

Année 2021

Mémoire N° : MS0972021

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité

*Option : **DERMATOLOGIE***

Intitulé

***PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE,
THERAPEUTIQUE, ET EVOLUTIF DES FORMES
GRAVES DU PSORIASIS***

Présenté par :

Docteur Hind PALAMINO

Sous la direction du

Professeur Karima SENDUCI

Année 2021



سبحانك لا علم لنا
إلا ما علمتنا إنك
أنت العليم الحكيم

ω

.....

Remerciement

A tous mes professeurs :

Pr Senouci, Pr Hassam, Pr Boui, Pr benzekri, Pr Ismaili, Pr Meziane,

Pr Zenati, Pr Aitougharoui, Dr Meknassi, Dr Bouhallab, Dr Berbich

Pour l'aide et les conseils prodigués durant tout notre parcours, pour nous avoir appris le sens de la vigueur, du sérieux et de la persévérance.

Vous nous avez assistés avec patience pendant tous ses années d'études, avec le souci de nous inculquer le savoir-faire de notre métier.

Nous avons pu apprécier avec grande admiration vos qualités humaines et professionnelles

Nous vous serons pour toujours reconnaissants

Liste des abréviations

AEG	:Altération de l'état générale
AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Ag	: Antigène
APS	: Antipaludéen de synthèse
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CRP	: Protéine C réactive
DLQI	:Dermatology Index of Disease Activity
EGF	:Epidermalgrowth factor
HVC	: Hépatite virale C
HTA	: Hypertension artérielle
INF	: Interféron
PASI	: Psoriasis Area and Severity Index
PNN	: Polynucléaire neutrophile
TGF	:Transformingrowth factor
UV	: Ultra violet
VS	: Vitesse de sédimentation

Liste des figures

Figure 1 : les types du psoriasis grave	11
Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge (en pourcentage)	12
Figure 3 : la répartition de l'échantillon selon le sexe	13
Figure 4 : la répartition de l'échantillon selon le sexe et le type du psoriasis	13
Figure 5 : Facteurs déclenchants	18
Figure 6 : l'atteinte du cuir chevelu au cours du Psoriasis en pourcentage	24
Figure 7 : L'atteinte unguéale au cours du Psoriasis.....	26
Figure 8 : Les traitements utilisés dans les différentes formes du psoriasis	34
Figure 9 : Schéma récapitulatif du mécanisme pathologique au cours du psoriasis:.....	42
Figure 10 : érythrodermie psoriasique	48
Figure 11 : Psoriasis pustuleux généralisé	53
Figure 12 : Psoriasis des plis.....	55
Figure 13 : Coupe histologique montrant une hyperkératose parakératosique, avec une hypogranulose et hyperacanthose.....	59

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Antécédents des patients hospitalisés pour un psoriasis	16
Tableau 2 : Répartition des signes généraux et fonctionnels selon le type.....	19
Tableau 3 : Degré de l'atteinte cutanée au cours du psoriasis pustuleux.....	20
Tableau 4 : Degré de l'atteinte cutanée au cours du psoriasis vulgaire généralisé.....	21
Tableau 5 : L'atteinte du cuir chevelu au cours du psoriasis érythrodermique	22
Tableau 6 : l'atteinte du cuir chevelu au cours du psoriasis vulgaire	23
Tableau 7 : les lésions unguéales au cours du psoriasis érythrodermique	25
Tableau 8 : Les atteintes unguéales au cours du psoriasis vulgaire généralisé.....	25
Tableau 9 : Les différentes lésions unguéales au cours du psoriasis arthropathique.....	26
Tableau 10 : Les résultats des examens biologiques.....	28
Tableau 11 : les lésions histopathologiques retrouvés	30
Tableau 12 : Pourcentages des cas de psoriasis érythrodermique la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines	44
Tableau 13 : Pourcentages des cas de psoriasis pustuleux , la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines	45
Tableau 14 : Pourcentages des cas de psoriasis Vulgaire généralisé , la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines	46
Tableau 15 : Pourcentages des cas de psoriasis arthropathique, la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines	47
Tableau 16 : Les formes cliniques du psoriasis arthropathique.....	57
Tableau 17 : Les Biothérapies utilisées dans le traitement du psoriasis	73
Tableau 18 : les traitements prescrits selon les différentes études marocaines	74

Sommaire

Introduction	1
Matériels et méthodes	3
A. Type, lieu et période de l'étude :.....	4
B. Critères d'inclusion :	4
C. Critères d'exclusion :	4
D. Recueil des données :	4
E. Fiche d'exploitation.....	6
Résultats	10
I. Epidémiologie :	11
1. Fréquence :	11
2. L'âge :.....	12
3. Le sexe :.....	13
4. Origine et niveau socio économique des patients :.....	14
5. Antécédents :	14
5.1. Psoriasis érythrodermique :.....	14
5.2. Psoriasis pustuleux généralisé :.....	14
5.3. Psoriasis vulgaire généralisé :	15
5.4. Psoriasis arthropathique :	15
6. La durée d'évolution du psoriasis :.....	16
7. Facteurs déclenchants :.....	17
7.1. Psoriasis érythrodermique :.....	17
7.2. Psoriasis pustuleux : (3cas)	17
7.3. Psoriasis vulgaire généralisé : (14 cas)	17
7.4. Psoriasis arthropathique : (3cas)	18
8. Traitement antérieurs :.....	18
II. Le tableau clinique :	19
1. Les signes fonctionnels :.....	19
2. Les signes généraux :.....	19
3. Les manifestations dermatologiques :	20
3.1. L'atteinte cutanée :	20
3.1.1. Psoriasis érythrodermique :.....	20
3.1.2. Psoriasis pustuleux généralisé:	20

3.1.3.	Psoriasis vulgaire généralisé :	21
3.1.4.	Psoriasis arthropathique	21
3.2.	L'atteinte muqueuse :	21
3.2.1.	Psoriasis érythrodermique :	22
3.2.2.	Psoriasis pustuleux :	22
3.2.3.	Psoriasis vulgaire généralisé :	22
3.2.4.	Psoriasis arthropathique:	22
3.3.	L'atteinte du cuir chevelu :	22
3.3.1.	Psoriasis érythrodermique:	22
3.3.2.	Psoriasis pustuleux :	23
3.3.3.	Psoriasis vulgaire généralisé	23
3.3.4.	Psoriasis arthropathique	24
3.4.	L'atteinte unguéale :	24
3.4.1.	Psoriasis érythrodermique :	24
3.4.2.	Psoriasis pustuleux :	25
3.4.3.	Psoriasis vulgaire généralisé :	25
3.4.4.	Psoriasis arthropathique	26
4.	Les manifestations extra-dermatologiques :	27
III.	Paraclinique :	28
1.	Biologie :	28
2.	Imagerie :	29
2.1.	Radiologie :	29
2.2.	L'échographie hépatique :	29
2.3.	L'échographie des aires ganglionnaires :	29
3.	Histologie :	29
3.1.	Biopsie cutanée :	29
	Dans notre étude, 78% des patients ont bénéficié d'une biopsie cutanée avec étude histologique	29
3.2.	Biopsie ganglionnaire	30
IV.	Psoriasis et pathologies associées :	31
V.	Prise en charge thérapeutique :	32
1.	Durée d'hospitalisation :	32
2.	Bilan pré-thérapeutique:	32
3.	Indications :	33
3.1.	Psoriasis érythrodermique :	33

3.2.	Psoriasis pustuleux :	33
3.3.	Psoriasis vulgaire généralisé :	33
3.4.	Psoriasis arthropathique :	34
VI.	Evolution :	35
1.	Evolution :	35
2.	Les complications :	35
Discussion	37
I.	Historique:	38
II.	Physiopathologie	38
1.	Prédisposition génétique :	38
2.	Facteurs environnementaux :	39
2.1.	Facteurs Infectieux	39
2.2.	Médicaments	40
2.3.	Facteurs Psychologiques	40
2.4.	Facteurs traumatiques.....	41
3.	Facteurskératinocytaires	41
4.	Facteurs immunitaires	41
5.	Etapes de la formation de la plaque de psoriasis :	42
III.	Epidémiologie.....	44
1.	Psoriasis érythrodermique :	44
2.	Psoriasis pustuleux :	45
3.	Psoriasis vulgaire généralisé :	46
4.	Psoriasis arthropathique :	47
IV.	Diagnostic positif:.....	48
1.	Psoriasis érythrodermique :	48
1.1.	Atteinte dermatologique :	48
1.2.	Atteinte extra dermatologique :	49
1.3.	Complications :	50
2.	Psoriasis pustuleux:	50
2.1.	Psoriasis pustuleux localisés :	51
2.2.	Psoriasis pustuleux généralisés :	52
3.	Psoriasis vulgaire généralise :	54
3.1.	Atteinte cutanée :	54
4.	Psoriasis arthropathique :	56
V.	Histologie :	58

1.	Les anomalies épidermiques :.....	58
VI.	Diagnostic différentiel	60
1.	Psoriasis érythrodermique [36] :.....	60
2.	Psoriasis pustuleux : [19,37,38].....	60
3.	Psoriasis vulgaire généralisé: [36].....	61
4.	Psoriasis arthropathique :.....	61
VII.	Situations particulières :	62
1.	Psoriasis sévère de l'enfant : [40, 41].....	62
2.	Psoriasis sévère et grossesse : [42, 43,44]......	63
3.	Psoriasis et l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH):.....	63
VIII.	Traitement :.....	64
1.	Le But	64
2.	Les moyens :.....	64
2.1.	Traitements locaux :	64
2.2.	Traitement systémiques :.....	68
3.	Indications :	75
3.1.	Psoriasis érythrodermique :.....	75
3.2.	Psoriasis pustuleux :.....	75
3.3.	Psoriasis vulgaire étendu :.....	75
3.4.	Psoriasis arthropathique :	76
IX.	Evolution et pronostic.....	77
1.	Evolution	77
2.	Pronostic :.....	77
2.1.	Scores de sévérité [68,69,70]	77
2.2.	Autres scores :	78
2.3.	Morbidité et mortalité.....	78
	Conclusion	79
	Références	81
	Résumés	90



Introduction



Le psoriasis est une dermatose fréquente qui atteint 2 à 3% de la population générale, Sa prévalence au Maroc est estimée à 1% selon l'étude PSOMAG. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire chronique, multifactorielle, caractérisée par une hyperprolifération épidermique, à support génétique, et de mécanisme très complexe, Il se manifeste le souvent par des plaques érythémato-squameuses chroniques [1].

Le diagnostic positif du psoriasis est clinique, les examens complémentaires ne sont pas systématiques. Cependant certains examens biologiques sont indispensables avant l'instauration de certains traitements et pour rechercher les comorbidités.

Le traitement ne permet pas une guérison définitive de la maladie, son but est de réduire des lésions jusqu'à ce qu'elles soient tolérables pour le patient.

La prise en charge psychologique des patients est indispensable, elle permet d'améliorer la qualité de vie.

Le psoriasis est une dermatose chronique qui évoluant par poussées entrecoupées de rémissions. Les formes pustuleuses, érythrodermiques, arthropathiques, et le psoriasis vulgaire généralisé et sévère sont considérées comme des formes graves. Elles peuvent soit compliquer un psoriasis classique soit le révéler, une prise en charge hospitalière est souvent nécessaire.

Le but de notre étude est de décrire le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique, et évolutif des formes graves du psoriasis dans notre service de Dermatologie de Rabat, et de comparer nos résultats avec les données de la littérature.



Matériels et méthodes



A. Type, lieu et période de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, mono-centrique, réalisée sur une période de 10 ans, allant de Janvier 2011 à Décembre 2020, au service de Dermatologie du centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat.

B. Critères d'inclusion :

Nous avons retenu dans cette étude tous les cas présentant un psoriasis grave et sévère, soit les patients ayant un psoriasis érythrodermique, pustuleux, arthropathique, ou un psoriasis vulgaire généralisé avec une surface cutanée > 10% et un PASI > 15.

C. Critères d'exclusion :

Nous n'avons pas inclus les dossiers des patients ayant un psoriasis, suivis en consultation de dermatologie, les dossiers non exploitables, et les patients ayant un psoriasis vulgaire avec surface cutanée < à 10% et PASI < 15.

D. Recueil des données :

Sur les dossiers d'hospitalisation, pour chaque patient, nous avons relevé [annexe 1]:

➤ Les données épidémiologiques :

L'âge des patients, le sexe, l'origine géographique, la profession et le niveau socio-économique ;

Les antécédents personnels et familiaux ;

Les traitements reçus ;

La durée d'évolution ;

Les comorbidités

➤ **Les données cliniques :**

La présence d'un facteur déclenchant ;

La forme clinique du psoriasis, localisation ;

➤ **Les examens paracliniques :**

Les examens biologiques ;

Les examens radiologiques ;

L'étude anatomopathologique

➤ **La prise en charge thérapeutique :**

Le bilan préthérapeutique ;

Le traitement ;

Les complications iatrogènes

➤ **La durée d'hospitalisation**

L'analyse des données est réalisée avec le Microsoft Excel 2019.

