ils avaient retrouvé un score total moyen du DLQI de 6,3 (15). Le score moyen du DLQI chez nos patients atteints de dermatomyosite ($22,5 \pm 4,9$) était supérieur à ceux de Goreschi et *al.* (16) en Californie en 2010 et Hundley et *al.* (17) en Caroline du Nord, en 2004, tous aux Etats Unis d'Amérique. De plus, Hundley et *al.* (17) avaient noté que les femmes rapportaient une moins bonne qualité de vie. Ce constat contrastait avec les données de la présente étude où tous les cas de dermatomyosite rapportés concernaient des hommes. L'impact sur les activités éducatives et professionnelles s'expliquait par l'absentéisme permanent provoqué par les crises survenant par moment chez les patients. Bien que les maladies systémiques à expression cutanée fussent l'apanage du sexe féminin, il n'y avait pas de différence significative entre le score global de qualité de vie chez les hommes comme chez les femmes, qu'ils soient atteints de lupus systémique ou de sclérodémie systémique. L'altération de la qualité de vie des patients n'était pas non plus corrélée à l'âge des patients que ce soit pour le lupus systémique ou la sclérodémie systémique. Les patients relevaient majoritairement que l'incompréhension qu'ils avaient de la maladie dont ils étaient atteints, le regard que portaient leurs semblables (amis, famille, collègues) sur eux constituaient un stress permanent pour eux. Ce qui pouvait expliquer qu'ils soient profondément touchés par la maladie et ses effets.

Des difficultés liées à la disponibilité des patients ont représenté un point faible dans notre série. Ce qui justifie la relative petite taille d'échantillon. Cependant, les patients inclus se sont montrés très coopératifs et ont apprécié l'intérêt qui leur était accordé.

Conclusion

Notre étude nous a permis de relever à l'aide du score DLQI, l'effectivité de l'altération de la qualité de vie chez les patients présentant des maladies systémiques à expression cutanée. Bien que les traitements médicamenteux soient utiles pour apporter un certain confort aux patients, une éducation thérapeutique, une prise en charge psychosociale, permettraient une amélioration de leur qualité de vie au quotidien. Des études ultérieures avec des focus group mettraient en évidence les facteurs influençant leur qualité de vie propres à nos réalités.



Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Source de financement : aucune.

Contributions des auteurs

Koffi Kouamé Pacôme Gbandama : conception, rédaction, interprétation des résultats et révision
Hamdan Sarah Kourouma : supervision et correction de l'article

Aziz Coulibaly : rédaction et interprétation des résultats

Kaunan Gbonangbo Leslie-Wilfried Amani : rédaction et interprétation des résultats

Yves Gontran Lobah: rédaction et interprétation des résultats

Madjako Nina Soumahoro : rédaction et révision de l'article

Mamadou Kaloga : supervision et correction de l'article

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée de l'article.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les patients et leurs accompagnants qui ont permis la bonne réalisation de cette étude ainsi que le personnel médico-technique du service de Dermatologie-Vénérologie du CHU de Treichville.

Références

1. Drenkard C, Barbour KE, Greenlund KJ and Lim SS. The Burden of Living With Cutaneous Lupus Erythematosus. *Front Med (Lausanne)* 2022;**9**:897987.
2. Mahé A, Ly F. Maladies systémiques à expression cutanée chez les sujets ayant la peau dite noire. In : Manifestations dermatologiques des connectivites, vasculites et affections systémiques apparentées. Springer, Paris. 2007:249-254.
3. Georges C, Chassany O, Mouthon L, Tiev K, Marjanovic Z, Meyer O *et al.* Evaluation de la qualité de vie par le MOS-SF36 dans la sclérodémie systémique. *Rev Med Interne* 2004;**25** (1):16-21.
4. Rezgui A, Ben Hassine I, Baya W, Anoun J, Karmani M, Mzabi A *et al.* "Évaluation de la qualité de vie des patients lupiques en utilisant le questionnaire spécifique le Lupus Quality of life (lupusQol) rôle des facteurs sociodémographiques et cliniques." *Rev Med Interne* 2018;**39** (2):A107.

5. Phuti A, Schneider M, Makan K, Tikly M and Hodkinson B. Living with Systemic lupus erythematosus in South Africa: a bitter pill to swallow. *Health Qual Life Outcomes* 2019;**17** (1):65
6. Yedomon HG, Do Ango-Padonou F. La sclérodémie: étude épidémioclinique de 20 cas. *Med Afr Noire* 1991;**38**(7): 491-496.
7. Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan OI, Pitché P, Tchangaï-Walla. Les connectivites en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Med Interne* 1999;**20** (1):13-17.
8. Camara T, Camara M, Sylla D, Konan M, Toutou T. Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif du Lupus Systémique au service de Médecine Interne B CHU de Treichville à Abidjan. *Rev Afr Med Interne* 2021;**8** (2):38-42.
9. Chizzolini G, Vanini C. Lupus érythémateux systémique (LES): hormones sexuelles, contraception et grossesse. *Rev Med Suisse* 2005;**1**:30291.
10. Agbodandé KA, Prudencio RDT, Azon-Kouanou A, Wanvoegbe A, CossouGbeto C, Zannou DM *et al.* Panorama des connectivites en medecine interne au Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga de Cotonou. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin* 2019;**31**:66-70.
11. Gbané M, Houndénou CG, Ouattara B, Kengni GL, Diomandé M, Djaha KJM *et al.* Systemic Scleroderma at University Teaching Hospital (UTH) of Cocody (Abidjan—Cote d'Ivoire): A 19 Cases Report. *Open J Rheumatol Autoimmune Dis* 2019;**9** (4):134-143.
12. Keita K, Kaya AS, Tighanka NKT, Traoré D, Sy D, Traoré AK. Lupus érythémateux systémique : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de médecine interne au CHU du Point G (Mali). *Rev Afr Med Interne* 2020;**7**(1-2):7-15.
13. Teclessou JN, Saka B, Akakpo SA, Matakloe H, Mouhari-Toure A, Kombate K *et al.* Les connectivites en milieu hospitalier à Lomé: étude rétrospective de 231 cas. *Pan Afr Med J* 2018;**30**(1):176.



14. Dioussé P, Berthé A, Dione H, Touré PS, Bammo M, Seck F *et al.* Profil épidémioclinique des maladies auto-immunes systémiques dans un service de Dermatologie. *Rev Afr Med Interne* 2017;**4**(2):18-21.
15. Chularojanamontri L, Sethabutra P, Kulthanan K, Manapajon A. Dermatology life quality index in Thai patients with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;**77**(6):683-687.
16. Goreski R, Chock M, Foering K, Feng R, Okawa J, Rose M *and al.* Quality of life in dermatomyositis. *J Am Acad Dermatol* 2011;**65** (6):1107-1116.
17. Hundley JL, Carroll CL, Lang W, Snively B, Yosipovitch G, Feldman SR *and al.* Cutaneous symptoms of dermatomyositis significantly impact patients' quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2006;**54** (2):217-220.

Voici comment citer cet article : Gbandama KKP, Kourouma HS, Coulibaly A, Amani LKG, Lobah YG, Soumahoro MN, *et al.* Maladies systémiques à expression cutanée et qualité de vie des personnes à peau foncée : une série de 30 cas à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Ann Afr Med* 2024; **18** (1): e5808-e5816. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.7>