E. Fiche d'exploitation

Numéro d'ordre : Nom et prénom

Numéro d'entrée : Numéro de téléphone

Date d'entrée : Date de sortie :

L'Age : Sexe :

Profession : Origine : Urbaine Rural

Niveau socio-économique : Bas Moyen Bon

Antécédents :

Personnel

HTA : Non Oui Diabète : Non Oui Type :

Dyslipidémie : Non Oui Cardiopathie : Non Oui Type :

Pathologie dermatologique : Non Oui Autres :

Tabac : Non Oui Alcool : Non Oui

Autres habitudes toxiques:

Familiaux

Consanguinité 1er degré : Non Oui Cas similaire dans la famille : Non Oui

Histoire de la maladie :

Mode de début : brutal Progressif Durée d'évolution :

Facteur déclenchant : Non Oui si oui,

AINS : Non Oui Corticothérapie orale : Non Oui

Autre prise médicamenteuse : préciser

Stress Non Oui

Infection récente Non oui

Signes associés :

Prurit : Non Oui Arthralgies : Non Oui

Fièvre : Non Oui AEG : Non Oui

Traitement antérieur :

Les émoullients : Non Oui

Vaseline salicylée : Non Oui

Urée : Non Oui

Les antihistaminiques : Non Oui

Les dermocorticoïdes Non Oui

Le Protopic : Non Oui

Les rétinoïdes : Non Oui

Le méthotrexate : Non Oui

Ciclosporine : Non Oui

Photothérapie : UVA UVB

Autres :

Clinique :

Signes généraux :

Température : apyrétique ; fièvre TA : Normale Hypertension Hypotension

Pouls : normal Tachycardie Bradycardie

Signes dermatologiques :

-Type psoriasis :

Psoriasis étendu Non Oui
Oui

Psoriasis érythrodermique Non

Psoriasis arthropathique Non Oui

Psoriasis pustuleux Non Oui

- Type de lésion :

Erythématosquameuse : Non Oui

Erythrodermie : Non Oui

Hyperkératose Non Oui

Pustule Non Oui

Surface corporelle en pourcentage :

PASI :

DLQI :

- Cheveux : Non Oui si oui,

Type de lésion :

- Atteinte unguéale : Non Oui si oui

Siège :

Le nombre d'ongle atteint :

Type de lésion :

- Atteinte muqueuse : Non Oui

Type :

Complications : Non Oui

Surinfection Non Oui

Eczématisation : Non Oui

Lichénification : Non Oui

Signes articulaires :

Arthrite : Non Oui

Arthralgie : Non Oui

Paraclinique :

Etude biologique :

Anémie inflammatoire : Non Oui

Anémie par carencielle : Non Oui

Hyperleucocytose : Non Oui

Insuffisance rénale fonctionnelle : Non Oui

Atteinte hépatique : Non Oui

Vs accélérée : Non Oui

CRP élevée : Non Oui

Etude histologique :

Biopsie cutanée Non Oui si oui,

Hyperkératose parakératosique : Non Oui

Hyperkératose orthokératosique : Non Oui

Hyperacanthose : Non Oui

Abcès intracornée: Non Oui

Pustules sous cornéennes : Non Oui

Couche granuleuse atrophique ou absente: Non Oui

Spongiose épidermique : Non Oui

Exocytose épidermique à PNN :Non Oui

Papillomatose: Non Oui

Infiltrat inflammatoire: Non Oui

Biopsie ganglionnaire : Non Oui si oui,

Résultat :

Traitement reçu :

Les émoullients: Non Oui

Vaseline salicylée : Non Oui

Urée: Non Oui

Les antihistaminiques : Non Oui

Les dermocorticoïdes: Non Oui

La photothérapie : UVA UVB

Les rétinoïdes: Non Oui

Le méthotrexate: Non Oui

Ciclosporine : Non Oui

Anti-TNF alfa : Non Oui

IL 17 : Non Oui

Autre:

Complications du traitement :

Durée d'hospitalisation :

Evolution : Réponse partielle Réponse complète

Le recul :

Rechute :

-Délai de rechute :

-Traitement de la rechute :



Résultats



I. Epidémiologie :

1. Fréquence :

Nous avons inclus 100 patients atteints de psoriasis grave. Il s'agit de :

- 64cas de psoriasis vulgaire généralisé ;
- 21 cas de psoriasis érythrodermique ;
- 8cas de psoriasis pustuleux ;
- 7 cas de psoriasis arthropathique.

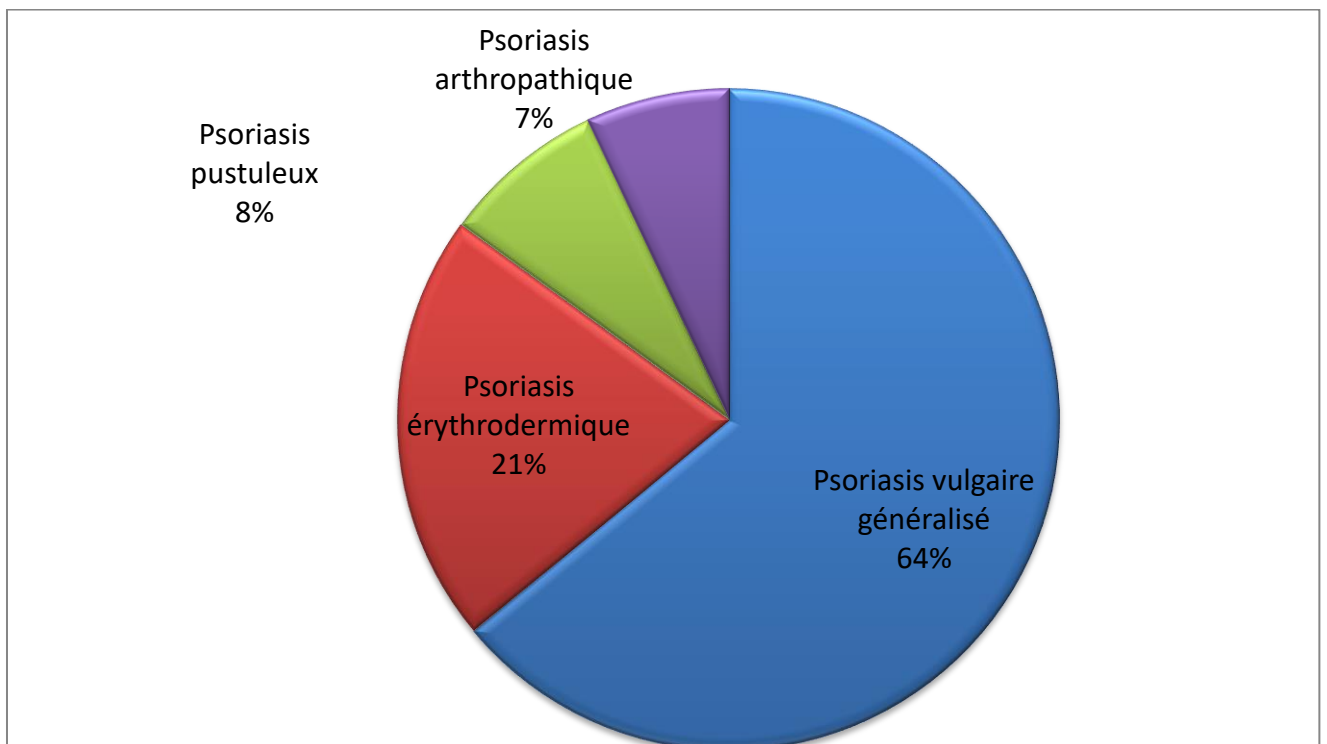


Figure 1 : les types du psoriasis grave

2. L'âge :

L'âge moyen était de 43.5 ans avec des extrêmes variant de 4 à 89 ans.

En fonction du type de psoriasis : l'âge moyen était de 44 ans pour le psoriasis vulgaire généralisé, et 44.5 ans pour le psoriasis arthropathique, 43 ans pour le psoriasis érythrodermique, et 36.5 ans pour le psoriasis pustuleux

La répartition des patients selon l'âge est représentée dans la figure suivante

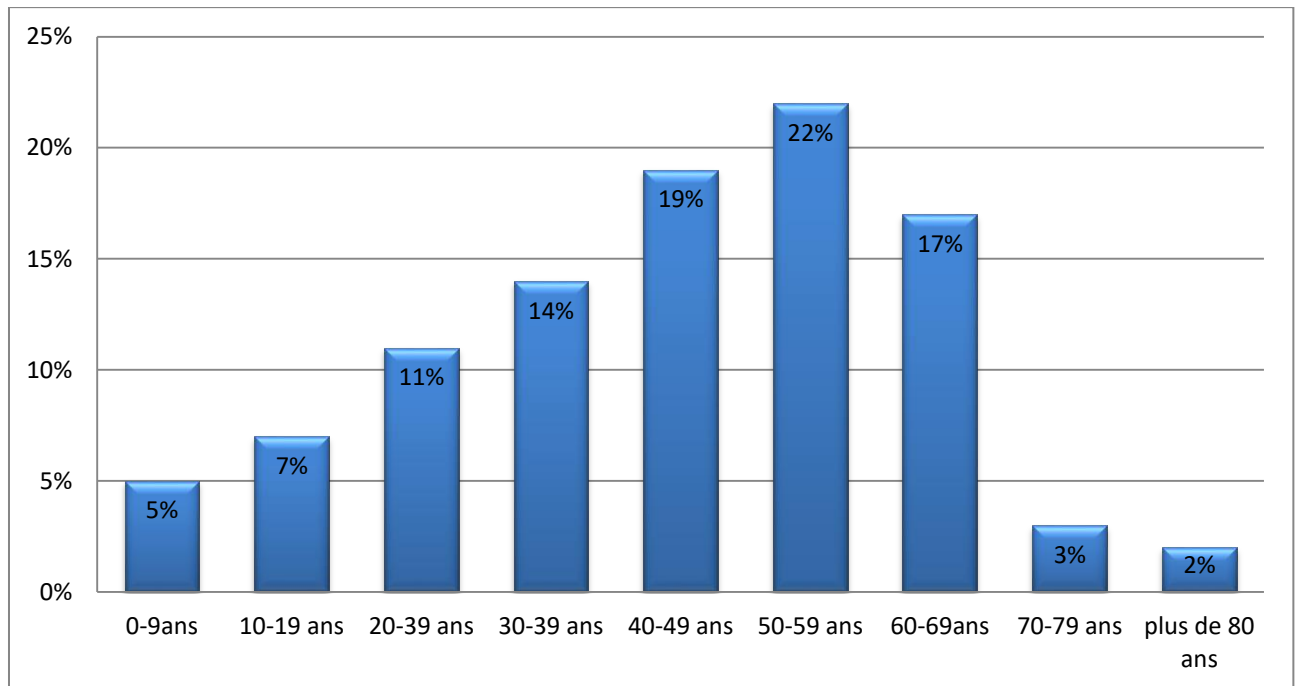


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge (en pourcentage)

3. Le sexe :

Dans notre échantillon, nous avons recensé 39 femmes, soit 39% des cas, et 61 hommes, soit 61% des cas.

Le sex-ratio (hommes/femmes) était de 1.5 (Figure 3)

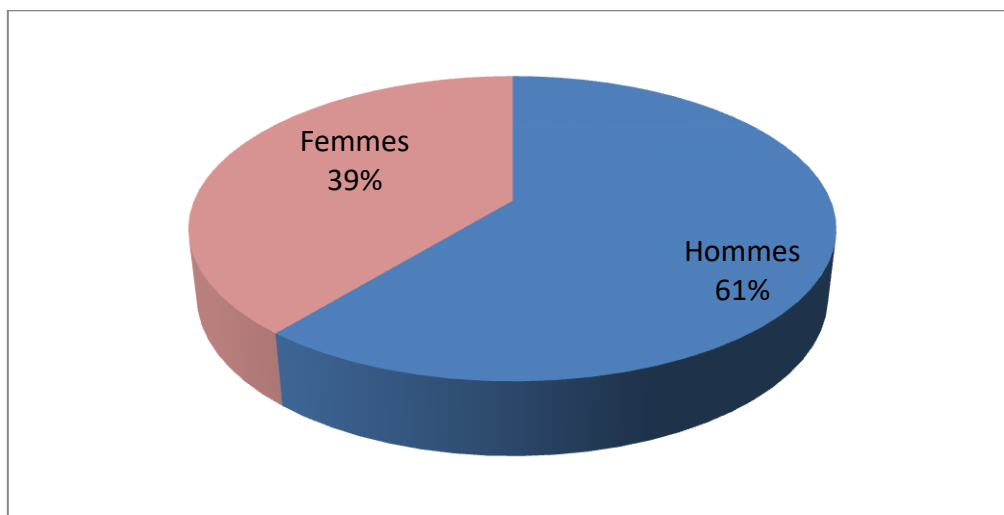


Figure 3 : la répartition de l'échantillon selon le sexe

La répartition de l'échantillon selon le sexe et le type du psoriasis est représentée dans la figure 4 :

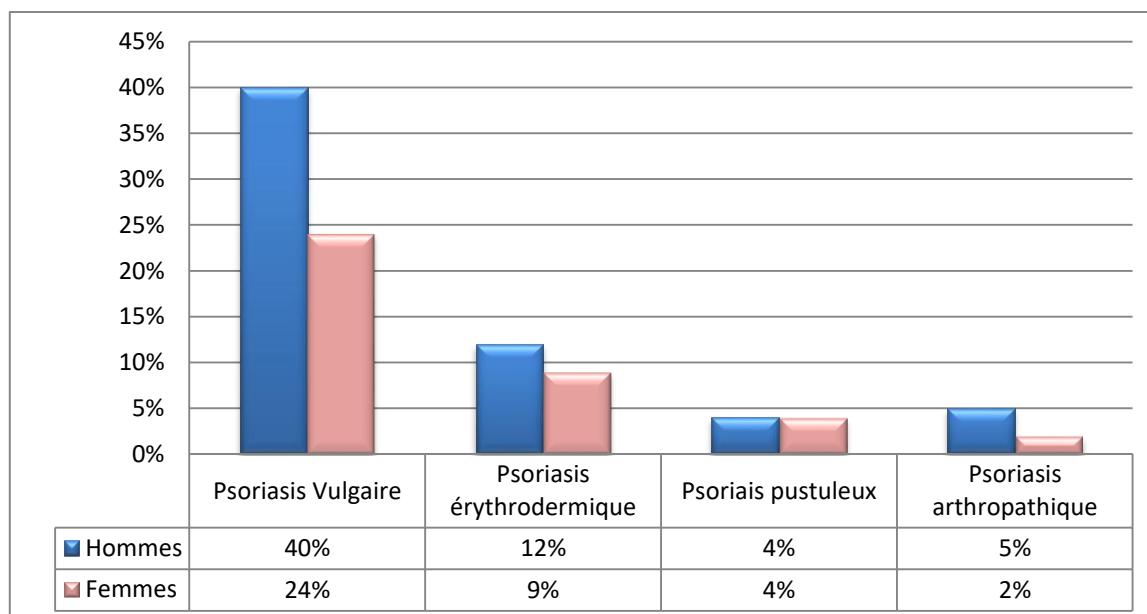


Figure 4 : la répartition de l'échantillon selon le sexe et le type du psoriasis

4. Origine et niveau socio économiques patients :

15 % des patients étaient d'origine rurale et 85 % étaient d'origine urbaine.

Le niveau socio-économique était bas chez 54 cas (54%), moyens chez 34 cas (34%) et jugé bon chez 12 cas (12%).

5. Antécédents :

5.1. Psoriasis érythrodermique :

Nous avons noté :

- Un terrain d'atopie chez deux patients et de dépression sous traitement chez deux cas.
- Cinq patients étaient tabagiques chroniques, dont trois alcooliques chroniques, et deux consomment le cannabis.
- Une dyslipidémie chez une patiente, une goutte chez une autre.
- Une patiente était suivie pour un lupus érythémateux chronique du cuir chevelu.
- La notion de consanguinité a été retrouvée chez 1 cas.
- Les antécédents familiaux de psoriasis étaient retrouvés chez 7 cas (1^{er} degré).

5.2. Psoriasis pustuleux généralisé :

Parmi les antécédents pathologiques des huit patients présentant un psoriasis pustuleux, nous avons relevé :

- Un cas de schizophrénie bien suivie sous traitement.
- Trois patients tabagiques chroniques
- Un cas de psoriasis vulgaire familial.

5.3. Psoriasis vulgaire généralisé :

Sur les 64cas présentant un psoriasis vulgaire généralisé, il a été noté :

- Deux cas d'Atopie, et un cas de consanguinité du premier degré.
- Dix patients avaient des antécédents familiaux de psoriasis.
- Une hypertension artérielle chez 8 patients, et une dyslipidémie chez 3patients.
- Diabète non insulino dépendantchez 3 patients.
- 21 cas étaient tabagiques chroniques dont 10 cas étaient alcooliques.
- La notion de cannabisme chronique a été retrouvéechez 6 cas.
- La notion de cardiopathie ischémique chez un patient, d'épilepsie chez un patient etune dépression chez deux cas.
- L'association à un lichen chez une patiente

5.4. Psoriasis arthropathique :

Nous relevons chez les sept patients présentant cette forme :

- Trois patients tabagiques chroniques dont deux patients alcooliques chroniques.
- Trois cas d'antécédents familiaux de psoriasis.

Tableau 1 :Antécédents des patients hospitalisés pour un psoriasis

ATCD	Nombres de cas
HTA	8
Terrain d'atopie	4
Dyslipidémie	4
Dépression	4
Diabète	3
Cardiopathie ischémique	1
Schizophrénie	1
Epilepsie	1
Lupus érythémateux chronique	1
Lichen	1
Goutte	1
Tabac	32
Alcool	15
Cannabisme	8
Consanguinité (1 ^{er} degré)	2
Antécédents familiaux du psoriasis	21

6. La durée d'évolution du psoriasis :

La durée d'évolution moyenne de tous les types du psoriasis grave était de 97 mois soit 8 ans avec des extrêmes variant de 3 jours à 36 ans.

Selon le type de psoriasis, elle était :

- 9 ans pour le psoriasis vulgaire généralisé.
- 7 ans pour psoriasis arthropathique.
- 6 ans et demi pour le psoriasis érythrodermique,
- 4 ans et demi pour le psoriasis pustuleux

7. Facteurs déclenchants :

Les facteurs déclenchants ont été notés chez 26 cas (26 % de l'échantillon)

7.1. Psoriasis érythrodermique :

L'interrogatoire a permis de trouver les facteurs déclenchants chez 6 patients :

- La prise de corticothérapie orale chez 3 patients.
- une notion de stress chez 2 patients (Décès d'un parent chez le premier, et divorce chez la 2^{ème})
- la prise d'antipaludéens de synthèse chez une patiente.

7.2. Psoriasis pustuleux : (3cas)

On retrouve comme facteur déclenchant:

- Un stress émotionnel chez un patient (décès d'un proche).
- une corticothérapie générale per os chez une patiente.
- la prise d'AINS chez une patiente.

7.3. Psoriasis vulgaire généralisé : (14 cas)

L'interrogatoire retrouve :

- la prise d'AINS chez 4 patients
- la prise de corticothérapie chez 2 patients
- la prise d'AINS associés à la corticothérapie chez 2 patients
- la notion de stress chez 3 patients
- la notion de stress avec prise de corticothérapie chez un patient
- deux cas de psoriasis aggravé par l'exposition solaire (psoriasis photo-aggravé)

7.4. Psoriasis arthropathique : (3cas)

Chez les patients présentant un psoriasis arthropathique, on retrouve :

- la prise de corticothérapie chez 2 patients
- la prise d'AINS chez 1 patient.

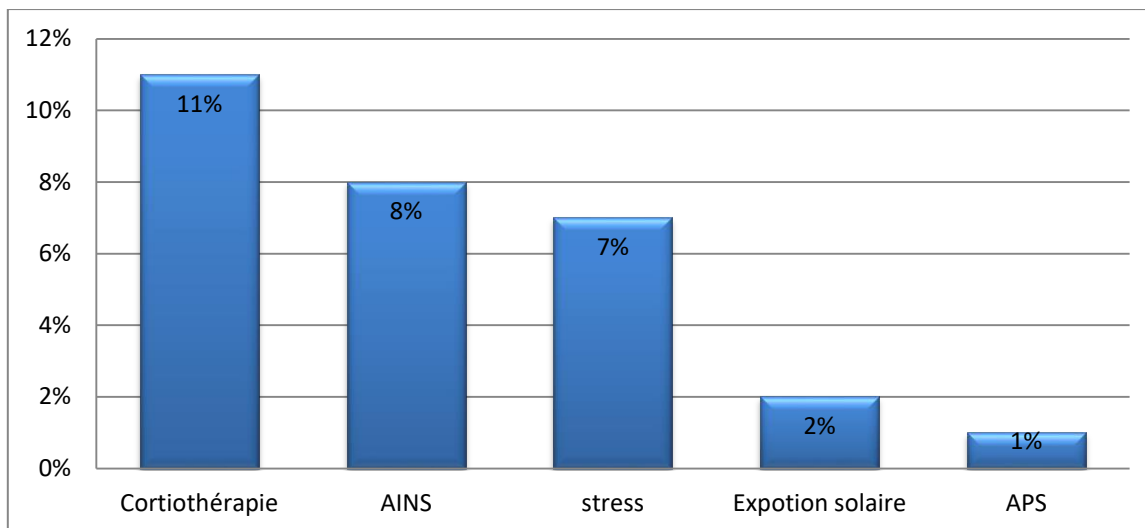


Figure 5 :Facteurs déclenchant

8. Traitement antérieurs :

Les traitements antérieurs reçus étaient :

- Les émoullients chez tous les patients
- Les kératolytiques chez 78% des patients
- Les dermocorticoïdes chez 68% des patients
- Le calcipotriol seul chez 14% des patients
- Le protopic chez 2% des patients
- Les antihistaminiques chez 18% des patients
- Le méthotrexate chez 15% des patients
- Les rétinoïdes chez 11% des patients
- La photothérapie chez 9% des patients.
- La disulone chez 1% des patients

II. Le tableau clinique :

1. Les signes fonctionnels :

Les signes fonctionnels objectivés sont :

- Un prurit chez 48 patients soit chez 48% de l'ensemble des patients, répartis comme suit : 31 cas des patients présentant un psoriasis vulgaire généralisé, 14 cas de psoriasis érythrodermique, 2 cas ayant un psoriasis pustuleux, et un patient ayant un psoriasis arthropathique.

- 15 patients avaient présenté des arthralgies soit 15% de l'échantillon: 7 cas de psoriasis arthropathique, 6 cas de psoriasis vulgaire généralisé, 1 cas de psoriasis pustuleux, et 1 cas de psoriasis érythrodermique.

2. Les signes généraux :

Tous les patients étaient stables sur le plan hémodynamique

Une température $> 38.5^{\circ}\text{C}$ était notée à l'admission chez dix patients : 5 cas de psoriasis pustuleux, 1 cas de psoriasis vulgaire et 1 cas de psoriasis arthropathique, 3 cas de psoriasis érythrodermique.

L'altération de l'état général était retrouvée chez deux patients : un cas de psoriasis pustuleux, et un cas de psoriasis érythrodermique.

Tableau 2: Répartition des signes généraux et fonctionnels selon le type

	Psoriasis vulgaire généralisé (n=64)	Psoriasis érythrodermique (n= 21)	Psoriasis pustuleux (n= 8)	Psoriasis arthropathique (n= 7)
Prurit	48,43%	66,66%	25%	14,28%
Arthralgies	9,37%	4,76%	12,5%	100%
Fièvre	1,56%	14,28%	62,5%	14,28%
AEG	0%	4.7%	12.5%	0%

3. Les manifestations dermatologiques :

3.1. L'atteinte cutanée :

3.1.1. Psoriasis érythrodermique :

L'examen clinique objectivait une érythrodermie sèche chez 16 cas et humide chez 5 cas, la kératodermie palmoplantaire était retrouvée chez 7 cas.

Les lésions étaient surinfectées chez un cas, eczématisées chez 5 cas et lichénifiées chez un cas.

3.1.2. Psoriasis pustuleux généralisé:

Les lésions érythémato-squameuses et les pustules à contenu blanchâtre ont été retrouvées à l'examen clinique, Tous les patients avaient une atteinte diffuse dépassant 40% de la surface cutanée, sans atteinte palmo-plantaire, 4 patients avaient présenté une surinfection cutanée (50%), documentée par un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP élevée.

Le degré de l'atteinte cutanée au cours du psoriasis pustuleux est résumé dans le tableau 3.

Tableau 3 :Degré de l'atteinte cutanée au cours du psoriasis pustuleux

Degré de l'atteinte	Nombre de patients	Pourcentage(n=8)
Plus de 90%	3 cas	37.5%
80%	1 cas	12.5%
60%	1 cas	12.5%
50%	2 cas	25%
40%	1 cas	12.5%

3.1.3. Psoriasis vulgaire généralisé :

Les lésions érythémato-squameuses ont été retrouvées chez tous des patients. Lakérotodermiepalmo-plantaire était notée chez 10 patients (soit 15,6% de l'échantillon). L'atteinte des plis était objectivée chez 4 malades (6.25%).

La surface corporelle atteinte était de plus de 10% avec un PASI supérieur à 15 chez tous les malades, le DLQI n'a pas été calculé chez la majorité des patients.

Les lésions étaient surinfectées chez 1 cas et lichénifiées chez 1 cas.

Le degré de l'atteinte, déterminé par le pourcentage de la surface corporelle atteinte, est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 4 :Degré de l'atteinte cutanée au cours du psoriasis vulgaire généralisé

Degré de l'atteinte	Nombre de patients	Pourcentage (n=64)
10-29% la surface cutanée	21	32.81%
30-59% de la surface cutanée	24	37.5%
60-80% de la surface cutanée	19	29.69%

3.1.4. Psoriasis arthropathique

L'examen clinique a objectivé :

Une érythrodermie sèche chez un patient.

Un psoriasis pustuleux touchant 40% de la surface cutanée chez un patient.

Un psoriasis vulgaire généralisé avec une surface cutanée atteinte supérieure à 30 % chez 5 cas.

L'atteinte palmo-plantaire était notée chez 2 cas.

3.2. L'atteinte muqueuse :

L'atteinte des muqueuses était présente chez 22% de l'ensemble des patients, à type de lésions érythémateuses finement squameuses ou un érythème des organes génitaux externes chez 16 patients (16% des cas) et de langue géographique chez 6 cas (6%).

3.2.1. Psoriasis érythrodermique :

L'atteinte des muqueuses était notée chez 3 patients (14% des cas) à type de lésions érythémateuses finement squameuses au niveau des organes génitaux externe.

3.2.2. Psoriasis pustuleux :

L'atteinte muqueuse était présente chez 4 patients (50%) sous forme d'un érythème vulvaire chez une patiente et de langue géographique chez 3 patients.

3.2.3. Psoriasis vulgaire généralisé :

13 patients, soit 20% des cas présentaient une atteinte muqueuse à type de lésions érythémateuses chez 11 patients et de langue géographique chez 2 patients.

3.2.4. Psoriasis arthropathique:

Deux patients, soit 28% des cas présentaient une atteinte muqueuse à type de lésions érythémateuses chez un patient et de langue géographique chez le deuxième.

3.3. L'atteinte du cuir chevelu :

3.3.1. Psoriasis érythrodermique:

19 patients soit 90% (n=21) avaient une atteinte au niveau du cuir chevelu. 7 patients présentaient une carapace du cuir chevelu, 8 patients présentaient un état squameux du cuir chevelu, 3 patients avaient des plaques érythémato-squameuses et un patient avait un sébo-psoriasis.

Tableau 5 : L'atteinte du cuir chevelu au cours du psoriasis érythrodermique

Lésions du cuir chevelu	Nombre de patients	Pourcentage (n'=19)
Carapace du cuir chevelu (Squames grasses)	7	36.9 %
Etat squameux du cuir chevelu sans érythème	8	42.1%
Plaques érythémato-squameuses (squames sèches)	3	15.8%
Sébo-psoriasis (squames grasses)	1	5.2%

3.3.2. Psoriasis pustuleux :

L'atteinte du cuir chevelu a été observée chez 5 patients (62.5%) sous forme d'un état squameux chez 4 patients et de plaques érythémato-squameuses chez 1 patient.

3.3.3. Psoriasis vulgaire généralisé

48 patients (76.5%) avaient une atteinte du cuir chevelu sous forme d'un état squameux chez 32 cas, plaques érythémato-squameuses chez 8 cas, carapace du cuir chevelu chez 6 cas et aspect de sébo-psoriasis chez 2 cas.

Tableau 6 : l'atteinte du cuir chevelu au cours du psoriasis vulgaire

L'atteinte du cuir chevelu	Nombre de cas	Pourcentage (n'=48)
Etat squameux du cuir chevelu (Sans érythème)	32	66.7%
Plaques érythémato-squameuses (Squames sèches)	8	16.6%
Carapace du cuir chevelu (Squames grasses)	6	12.5%
Sébo-psoriasis(squames grasses)	2	4.2%

3.3.4. Psoriasis arthropathique

L'atteinte du cuir chevelu était présente chez 6 patients (85%) sous forme d'un état squameux chez 4 cas, plaques érythémato-squameuses chez 1 cas, carapace du cuir chevelu chez 1 cas.

- Chez les patients inclus dans notre étude, l'atteinte du cuir chevelu était présente chez 78% des cas, les lésions observées sont représentées dans la figure suivante.

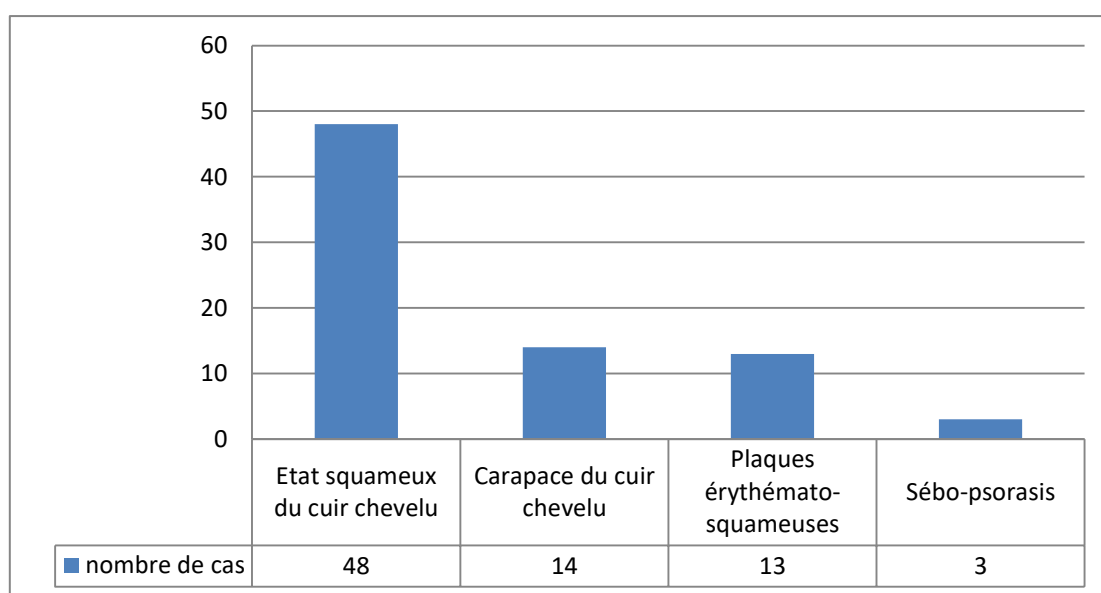


Figure 6 : l'atteinte du cuir chevelu au cours du Psoriasis en pourcentage

3.4. L'atteinte unguéale :

Le nombre des ongles atteints ainsi que la localisation des lésions n'ont pas été détaillés sur les dossiers, cependant, nous rapportons :

3.4.1. Psoriasis érythrodermique :

19 patients ont présenté une lésion unguéale (90%), Les différentes atteintes sont résumées dans le tableau qui suit

Tableau 7 : les lésions unguéales au cours du psoriasis érythrodermique

Lésions unguéales	Nombre de patients	Pourcentage (n'=19)
Onychodystrophie	7 cas	36.9% %
Aspect en dé à coudre	5 cas	26.4%
Pachyonychie	3 cas	15.7%
Onychodystrophie + Hyperkératose sous unguéale	3 cas	15.7%
Xanthonychie	1 cas	5.3%

3.4.2. Psoriasis pustuleux :

L'atteinte unguéale était présente chez 5 patients, soit 55% des cas de psoriasis pustuleux, à type d'aspect en dé-à-coudre chez 4 cas et d'onychodystrophie associée à une paronychie chez un patient

3.4.3. Psoriasis vulgaire généralisé :

L'atteinte unguéale était retrouvée chez 34 patients (53%), les différentes lésions sont résumées dans le tableau suivant

Tableau 8 : Les atteintes unguéales au cours du psoriasis vulgaire généralisé

Lésions unguéales	Nombre de cas	Pourcentage (n'=34)
Aspect en Dé à coudre	13	38.5%
Onychodystrophie + Pachyonychie	9	26.5%
Pachyonychie+ hyperkératose sous unguéale	5	15%
Onycholyse	4	12%
Xanthonychie + Trachionychie	3	8%

3.4.4. Psoriasis arthropathique

L'atteinte unguéale était présente chez 5 patients (71%), sous forme d'aspect en Dé-à-coudre chez 2 patients, onychodystrophie associée à une paronychie chez 2 cas et onychodystrophie associée à une trachionychie chez 1 cas.

Tableau 9 : Les différentes lésions unguéales au cours du psoriasis arthropathique

Lésions unguéales	Nombre de cas	Pourcentage (n'=5)
Aspect en Dé à coudre	2	40%
Onychodystrophie + Pachyonichie	2	40%
onychodystrophie+ Trachionychie	1	20%

- Dans notre étude, 63% des patients avaient une atteinte unguéale, l'aspect en dé-à-coudre, l'onychodystrophie, la pachyonichie, et la paronychiesont les manifestations les plus fréquentes.

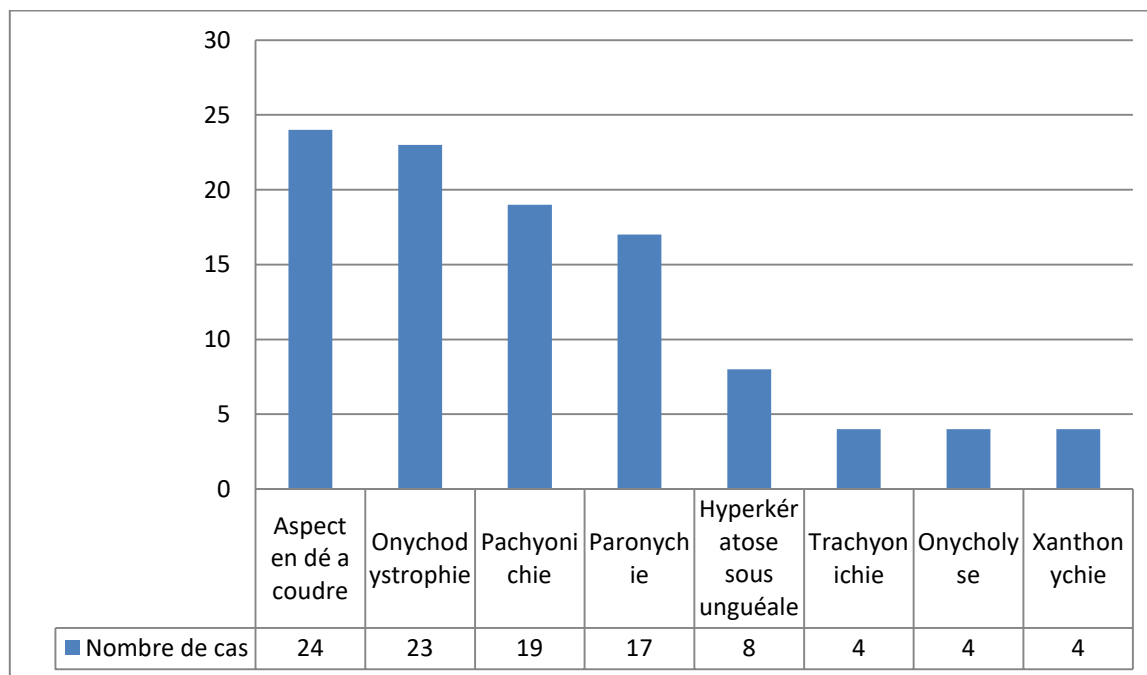


Figure 7 : L'atteinte unguéale au cours du Psoriasis

4. Les manifestations extra-dermatologiques :

Elles représentées par les atteintes articulaires et ganglionnaires :

Les arthralgies périphériques étaient présentes chez 15 patients (15%) : 6 cas de psoriasis vulgaire, 7 cas de psoriasis arthropathique, 1 cas de psoriasis pustuleux, et 1 cas psoriasis érythrodermique.

Les adénopathies étaient retrouvées chez 10 patients, 9 cas de psoriasis érythrodermique, et 1 cas de psoriasis vulgaire généralisé.

III. Paraclinique :

1. Biologie :

Les différentes anomalies biologiques retrouvées sont résumées dans le tableau suivant, Une anémie inflammatoire (Hémoglobine <10g/dl) était noté chez 13 cas, une anémie par carence en fer chez 8 cas, et une hyperleucocytose chez 17 cas.

Un syndrome inflammatoire biologique a été révélé par une accélération de la vitesse de sédimentation chez 17 patients.

Une insuffisance rénale secondaire à une déshydratation a été notée chez un patient.

L'atteinte hépatique était présente chez deux cas, en rapport avec une hépatite virale C chez un cas, et une toxicité médicamenteuse chez le deuxième (cytolyse hépatique).

Tableau 10 :Les résultats des examens biologiques

Anomalies biologiques	Nombre de patients	Pourcentage (n'=100)
Anémie inflammatoire	13	13%
Anémie par carence en fer	8	8%
Hyperleucocytose	17	17%
Insuffisance rénale fonctionnelle	1	1%
Atteinte hépatique	2	2%
Hyperglycémie	10	10%
Dyslipidémie	28	28%
CRP accélérée	17	17%
VS accélérée	17	17%

2. Imagerie :

2.1. Radiologie :

Les radiographies ostéo-articulaires ont été demandées chez 15 patients (15%).

Chez les 7 patients atteints de psoriasis arthropathique, des radiographies standards des os sacro-iliaques, et des extrémités des membres supérieurs et inférieurs ont été réalisées. Elles ont permis de retenir le diagnostic de psoriasis arthropathique en concertation avec les Rhumatologues de l'hôpital Laayachi de Rabat, l'atteinte était périphérique chez 5 cas et périphérique et axial chez 2 patients.

Chez les 8 autres patients les radiographies réalisées étaient sans particularité.

2.2. L'échographie hépatique :

L'échographie hépatique était demandée chez 34 cas et avait objectivé une stéatose hépatique chez 10 cas (29.5% des cas).

2.3. L'échographie des aires ganglionnaires :

Parmi les 10 patients ayant bénéficiés d'une échographie des aires ganglionnaires, deux patients ont nécessité une biopsie ganglionnaire vue les caractéristiques échographiques suspects.

3. Histologie :

3.1. Biopsie cutanée :

Dans notre étude, 78% des patients ont bénéficié d'une biopsie cutanée avec étude histologique

Tableau 11 : les lésions histopathologiques retrouvés

Lésions histopathologiques	Nombre de patients	Pourcentage (n'=78)
Hyperkératose parakératosique	78	100%
Hyperkératose orthokératosique	25	32%
Hyperacanthose	68	87%
Abcès intracorné	44	56%
Pustules sous cornéennes	16	20%
Couche granuleuse atrophique ou absente	73	94%
Spongiose épidermique	47	60%
Exocytose épidermique à PNN	45	58%
Papillomatose	75	96%
Infiltrat inflammatoire	78	100%

3.2. Biopsie ganglionnaire

Les biopsies ganglionnaires étaient en faveur des adénites dermatoptiques chez les deux patients.

IV. Psoriasis et pathologies associées :

L'obésité était retrouvée chez 12 cas : 2 cas de psoriasis érythrodermique, 4 cas de psoriasis pustuleux, 6 cas de psoriasis vulgaire généralisé.

Un syndrome métabolique chez 12 cas.

Un lupus érythémateux chronique chez une patiente

Un lichen chez une patiente

V. Prise en charge thérapeutique :

1. Durée d'hospitalisation :

- La durée moyenne d'hospitalisation en fonction de chaque forme du psoriasis était :
- 18 jours pour le groupe des patients ayant un psoriasis érythrodermique, avec des extrêmes variant entre 5 et 71 jours.
- 22 jours pour le groupe des patients ayant un psoriasis pustuleux, avec des extrêmes allant de 6 à 41 jours.
- 11 jours pour le groupe des patients ayant un psoriasis vulgaire généralisé avec des extrêmes variant de 3 jours et 49 jours.
- 15 jours pour le groupe de psoriasis arthropathique avec des extrêmes allant de 3 jours à 87 jours.

2. Bilan pré-thérapeutique:

Il comprenait : une numération formule sanguine, un bilan hépatique, un bilan lipidique, CRP, VS un examen cyto bactériologique des urines, des examens parasitologiques des selles, une radiographie thoracique, et des sérologies virales (HVB, HVC, HIV).

-la recherche de cellules de Sézary, une cytométrie en flux, et une électrophorèse des protéines sériques ont été demandées chez les patients ayant une érythrodermie afin d'éliminer un lymphome cutané ou un syndrome de Sézary.

-Le bilan phosphocalcique était demandé chez les patients ayant un psoriasis pustuleux.

Le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-peptide citrulliné ont été demandés chez les patients ayant un rhumatisme psoriasique.

Les bilans ont révélé :

- une sérologie de HVC positive chez un patient

- une infection urinaire chez 2 patients.

3. Indications :

3.1. Psoriasis érythrodermique :

Les différents traitements reçus étaient :

- Les émoullients chez 21 patients (100%).
- La vaseline salicylée chez 7 patients (33%).
- Le méthotrexate chez 15 patients (71%)
- Les rétinoïdes chez 02 patients (9.5%)
- Sécukinumab chez 2 patients (9.5%)

3.2. Psoriasis pustuleux :

Les traitements instaurés étaient :

- Les émoullients chez 8 patients (100%).
- Le méthotrexate chez 3 patients (37.5%)
- Les rétinoïdes chez 04 patients (50%)
- Ciclosporine chez 1 patiente (12.5%)

3.3. Psoriasis vulgaire généralisé :

Les traitements prescrits étaient :

- Les émoullients ont été prescrits chez 64 patients (100%).
- Les antihistaminiques ont été prescrits chez 4 patients (6%)
- La vaseline salicylée chez 49 patients (76.5%)
- Le calcipotriol seul chez 4 patients (6%)
- Les dermocorticoïdes chez 3 patients (4.5%)
- Le méthotrexate chez 15 patients (23.5%)
- Laphothérapie chez 15 patients (23.5%) à type UVB chez 14 cas et UVA chez 1 cas.

3.4. Psoriasis arthropathique :

Les traitements instaurés étaient :

- Les émoullients chez 07 patients (100%).
- Les kératolytiques chez 3 patients (43%)
- Le méthotrexate chez 6 patients (85.5%)
- Adalimumab chez une patiente (14.5%)

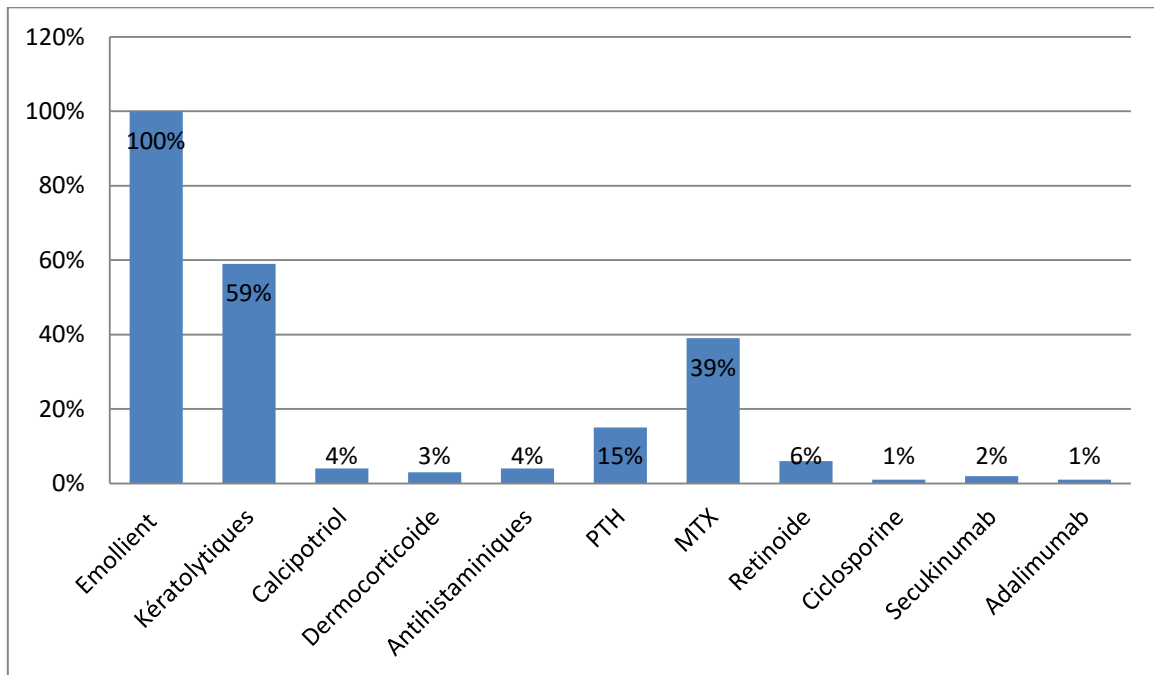


Figure 8 : Les traitements utilisés dans les différentes formes du psoriasis

VI. Evolution :

1. Evolution :

L'évolution a été documentée chez 50 cas.

Blanchiment complet chez 35 % des cas

- 11 cas de psoriasis érythrodermique, 1 patient sous sécukinumab, 2 patients sous rétinoïdes et 8 patients sous méthotrexate
- 8 Patients ayant un psoriasis pustuleux : 4 cas sous rétinoïdes et 3 cas sous méthotrexate et 1 cas sous ciclosporine.
- 15 cas de psoriasis vulgaire, 13 cas sous photothérapie et 2 cas sous méthotrexate.
- 1 cas de psoriasis arthropathique sous méthotrexate.

Blanchiment partiel chez 15% des cas :

- 12 cas de psoriasis vulgaire : 2 cas sous photothérapie, 1 cas sous Sécukinumab, et 9 cas sous traitement local (vaseline salicylée)
- 3 Psoriasis érythrodermiques : 1 cas sous Sécukinumab, 2 cas sous méthotrexate .

2. Les complications :

Les complications à court terme étaient principalement d'ordre infectieux.

Nous avons recensé comme complications :

- Un cas de pneumopathie et un cas d'endocardite infectieuse,
- Un cas d'infections urinaire,
- deux cas d'état de choc septique à point de départ cutané chez le premier et urinaire chez le 2^{ème} ayant nécessité un transfert en réanimation médicale.
- Une pseudo-maladie cœliaque induite par le méthotrexate ayant nécessité l'arrêt de méthotrexate chez une patiente.

Les complications à long terme n'ont pas pu être déterminées en raison de la nature rétrospective de notre étude.

Par ailleurs il a été noté :

- 20 cas de rechute (patients réhospitalisés), traités par :
 - Méthotrexate chez 16 cas
 - 3 cas de psoriasis pustuleux
 - 5 cas de psoriasis vulgaire
 - 7 cas de psoriasis érythrodermique.
 - 1 cas de psoriasis arthropathique
 - Rétinoïdes chez 2 cas de psoriasis pustuleux.
 - Adalimumab chez 1 cas de psoriasis vulgaire généralisé
 - Sécukinumab chez 1 cas de psoriasis vulgaire généralisé.
- Dans notre série, 2 patientes ont un psoriasis sévère, résistant, avec des rechutes fréquentes dès l'arrêt du traitement
- Un cas de neutropénie sous méthotrexate chez une patiente ayant nécessité l'arrêt du traitement.
- Aucun décès n'a été répertorié.



Discussion



I. Historique:

L'histoire du psoriasis peut globalement être divisée en trois périodes : 2000 ans, 200 ans et les 20 dernières années. Il a fallu près de deux millénaires avant que les médecins soient capables d'individualiser le psoriasis, qui a longtemps été confondu avec la lèpre. Pendant près de deux siècles, parallèlement à l'établissement des caractéristiques sémiologiques et à la détermination des différentes variétés du psoriasis, les dermatologues ont cherché à mettre au point des traitements efficaces.

En 1936, le dermatologue américain Paul Esnard Bechet (1881—1962) soulignait avec justesse les difficultés que représentaient pour les dermatologues le diagnostic et le traitement de cette dermatose.

Au cours des 20 dernières années, on a assisté à une véritable révolution thérapeutique avec la découverte des biothérapies, qui constituent un grand pas en thérapeutique et un grand bond dans l'histoire du psoriasis [2].

II. Physiopathologie

Le psoriasis est considéré comme un désordre inflammatoire chronique de la peau. Il s'agit d'une hyper prolifération épidermique secondaire à une interaction anormale entre les kératinocytes et les lymphocytes T selon une dynamique complexe [3].

Les facteurs sont impliqués dans la pathogénèse sont :

1. Prédisposition génétique : [4, 5,6].

Les éléments en faveur d'une prédisposition génétique sont : la survenue fréquente du psoriasis chez les jumeaux monozygotes (concordance de 72 %), l'hérédité qui a été estimée à 66%, et les 30% des cas familiaux.

Deux types de psoriasis vulgaire ont été décrits

Le psoriasis de type I se caractérise par un début avant 40 ans, une

prédisposition génétique plus forte que le psoriasis de type II (début après 40 ans), et une forte liaison aux HLA Cw6, DR7, B13 et Bw57. 7 locus génétiques ont été identifiés dont un sur le chromosome 6.

Le psoriasis pustuleux se caractérise par la fréquence de l'haplotype HLA B27. Le nombre de sujets atteints dans la famille d'un patient est plus élevé que dans la population générale [6,7].

Les antécédents familiaux de psoriasis ont été notés chez 21 patients (soit 21% de nos patients), ce qui est proche du pourcentage retrouvé dans la littérature.

2. Facteurs environnementaux :

Chez les sujets génétiquement prédisposés, les facteurs environnementaux (Le stress, climat, infection, traumatisme...) jouent un rôle dans l'expression de la maladie [8, 9, 10, 11].

Dans notre série, 32 de nos patients étaient tabagiques soit 32% de l'échantillon, 15 patients (15%) étaient éthyliques.

2.1. Facteurs Infectieux

Le déclenchement du psoriasis durant l'enfance par des épisodes infectieux (rhino pharyngés), ou aggravation d'un psoriasis déjà connus par ces derniers, suggèrent le rôle des facteurs infectieux, L'antigène bactérien semble jouer le rôle d'un superantigène et stimule des lymphocytes. Le streptocoque paraît être le plus souvent en cause [6, 8].

Au cours du VIH, La fréquence plus élevée, et l'aggravation au cours de la maladie, fait discuter l'implication d'agents viraux dans le psoriasis. Dans notre étude, la sérologie VIH a été demandée chez tous les patients. Aucun cas de séropositivité n'a été noté.

2.2. Médicaments

Certains médicaments peuvent induire ou aggraver le psoriasis. Les médicaments dont le rôle est établi sont les sels de lithium et les Béta bloquant, les antipaludéens de synthèse, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les tétracyclines et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et de l'angiotensine, qui agiraient sur la voie de l'adénosine monophosphate cyclique (AMPc) en diminuant AMPc intraépidermique.

L'adénosine monophosphate cyclique est un messager intracellulaire qui est responsable de la stimulation des protéines pour la différenciation cellulaire et l'inhibition de la prolifération, l'inhibition de l'AMPc intra-épidermique, entraînerait donc une augmentation des renouvellements des cellules épidermiques [12].

Le rôle de corticothérapie générale est établi, les lésions apparaissent le souvent suite à l'arrêt de d'un traitement cortisonique.

Dans notre série, la poussée de psoriasis a été déclenchée par la prise de corticothérapie générale chez 11 patients, AINS chez 8 patients, et les APS chez une patiente.

2.3. Facteurs Psychologiques

Les chocs émotifs et des traumatismes affectifs peuvent jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie ou la survenue des poussées. Les stress psychologiques pourrait agir par la sécrétion accrue de neuromédiateurs et d'hormones surrénaliennes [13].

Dans notre série, une situation de stress a été notée chez 7 patients (7% des cas).

2.4. Facteurs traumatiques

Le phénomène de Koebner avec le déclenchement de psoriasis suite à un traumatisme local (brûlure, intervention chirurgicale, tatouage...) sont souvent retrouvés [6, 13]. Aucun cas de traumatisme n'a été rapporté dans notre série.

3. Facteurs kératinocytaires

Les kératinocytes présentent une augmentation de l'expression de différents récepteurs comme l'Epidermal growth factor receptor (EGFR), des diverses anomalies des molécules d'adhésion, et une perturbation de divers facteurs de croissance et de différenciation des kératinocytes (Transforming Growth Factor alpha, Interleukine 6...) et diverses anomalies des gènes impliqués dans la réponse à la vitamine D et à la vitamine A qui participent à la prolifération et à la différenciation épidermique [5].

4. Facteurs immunitaires [5]

Le psoriasis est actuellement une maladie inflammatoire chronique médiée par l'activation dans la peau de Lymphocytes T spécifiques d'antigène.

Diverses cellules ont été impliquées :

- les fibroblastes qui peuvent entraîner une prolifération des kératinocytes.
- Les PNNs sécréteurs des protéases migrent dans la couche cornée et participent à la formation des signes histologiques caractéristiques de la maladie.
- Les cellules de langerhans : sécrétion de cytokines pro-inflammatoires comme l'IL23, l'IFN γ , l'IL20 et le TNF α .
- Les cellules lymphocytaires CD4 qui après activation par des antigènes classiques ou des super-antigènes produiraient diverses cytokines

stimulant le turn over des kératinocytes, La suggestion d'une activation des lymphocytes T ferait rapprocher le psoriasis des maladies auto-immunes et expliquerait la grande efficacité thérapeutique des traitements immunosuppresseurs dans le psoriasis.

Les lymphocytes sécrètent des cytokines pro-inflammatoires comme l'IL-17, l'IL-6, et le TNF- α ainsi que des chémokines pro-inflammatoires qui pourraient jouer un rôle important dans l'induction d'une inflammation chronique dans le psoriasis.

-Les cellules NK (Natural Killer) : Sécrétion abondante de cytokines pro-inflammatoires telles que l'IFN γ et l'IL13

5. Etapes de la formation de la plaque de psoriasis : [5]

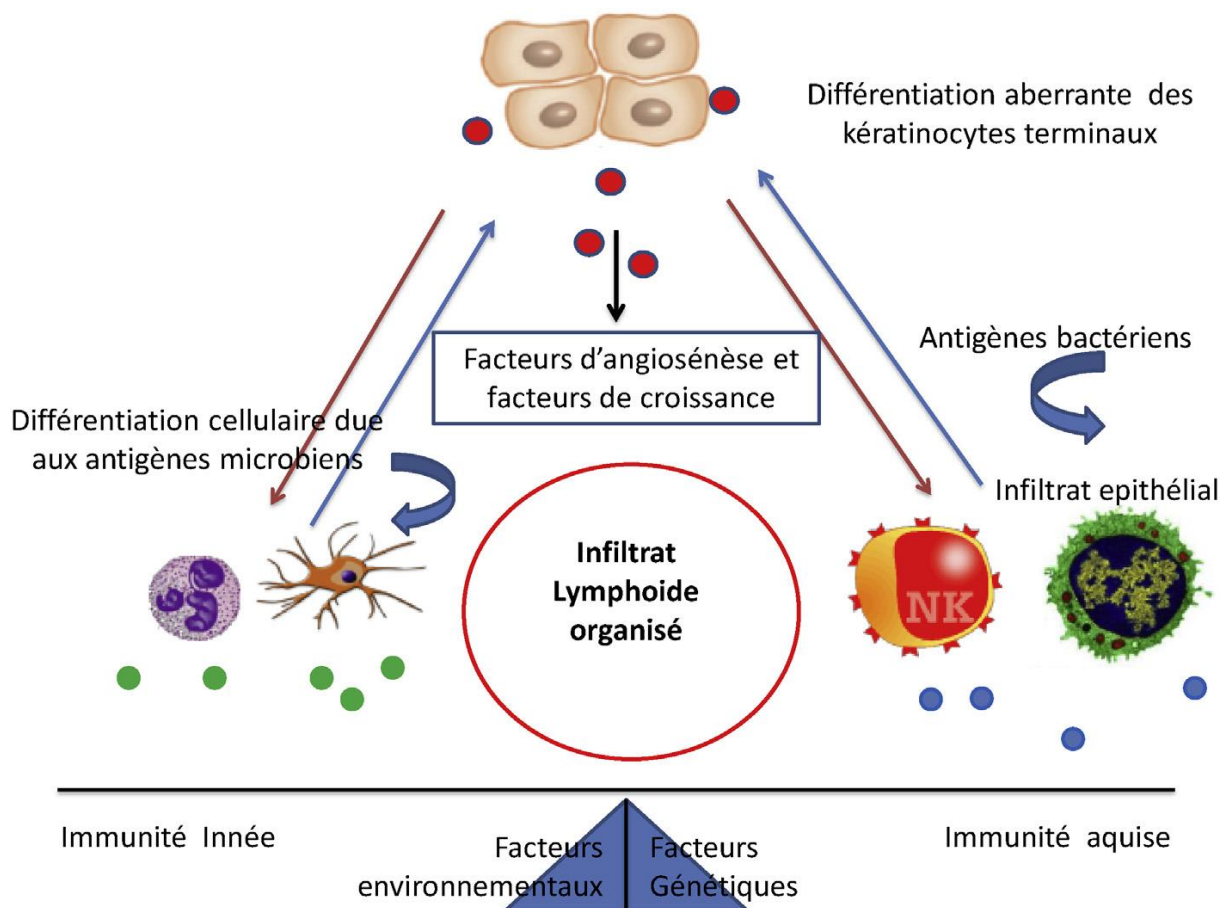


Figure 9 : Schéma récapitulatif du mécanisme pathologique au cours du psoriasis:

Dans le psoriasis, Il existe une interdépendance entre l'épiderme et l'infiltrat inflammatoire et une balance entre le système immunitaire inné et acquis.

Les médiateurs inflammatoires produits par les kératinocytes lésionnels agissent sur les systèmes immunitaires (inné et acquis) en stimulant, les cellules dendritiques, les PNN et les autres médiateurs innés et les lymphocytes T.

Les kératinocytes secrètent aussi des cytokines et des facteurs de croissance qui provoquent l'altération de l'expression de certains gènes, l'hyperplasie régénératrice et l'induction des molécules d'adhésion des lymphocytes T à la surface des kératinocytes eux mêmes.

Les cytokines secrétées par les cellules du système immunitaire agissent à leur tour sur les kératinocytes pour induire l'expression de gènes inflammatoires et stimuler la prolifération cellulaire.

Une dizaine ou plus de régions de susceptibilités génétiques interviennent, elles interagissent avec les facteurs environnementaux et agissent sur l'activation du système immunitaire et sur la prolifération kératinocytaire.

III. Epidémiologie

1. Psoriasis érythrodermique :

Selon les données de la littérature, le psoriasis érythrodermique représente 3 à 54% des cas de psoriasis sévère. Ils'observe à tout âge mais atteint essentiellement l'adulte de sexe masculin. L'âge moyen varie entre 41 et 55 ans avec un sex ratio variant de 1,2 à 2,1[14].

Dans notre étude cette forme représentait 21 % de l'ensemble de nos patients, l'âge moyen était de 43 ans, La prédominance masculine a été notée dans notre série avec un sexe ratio de 1.3 ce qui concorde avec les données de la littérature.

Dans les études marocaines, il s'agit de la forme la plus fréquente comme cela a été retrouvé par El Jammal (25%), Fatmi (36%), El Bouzekraoui (39%).

Il représente 25% des étiologies des érythrodermies [15, 16, 17].

Le tableau suivant rapporte le pourcentage des cas de psoriasis érythrodermique, la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines.

Tableau 12 : Pourcentages des cas de psoriasis érythrodermique la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines

Auteurs		Eljammal Casablanca [15]	Bouzekraoui Marrakech [16]	Fatmi Casablanca [17]	Notre Série CHU Ibn Sina
Pourcentage des cas de psoriasis érythrodermique		25%	39%	36%	21%
Moyenne d'âge (ans)		37	60	41	43
Répartition selon le sexe	Pourcentage des hommes	73%	72%	66%	57%
	Pourcentage des femmes	27%	28%	34%	43%

2. Psoriasis pustuleux :

Le psoriasis pustuleux représente 3 à 29 % des cas de psoriasis sévère, Ils'observe à tout âge mais atteint essentiellement l'adulte de sexe masculin, L'âge moyen dans les différentes séries publiées varie de 40 à 50 ans avec un sex ratio de 1,2.

Les études tunisiennes et hollandaises ont rapporté des pourcentages respectifs de 6% et 3%. Dans notre étude le pourcentage était à 8% ce qui concorde avec les données de la littérature. Par ailleurs la moyenne d'âge de nos patients était à 36,5 ans, ceci pourrait l'inclusion des cas pédiatrique dans notre étude [18, 19,20].

Tableau 13 : Pourcentages des cas de psoriasis pustuleux , la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines

Auteurs		Eljammal Casablanca [15]	Bouzekraoui Marrakech [16]	Fatmi Casablanca [17]	Notre Série CHU Ibn sina
Pourcentage des cas de psoriasis Pustuleux		13%	32%	29%	8%
Moyenne d'âge (ans)		37	28	37	36.5
Répartiti on selon le sexe	Pourcentage des hommes	45%	0	55%	50%
	Pourcentage des femmes	55%	100%	45%	50%

3. Psoriasis vulgaire généralisé :

Dans notre études, 64 % des patients avaient un psoriasis vulgaire généralisé, nous notons une fréquence plus élevée par rapport aux autres séries marocaines [15,17], ceci pourrait être expliqué par l'hospitalisation de tous les patients ayant un psoriasis étendu nécessitant un traitement systémique.

Une prédominance masculine a été notée, comme dans la série de Fatmi [15]

L'âge moyen dans notre série était de 44 ans, plus avancé que les séries marocaines [15, 17].

Tableau 14 : Pourcentages des cas de psoriasis Vulgaire généralisé , la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines

Auteurs		Bouzekraoui Marrakech [16]	Fatmi Casablanca [17]	Notre Série CHU Ibn sina
Pourcentage des cas de psoriasis Vulgaire généralisé.		25%	18%	64%
Moyenne d'âge (ans)		33	42	44
Répartition selon le sexe	Pourcentage des hommes	0	55%	62.5%
	Pourcentage des femmes	100%	45%	37.5%

4. Psoriasis arthropathique :

Le psoriasis arthropathique représente 5 à 7 % des cas avec moyen d'âge entre 40 et 50 ans ce qui concorde avec les résultats de notre étude. Le sex ration est 1, cependant, nous notons une prédominance masculine [21, 22,23].

Les études menées par les équipes de Casablanca et de Marrakech ont rapporté un pourcentage plus élevé (19% et 17 %), ceci pourrait être expliqué par la nature monocentrique de notre étude et le suivi des patients ayant un psoriasis arthropathique à l'hôpital Ayachi [15, 16, 17].

Tableau 15 : Pourcentages des cas de psoriasis arthropathique, la moyenne d'âge et la répartition selon le sexe selon les différentes études marocaines

Auteurs		Eljammal Casablanca [15]	Bouzkraoui Marrakech [16]	Fatmi Casablanca [17]	Notre Série CHU Ibn sina
Pourcentage des cas de psoriasis arthropathique.		9%	4%	18%	7%
Moyenne d'âge (ans)		44	17	40	44
Répartition selon le sexe	Pourcentage des hommes	45%	0	55%	71.5%
	Pourcentage des femmes	55%	100%	45%	28.5%

IV. Diagnostic positif:

1. Psoriasis érythrodermique :

1.1. Atteinte dermatologique :

Elle se présente sous forme d'un érythème diffus touchant plus de 90% de la surface cutanée, recouvert de squames plus ou moins épaisses en fonction de la topographie, fines au visage et plis, plus épaisses sur le corps et les membres, très épaisses sur les paumes et les plantes, se détachant en lambeaux. Il existe un œdème important, diffus, infiltrant tout le tégument [24, 25], Les muqueuses sont indemnes le plus souvent.



Figure 10 : érythrodermie psoriasique

Dans notre étude, tous nos patients étaient en érythrodermie, Elle était sèche chez 16 patients (76%), et humide chez 5 cas (24%), 14% de nos patients avaient une atteinte des muqueuses.

Le cuir chevelu est également atteint, 90 % de nos patients avaient une atteinte du cuir chevelu, ce qui concorde avec les données de la littérature (50 à 80 %)[26].

Plusieurs types d'atteintes unguéales ont été décrits, 33% de nos malades avaient une atteinte unguéale [7,27] :

- Dépressions ponctuées cupuliformes : elles réalisent l'aspect « en dé-à-coudre » lorsqu'elles sont diffuses ; celui de sillons ou stries lorsqu'elles sont transversales.
- Onychodystrophie ;
- Onycholyse ;
- Leuconychie, xanthonychie ;
- Troubles pigmentaires de l'ongle ;
- Hyperkératose sous-unguéale ;
- Paronychie.

7 de nos malades avaient une onychodystrophie, 5 avaient un aspect caractéristique en dé-à-coudre, Ceux-là ou d'autres avaient une pachyonychie (3 cas), Hyperkératose sous unguéal (3 cas), Xanthonychie (1 cas).

1.2. Atteinte extra dermatologique :

Une fièvre élevée, des frissons peuvent être présents. Dans notre série, 14.28% de nos patients étaient fébrile.

Dans la forme sèche, l'état général est conservé. Par contre, il est altéré dans la forme humide avec risque de complication et d'altération de l'état générale, dans notre série 4.7% de nos patients avaient un état général altéré [24].

Les adénopathies réactionnelles sont souvent retrouvées, dans notre série 9 patients avaient des adénopathies, le recours à la biopsie ganglionnaire était nécessaire chez 1 patient.

Les arthralgies inflammatoires sont fréquentes. Une poussée de rhumatisme peut parfois coexister [28]. Dans notre série 4.7% des cas ont présenté des arthralgies.

1.3. Complications :

Ils diffèrent selon la forme :

- Forme humide : Urgence dermatologique

Les complications sont fréquentes : modifications hydroélectrolytiques, hypoprotidémie, troubles de la thermorégulation, surinfection, septicémie, défaillance cardiovasculaire, et une détresse respiratoire aiguë avec un risque de décès [15, 29].

- Forme sèche :

Les complications viscérales sont rares [25].

Parmi nos patients, 28.5% ont présenté un syndrome inflammatoire

La surinfection était notée chez 4.7 % des cas, et une pneumopathie chez 4.7% des cas.

2. Psoriasis pustuleux:

Il s'agit d'une pustulose microbienne, il constitue une forme particulière et rare de psoriasis, le psoriasis pustuleux peut être localisé ou généralisé.

Dans notre série, l'atteinte était généralisée chez tous des patients.

2.1. Psoriasis pustuleux localisés :

•Psoriasis pustuleux palmoplantaire de Barber :

C'est une forme qui se caractérise par des lésions érythémato-squameuses voire kératosiques, parsemées de pustules de petite taille qui peuvent confluer. L'évolution se fait par poussées pustuleuses successives pouvant s'accompagner de prurit.

Il s'agit d'une forme souvent invalidante du fait de son impact sur la qualité de vie et son retentissement fonctionnel et socioprofessionnel.

Les manifestations osseuses et articulaires sont fréquemment associées et pouvant entrer dans le cadre du syndrome SAPHO (synovite, acné, pustulose, hyperostose et ostéite) [30].

Au cours du psoriasis pustuleux palmo-plantaire, la réponse thérapeutique aux Anti-TNF alpha semble beaucoup moins favorable par rapport à la forme purement érythémato-squameuses [10].

La biopsie cutanée objective la présence de pustule spongiforme qui s'associe fréquemment à l'aspect classique du psoriasis vulgaire [25,31].

Psoriasis pustuleux acral (acrodermatite de Hallopeau)

C'est une forme chronique avec un impact fonctionnel, professionnel et social majeur.

Il se caractérise par des lésions pustuleuses acrales touchant l'extrémité des doigts et/ou des orteils, pouvant aboutir à une destruction complète des ongles, l'atteinte osseuse des phalanges est possible, mais inconstante [25].

2.2. Psoriasis pustuleux généralisés :

Psoriasis pustuleux généralisé grave de Zumbusch :

Il s'agit de la 1 ère forme de psoriasis pustuleux à avoir été individualisée, elle se caractérise par un début brutal avec fièvre et altération de l'état général.

Les placards érythémateux de grande taille, de couleur rouge vif, tendus, légèrement œdémateux, peu ou pas squameux. Peuvent survenir sur une peau saine ou sur des plaques psoriasiques anciennes. Les lésions s'étendent et donne une érythrodermie ; les paumes, les plantes et le visage sont souvent indemnes.

Les pustules, de petite taille, de couleur blanc jaunâtre apparaissent rapidement à la surface du tégument, peuvent se regrouper, confluer en larges nappes d'allure superficielle

La phase desquamative est annoncée après quelques jours par l'apyrexie, Les pustules s'assèchent et laissent place à une desquamation en larges éléments lamelleux et fins. Ainsi peut être réalisé un aspect d'érythrodermie érythématosquameuse. Lorsque les extrémités sont atteintes, la desquamation peut être scarlatiniforme, en « doigts de gant » [31, 32].

Les trois stades évolutifs sont souvent intriqués (érythémateux, pustuleux, squameux[30].

Dans notre étude 12.5% des patients avaient un état général altéré et 62.5% étaient fébriles, le prurit été noté chez 25% des cas.



Figure 11 : Psoriasis pustuleux généralisé

Les érosions et pustules sur les muqueuses sont fréquemment retrouvées.

Dans notre étude, 50 % des patients avaient une atteinte, et 62.5% des patients avaient une atteinte du cuir chevelu.

Les examens biologiques révèlent un syndrome inflammatoire et la biopsie cutanée met en évidence l'aspect spongiforme des pustule [29]. Dans notre série 62.5% (5cas) des cas avaient un syndrome inflammatoire biologique.

Psoriasis pustuleux annulaire de Bloch-Lapierre

Le début peut être aiguë ou subaiguë, l'état général est conservé, les lésions peuvent être localisées ou généralisées, sous forme de médaillons avec présence des pustules siègent en périphérie avec une évolution centrifuge rapide, le pronostic est favorable [29, 30].

3. Psoriasis vulgaire généralisé :

3.1. Atteinte cutanée :

Elle se manifeste sous forme de lésions érythémato-squameuses, les lésions peuvent être punctiformes, en gouttes, nummulaire et en plaques de taille plus ou moins importante.

Le prurit, est souvent absent, l'état général est conservé.

Dans notre série, tous les patients présentaient des plaques érythémato-squameuses.

Le psoriasis peut se localiser au niveau des plis et réalise un aspect d'intertrigo chronique, tous les plis peuvent être touchés (interfessiers, inguinaux, région génitale, sous mammaires, ombilic, creux poplités ou axillaires...) Il se manifeste sous forme de plaque continue, rouge vif, brillante et lisse, peu ou pas squameuse à bordure très bien dessinée. Le suintement est possible. La ou surinfection et des fissures douloureuses peuvent être présentes.

-Le psoriasis ombilical est très fréquent est donne l'aspect d'une omphalite bordée de squames jaunâtres d'allure séborrhéique [27,33].

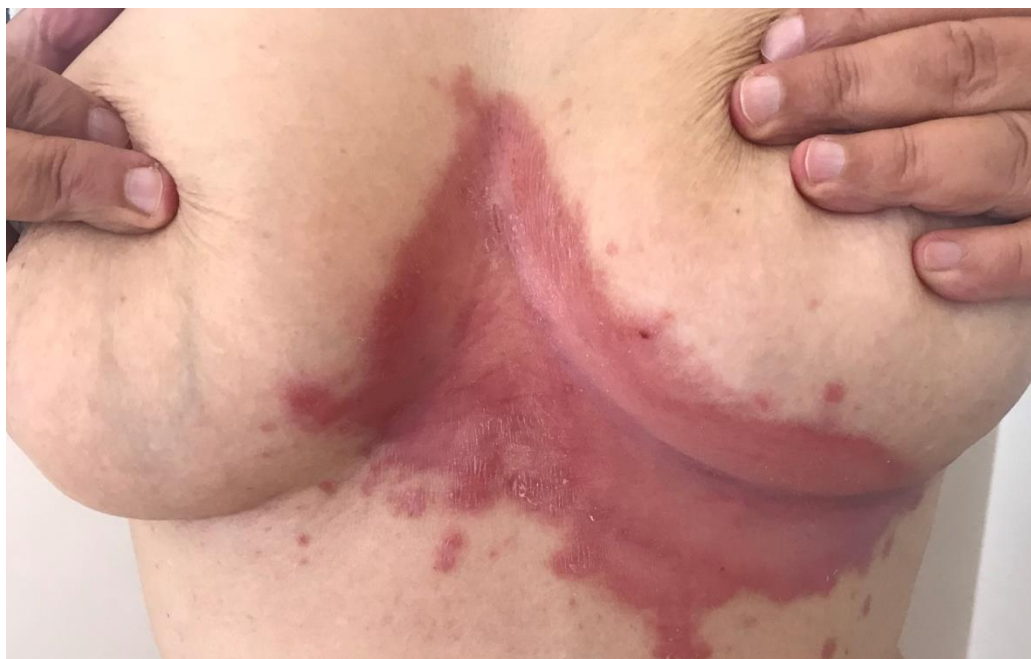


Figure 12 : Psoriasis des plis

L'atteinte des paumes et des plantes est possible. Il peut s'agir d'élevures cornées « clous psoriasiques », de pulpites ou de kératodermie palmoplantaire (KPP).

Les KPP peuvent se compliquer de fissures profondes et douloureuses, avec risque de surinfection et un retentissement important sur la qualité de vie. Dans notre série, 15.6% de nos patients avaient une KPP.

Les muqueuses peuvent être atteintes. Dans notre étude, 20% des patients avaient une atteinte muqueuse [24].

L'atteinte du cuir chevelu est très fréquente, les lésions sont souvent étendues, elle peut parfois être isolée. Elle se présente par des plaques de taille variables ou par une carapace du cuir chevelu. Dans notre série, l'atteinte du cuir chevelu a été notée chez 76,5% des cas [24].

L'atteinte unguéale est très fréquente, selon les données de la littérature, 30 à 50% psoriatiques ont une atteinte unguéale [24], dans notre série, 53% avaient une atteinte unguéale.

4. Psoriasis arthropathique :

Il s'agit d'une arthrite inflammatoire, qui s'associe au psoriasis [22].

Dans la majorité des cas le psoriasis cutané précède les signes articulaires avec un délai qui varie entre 5 et 12 ans, [34]. Chez tous nos malades, l'atteinte cutanée a précédé l'atteinte articulaire, le délai de survenue de l'atteinte articulaire était variable de 7 ans à 12 ans.

L'atteinte articulaire peut précéder les signes cutanés (10 à 15 % des cas) [34], chez nos patients, le psoriasis arthropathique était associé à une érythrodermie psoriasique chez 14.2% des cas, Un psoriasis pustuleux chez 14.28% des cas et un psoriasis vulgaire généralisé chez 71.6 % de cas, L'atteinte palmo-plantaire était notée chez 28.5% des cas.

L'atteinte muqueuse était présente chez 28%, et l'atteinte du cuir chevelu chez 85% des cas.

L'atteinte de l'appareil unguéal est fréquente, elle concerne 80 à 90 % de ceux atteints de psoriasis arthropathique, dans notre étude 71% des patients avaient une atteinte unguéale sous forme d'aspect en Dé-à-coudre chez 40% des patients, onychodystrophie associée à une paronychie chez 40% cas et onychodystrophie associée à une trachionychie chez 20% des cas, ce qui concorde avec les données de la littérature [35].

Il peut donner trois tableaux cliniques principaux[24] :

Tableau 16 : Les formes cliniques du psoriasis arthropathique

Formes	fréquence	Particularités
Oligo ou monoarthrite	++++	Atteinte métacarpophalangienne proximale Doigts ou orteils boudinés >hanches, genoux
Polyarthrite	++	Atteinte des interphalangiennes distales Peu destructrice Recherche de facteur rhumatoïde et d'anticorps anti-protéines citrullinées négative
Rhumatisme axial	+	Atteinte vertébrale et sacro-iliaque (proche de la spondyloarthropathie ankylosante) Association significative avec HLA B27

La sévérité de l'atteinte cutanée est non corrélée à la présence d'une atteinte articulaire. Certaines localisations de psoriasis doivent particulièrement faire rechercher un rhumatisme psoriasique : atteinte du cuir chevelu, atteinte unguéale, atteinte du sillon inter-fessier.

Dans notre série 85.7% des patients avaient un rhumatisme périphérique, et 14.3% des patients avaient un rhumatisme périphérique et axial. L'atteinte articulaire se caractérise par l'absence du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-peptide citrulliné, ces derniers étaient négatives chez tous nos patients .

V. Histologie :

Les principales anomalies histologiques observées dans le psoriasis sont épidermiques et dermique, certaines d'entre elles étant propres à la forme clinique en question.

1. Les anomalies épidermiques :

Au niveau de l'épiderme, se trouve une hyperkératose parakératosique , avec une Hypo ou agranulose témoignant une maturation anormale des kératinocytes, une acanthose avec papillomatose dite en « battant de cloche » irrégulière et les Microabcès de Munro-Sabouraud sont fréquemment observés.

Les anomalies dermiques :

- Papilles dermiques augmentées en hauteur, œdémateuses avec présence d'exocytose à PNN.
- .Hyperangiogénèse : capillaires dermiques importants
- Membrane basale épaissie, dédoublée
- Présence dans le derme papillaire des capillaires tortueux et dilatés.
- Œdème papillaire dermique.
- Infiltration du derme papillaire par les macrophages et lymphocytes T[24].

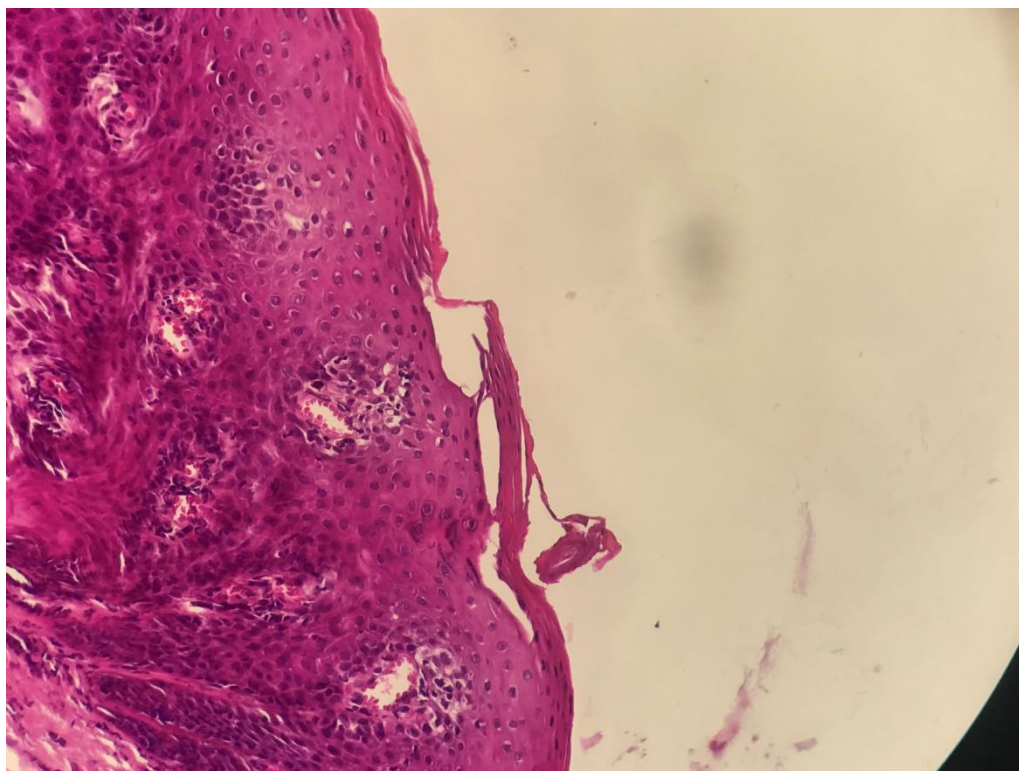


Figure 13 : Coupe histologique montrant une hyperkératose parakératosique, avec une hypogranulose et hyperacanthose..

Dans le psoriasis pustuleux, on retrouve au niveau es couches superficielles

- Des Pustules spongiforme multiloculaire, cloisonnée par le reliquat des Membres de cellules épidermiques qui circonscrivent des logettes
- L'épiderme voisin peut présenter ou non les signes histologiques classiques du psoriasis.
- Le contenu des pustules est stérile.

Les micro-abcès de Munro et la pustule spongiforme de Kogoj sont très évocateurs de psoriasis mais non pathognomoniques, le diagnostic histologique ne peut être posé avec certitude en leur absence [24,35].

L'histologie est peu spécifique au stade d'érythrodermie, l'hyperkératose et parakératose s'associant à une spongiose au niveau épidermique. L'infiltrat dermique est majoritairement lymphocytaire, avec de rares polynucléaires [24].

Dans notre série, l'histologie était en faveur du psoriasis chez tous nos malades.

VI. Diagnostic différentiel

1. Psoriasis érythrodermique [36] :

Dans cette forme le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec le lymphome cutané T (Mycosis fungoïde ou syndrome de Sezary), généralisation d'un eczéma atopique, et avec une toxidermie médicamenteuse.

2. Psoriasis pustuleux : [19,37,38]

-La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) : il s'agit d'une éruption qui survient en moins de 48h après la prise médicamenteuse, le début est brutal, avec une fièvre et une éruption généralisée qui se couvre rapidement de pustules non folliculaires superficielles. L'éruption prédomine sur le tronc et les grands plis.

Les médicaments les plus souvent incriminés sont les bêta-lactamines, macrolides, carbamazépine, inhibiteurs calciques.... Une origine virale est possible.

-Le nécrolyse épidermique toxique: se caractérise par son début brutal, et forme de nappes érythémateuses avec pseudo-aspect pustuleux et décollement cutané. L'atteinte muqueuse, l'aspect histologique et l'évolution permettent de distinguer les deux entités.

-La pustulose sous-cornée de Sneddon-Wilkinson : Réalise une éruption vésiculopustuleuse circinées, serpiginieuses, se localise essentiellement sur le thorax et abdomen. L'histologie a une grande importance, puisqu'elle montre le caractère uniloculaire des pustules.

-L'impétigo herpétiforme de Hebra-kaposi : les lésions reproduisent l'aspect du psoriasis pustuleux généralisé. Les atteintes muqueuses à type de pustules, bulles, érosions sont souvent présentes, la présence d'une hypocalcémie, peut orienter le diagnostic, Il s'accompagne souvent de signes généraux graves.

3. Psoriasis vulgaire généralisé: [36]

-L'eczéma généralisé, la dermatite séborrhéique, le lymphome et le pityriasis rubra pilaris sont les principaux diagnostics différentiels.

4. Psoriasis arthropathique :

-la polyarthrite rhumatoïde et les autres spondyloarthropathies (spondylarthrite ankylosante) constituent les principaux diagnostics différentiels [22.39].

VII. Situations particulières :

1. Psoriasis sévère de l'enfant :[40, 41]

Chez l'enfant, toutes les formes de psoriasis (en plaques, inversé, unguéal, érythrodermique, pustuleux...) sont observées. Cependant le psoriasis en goutte est fréquent chez les enfants et peut évoluer vers un psoriasis en plaque, les facteurs infectieux (infections streptococciques) sont souvent incriminées.

Expliquer la maladie à l'enfant et à ses parents constitue une grande part de la prise en charge (qu'est-ce que le psoriasis, qu'elle est son évolution, l'absence de caractère contagieux...), et l'objectif, les moyens et les limites des traitements. Il existe quelques études thérapeutiques évaluant les traitements locaux au cours du psoriasis de l'enfant, peu de données sont disponibles pour les traitements généraux, à l'exception récemment d'études avec l'étanercept

Le diagnostic différentiel chez l'enfant se pose avec les troubles de la kératinisation congénitaux, et avec certaines dermatoses acquises comme la dermatite atopique, l'eczéma, dermite irritative...

Le psoriasis chez l'enfant est moins fréquent que chez l'adulte. Nous avons noté dix cas de psoriasis de l'enfant dans notre série (10%), il s'agissait d'un psoriasis pustuleux chez 10% des cas, psoriasis érythrodermique chez 20% des cas et vulgaire chez 70% des cas. Chez 30 à 50 % des patients, le psoriasis débute dans l'enfance, et dans 2 à 5 % des cas, le début a lieu avant deux ans. Le diagnostic est clinique et le recours aux explorations complémentaires n'est pas nécessaire dans la majorité des cas.

2. Psoriasis sévère et grossesse : [42, 43,44].

Le psoriasis peut s'améliorer ou s'aggraver durant la grossesse, les mécanismes de l'influence sont mal connus, Les poussées en postpartum sont observées chez 87% des femmes. L'impétigo herpétiforme est considéré par certains auteurs comme une poussée de psoriasis pustuleux.

Le psoriasis n'entraîne pas de complications maternelles ni fœtales. La majorité des traitements sont contre indiqués chez la femme enceinte. Cependant seuls, les UVB et les dermocorticoïdes qui sont autorisés pendant grossesse.

Dans notre série, aucun cas de psoriasis n'était déclenché par la grossesse, cependant, Bouzekraouia rapporté un seul cas de psoriasis déclenché par la grossesse[16].

3. Psoriasis et l'infection par le virus d'immunodéficience humaine(VIH):

Chez les patients VIH positifs, le psoriasis a la même prévalence que dans la population générale mais il est plus sévère et résistant, certains aspects cliniques du psoriasis sont plus fréquemment rencontrés : sébo-psoriasis avec atteinte du cuir chevelu, rhumatisme psoriasique [45].

Le traitement est plus difficile, souvent amélioré par la trithérapie [45].

Comme les autres séries marocaines, aucun de nos patients n'a été séropositif au VIH.

VIII. Traitement :

1. Le But

- Pas de traitement curatif, le traitement est suspensif avec risque de rechute à l'arrêt
- Rendre les lésions tolérables pour le malade.
- La surveillance et prise en charge des effets iatrogène potentiels.
- Soutien et prise en charge psychologique.

2. Les moyens :

2.1. Traitements locaux :

▪Bains et émoullients :

Les bains et les émoullients permettent de soulager le prurit et décapier les lésions, leur toxicité est nulle et leur coût est très faible. L'usage des émoullients de même que celui des bains est très utile dans toutes les formes du psoriasis. C'est un traitement de choix dans les psoriasis peu inflammatoires et diffus [46].

Comme les autres séries marocaines, les émoullients ont été prescrits chez tous nos patients

▪Dermocorticoïdes :

Les points d'impact des corticoïdes sont multiples [16,47,48] :

- Action antiinflammatoire par la synthèse des facteurs anti-inflammatoires (lipocortine, interleukine [IL]-10, récepteur à l'IL-1...); inhibition de la synthèse de facteurs proinflammatoires (cyclo-oxygénases de type 2, cytokines, interleukines...)
- Action immunosuppressive : une diminution de la prolifération et de la migration des lymphocytes T ; diminution du nombre de cellules épidermiques de Langerhans ; diminution de la fonction des cellules macrophagiques et inhibition de la libération de cytokines (IL-2 et IL-1).

- Action vasoconstrictrice locale par diminution de synthèse de monoxyde d'azote, et en réduisant l'œdème et l'érythème.
- Action antirégénération cutanée en diminuant de la fonction des fibroblastes, en réduisant la production de collagène.

La durée de traitement doit être brève afin d'éviter, la corticorésistance, et pour limiter les effets secondaires.

L'association des dermocorticoïdes avec l'acide salicylique dans le même topique favorise la pénétration, et elle est utile lorsque les squames.

Le choix du niveau d'activité dépend de nombreux facteurs : l'âge, l'étendue des lésions et la topographie des lésions.

L'efficacité thérapeutique des dermocorticoïdes est souvent rapide, mais une corticorésistance peut se développer.

- 3% de nos malades ont été mis sous dermocorticoïdes, cependant 41,8% des cas dans la série de Jalal, et 89% des cas dans la Bouzekraoui ont été traités par les dermocorticoïdes

▪ **Kératolytiques** : [16,48,49,50]

L'utilisation des préparations salicylées doit être limitée à quelques jours et doivent être arrêtés lorsque le décapage des lésions est obtenu. L'acide salicylique peut être associé à d'autres principes actifs, en particulier les dermocorticoïdes.

Les crèmes à l'urée à une concentration supérieure à 10 % est préférée à l'acide salicylique par certains auteurs surtout chez les enfants

Dans notre série, la vaseline salicylée à des concentrations variables de 2 à 10 % selon les localisations, le degré d'hyperkératose, et la surface à traiter et de l'âge, a été prescrite chez 59 patients (59%) essentiellement dans le psoriasis vulgaire généralisé, érythrodermique, et arthropathique,

Cependant 100% des cas dans la série de Jalal et que 18% des cas dans la série de bouzekraoui qui ont été traités par les kératolytiques.

▪ **Réducteurs** : [16.47, 48].

Les préparations à base de goudron et l'anthraline qui est un dérivé synthétique de la chrysarobine ne sont plus recommandés en raison de leurs effets secondaires.

Comme les autres séries marocaines, ils n'ont pas été prescrits.

▪ **Les analogues de la vitamine D** :

Les dérivés de la vitamine D3 sont souvent indiqués en 1ère intention chez les patients ayant un psoriasis localisé. Ils peuvent être utilisés seuls ou en association avec les dermocorticoïdes.

Le calcipotriol doit être appliqué deux fois par jour, la dose ne doit pas excéder 100 à 200mg/semaine.

L'irritation locale, les troubles du métabolisme phosphocalcique sont les principaux effets secondaires, ils sont contre indiqués en cas de grossesse, d'insuffisance rénale, hypercalcémie et chez l'enfant < 2 ans[51].

Dans notre série 4% de nos patients ont été mis sous les dérivés de la vitamine D, cependant, ils ont été plus prescrits dans les autres séries marocaines, 14 % des cas dans la série Bouzekraoui et 13,75% des cas dans la série de Jalal [16.48].

▪ **Rétinoïdes locaux** :

Le Tazarotène est un rétinoïde acétylénique; son mécanisme d'action est toujours inconnu. L'amélioration de l'état des patients au cours du psoriasis est liée à la restauration d'une morphologie normale de la peau, à la réduction des marqueurs de l'inflammation, ainsi qu'à la diminution des marqueurs de l'hyperplasie épidermique et de la différenciation kératinocytaire anormale.

Il est indiqué dans le psoriasis localisé avec une surface cutanée atteinte <10%. Il est contre-indiqué en cas de grossesse et d'allaitement. Une irritation secondaire peut être observée [52,53].

Comme les autres séries marocaines, ce traitement n'a pas été prescrit.

▪ **Immunosuppresseurs locaux**

Les deux immunosuppresseurs locaux disponibles sont le tacrolimus et le pimécrolimus. Ils n'ont pas d'AMM dans le psoriasis, mais ils sont efficaces dans le traitement des lésions du visage, des plis et des organes génitaux [54].

Comme les autres séries marocaines, ce traitement n'a pas été prescrit.

2.2. Traitement systémiques :

▪Photothérapie :

La photothérapie UVB est un traitement qui fait appel aux rayons Ultraviolets proches de ceux du soleil, Aucune prise médicamenteuse, préalable n'est nécessaire. Cependant, La puvathérapie est une exposition aux UVA nécessitant la prise par voie orale d'un médicament photosensibilisant (le psoralène), deux heures avant la séance.

La cure comprend une trentaine de séances (trois par semaine), La dose optimale par séance est atteinte progressivement [55,56].

L'association de la puvathérapie avec d'autres traitements systémiques (Rétinoïde) donne des meilleurs résultats [55.58].

La régression des lésions est obtenue habituellement après une vingtaine de séances dans 75% des cas[57].

La puvathérapie est indiquée en de 1 ère intention dans les formes étendues du psoriasis résistants aux traitements locaux, la durée du traitement doit être limitée, et la dose cumulée totale doit être précisée en J/cm² sans dépasser 1000 J/cm².

Risques à court terme

Erythème, sécheresse cutanée, prurit et l'induction d'une dermatose : lucite, poussée d'herpès récurrent.

Risques à long terme

Les principaux risque sont ophtalmologiques (cataracte), et cutanés (risque de cancers cutanés).

Elle est contre-indiquée en cas d'antécédents personnels de cancer cutané, d'expositions antérieures aux rayons X, de présence de lésions précancéreuses cutanées. Le risque de développer un cancer cutané est lié à la dose cumulée totale, notamment quand le nombre de séances est supérieur à 250 séances reçues.

Dans notre série, 15% ont été traités par photothérapie avec blanchissement complet chez 86% et partielle chez 14% des cas. 3.75 % des cas ont été traité par photothérapie dans la série de Bouzekraoui, et aucun cas dans la série de Jalal en raison de l'absence de la cabine de photothérapie.[16,48].

▪ **Méthotrexate : [16,48,58,59]**

Il est utilisé pour ses effets antiprolifératifs, anti-inflammatoires et immunomodulateurs .

La molécule la plus utilisée, active sur toutes les formes sévères du psoriasis surtout arthropathique mais également pustuleux, érythrodermique ou généralisé.

Dans notre série, le méthotrexate a été prescrit chez 39% de nos patients, c'est le traitement prescrit en 1ère intention dans notre service en cas de psoriasis pustuleux, arthropathique, érythrodermique, et vulgaire étendu après échec de la photothérapie, vu son faible cout, et sa disponibilité au Maroc.

Les effets secondaires sont nombreux : un effet tératogène, une hépatotoxicité, une atteinte hématologique (leucopénie, thrombopénie, anémie). Les effets secondaires cutanés et muqueux à type d'ulcérations des muqueuses, des plaques psoriasiques, de photosensibilité, d'alopécie, et de prurit sont rares, l'atteinte pulmonaire exceptionnelle. L'asthénie est souvent importante, les troubles digestifs sont divers.

La supplémentation en acide folinique (5 mg/j, sauf le jour d'administration du méthotrexate) peut permettre la réduction de certains effets secondaires.

Dans notre série nous avons noté :

2 cas d'anémie.

2 Cas de cytolysse hépatique.

1 Cas de pseudo-maladie cœliaque induite par le méthotrexate, justifiant l'arrêt.

1 Cas de neutropénie.

Le méthotrexate est le traitement le plus utilisé dans tous les séries, 39% des cas dans notre série et dans la série de Bouzekraoui, et 68.75% des cas dans la série de Jalal.

▪ **Ciclosporine : [16,48,59,60]**

C'est immunosuppresseur ayant une activité sur les kératinocytes, c'est un excellent traitement à court terme qui permet d'induire des rémissions rapides. La posologie initiale est de 2,5 mg/kg/j en 2 prises (4 mg/kg/j dans les érythrodermies), augmentée si nécessaire toutes les 2-4 semaines sans dépasser 5 mg/kg/j.

L'arrêt du traitement se fait sans décroissance.

Du fait de sa néphrotoxicité, il est surtout utilisé en cures courtes de 3 mois, mais peut en cas de bonne tolérance être maintenu jusqu'à 2 ans au plus à des doses d'environ 3 mg/kg/j

Dans notre étude, ce traitement a été prescrit chez 1% des cas, aucun malade n'a reçu ce traitement dans les autres séries en raison de son coût très élevé, le manque des moyens des patients [16,48].

▪ **Rétinoïdes :**

L'Acitrétine agit en régulant la prolifération et la différenciation kératinocytaire.

L'acitrétine (Soriatane®) elle a obtenu l'AMM dans le traitement du

psoriasis en 1988. Elle est disponible sous formes de gélules dosées à 10 et à 25 mg.

La posologie est choisie en fonction de l'âge et de la tolérance du patient.

Le traitement est débuté habituellement avec une dose de 10 mg/j en une prise au cours d'un repas (obtention d'une meilleure concentration plasmatique). Ensuite, les doses sont progressivement augmentées de 10 mg toutes les 2 à 3 semaines jusqu'à la dose maximale tolérée, c'est-à-dire, la dose entraînant une chéilite supportable.

Les effets secondaires apparaissent au bout de 15 jours du fait de la demi-vie de l'acitrétine.

La posologie moyenne efficace chez l'adulte est de 0,5 à 0,8 mg/kg/j par jour. Des posologies supérieures à 50 mg/j ne sont pas nécessaires, à l'exception des poussées de psoriasis pustuleux généralisé (jusqu'à 1 mg/kg/j au moment de la poussée). En cas d'inefficacité de l'acitrétine, une association avec d'autres thérapeutiques (photothérapie) ou une alternative thérapeutique devront être discutées [60,61].

Dans notre série, il a été prescrit chez 6% des cas, cependant il a été prescrit chez 16.25% des cas dans la série de Jalal et 22% des cas dans la série de Bouzekraoui. à noter que, dans notre contexte, il est prescrit en 2^{ème} intention (non disponible au Maroc et coûteux) [16,48].

▪ **Nouveaux traitements systémiques à administration orale** : [62,63].

-**Aprémilast** : C'est un inhibiteur de la phosphodiesterase (PDE4) indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez les adultes en cas d'échec, contre-indication et/ou d'intolérance aux autres. La posologie recommandée est de 30 mg 2 fois/j.

Il est bien toléré et il ne nécessite pas de surveillance biologique particulière. Les effets secondaires sont dominés par des infections des

voies aériennes supérieures et des troubles digestifs.

-Tofacitinib : C'est un inhibiteur préférentiel des JAK-1 et 3, utilisé à la dose de 10 mg/j

Le principale effet secondaire est d'ordre infectieux, les infections peuvent être sévères (zona, tuberculose...)

Nous n'avons également pas l'expérience avec ces deux médicaments coûteux non encore disponibles au Maroc.

▪ **Thérapeutiques biologiques** : [63]

Il existe 3 types d'agents :

-Les agents anti-TNF alfa :

Etanercept, protéine de fusion mimant le récepteur soluble du TNF alfa,

Infliximab, anticorps anti-TNF alfa chimérique,

Adalimumab, anticorps anti-TNF humain

-Les agents ciblant l'IL-12 et l'IL-23 : ustékinumab, anti-corps monoclonal humain cible la sous unité p40 commune à l'IL-12 et l'IL-23 ;

-Les agents ciblant l'IL-17 : sécukinumab et ixékizumab

Les Biothérapies utilisées dans le traitement du psoriasis sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 17 : Les Biothérapies utilisées dans le traitement du psoriasis

Type d'agent	Administration et dose	Réponse PASI 75/90	Effets indésirables spécifiques, remarques
Inhibiteurs du TNF-α			
Étanercept <i>Protéine de fusion humaine fragments du récepteur TNFR2 et IgG</i> <i>Se fixe au TNF-α et à la lymphotoxine-α</i>	SC 50 mg \times 1 ^a ou \times 2 ^a /sem. (\times 2/sem. uniquement M1-3 1 ^{er} cura, puis \times 1/sem.) Traitement en cures possible Enfant : 0,8 mg/kg/sem.	S12 ^a : 38 % S12 ^b : 49 %/21 % S24 ^a : 71 %/39 % S52 : 58 %/37 % S12 : 57 %/27 % S36 : 68 %/41 %	Réactions au site d'injection
Infliximab <i>Ac monoclonal chimérique contre le TNF-α</i>	Produit hospitalier Perf IV sur 2 h, 5 mg/kg à S0, 2, 6 puis toutes les 8 sem. Traitement continu	S10 : 81 %/57 % S24 : 86 %/58 % S50 : 60 %/45 %	Réactions immédiates ++ et \pm retardées à la perfusion ↓ Efficacité liée à la présence d'Ac anti-infliximab ↑ Enzymes hépatiques (5 %)
Adalimumab <i>Ac monoclonal humain contre le TNF-α</i>	SC 80 mg S1 puis 40 mg 1 sem./2 Traitement continu Enfant : 0,8 mg/kg/2 sem.	S16 : 71 %/45 % S160 : 70 % S16 : 58 %/29 %	Réactions au site d'injection ↓ Efficacité liée à la présence d'Ac anti-adalimumab (\pm)
Inhibiteur de l'IL-12 et de l'IL-23 (sous-unité p40 commune)			
Ustékinumab <i>Anticorps monoclonal IgG1k entièrement humain qui cible la sous-unité p40 commune à l'IL-12 et l'IL-23</i>	SC 45 mg à S0 et S4 puis toutes les 12 sem. Si patient > 100 kg : 90 mg possible Enfant < 60 kg : 0,75 mg/kg	S4 (selon poids) : 21 %/6 % S12 (45 mg) : 67 %/42 % S28 (45 mg) : 71 %/49 % S52 (45 mg) : 87 %/48 % S12 (90 mg) : 76 %/51 % S28 (90 mg) : 79 %/56 % S52 (90 mg) : 91 %/65 %	Prudence d'emploi si nombreux facteurs de risque cardiovasculaire
Inhibiteurs de l'IL-17			
Sécukinumab <i>Anticorps monoclonal IgG1 entièrement humain qui cible l'IL-17A et se lie spécifiquement à la forme homodimérique AA</i>	SC 300 mg à S0, S1, S2, S3, S4 (induction) puis 300 mg toutes les 4 sem.	S4 : 50 %/21 % S12 : 76-87 %/54-60 % S52 : 74-77 %/60-65 %	Infections à <i>Candida albicans</i> Neutropénies Exacerbation de MICI
Ixékizumab* <i>Anticorps monoclonal IgG4 humanisé dirigé contre l'IL-17A qui se lie à la forme homodimérique AA et à la forme hétérodimérique AF</i>	SC 160 mg à S0 puis 80 mg toutes les 2 ^a ou 4 ^a sem.	S8 ^a : 81 %/51 % S8 ^b : 75 %/54 % S12 ^a : 88 %/70 % S12 ^b : 77 %/61 %	Infections à <i>Candida albicans</i> Neutropénies Exacerbation de MICI
Brodalumab* <i>Anticorps monoclonal IgG2 entièrement humain qui cible la chaîne IL-17RA, commune aux récepteurs des IL-17A, F, C et E</i>	SC 140 ou 210 mg à S0, S1, S2, S4, S6, S8, S10 (induction), puis 140 ou 210 mg toutes les 2 sem.	S12 (140 mg) : 77 %/50 % S12 (210 mg) : 82 %/70 % S52 (210 mg) : 80 %/74 %	Infections à <i>Candida albicans</i> Neutropénies Exacerbation de MICI Épisodes dépressifs

Dans notre série, l'Adalimumab était prescrit chez deux patientes, et Séckinimumab chez 3 patients.

Les biothérapies sont des nouvelles molécules, qui n'ont pas été prescrites dans les séries marocaines, cependant en France, 15 % des psoriasiques sont sous biothérapie.

Autres thérapeutiques

La disulone et la colchicine restent des alternatives possibles dans le psoriasis pustuleux [64]. Les cures de balnéothérapie ont donné des résultats satisfaisants.

La cure thermale, outre son efficacité thérapeutique entraîne un bénéfice psychologique indéniable [65, 66].

La prise en charge psychologique : Comme dans toutes les dermatoses chroniques, l'accompagnement psychologique des patients permet de diminuer les répercussions psychosociales de la maladie [69,70].

Tableau 18 : Les différents traitements prescrits selon les différentes études marocaines.

	Jalal Marrakech	Bouzekri Marrakech	Notre série
Emollient	100%	100%	100%
Kératolytique	100%	18%	59%
Dermocorticoïde	41.8%	89%	3%
Les analogues de la vitamine D.	13.75%	14%	4%
Puvathérapie	0%	3.57%	15%
Méthotrexate	68.75%	39%	39%
Rétinoïde	16.25%	22%	6%
Ciclosporine	0%	0%	1%
Biothérapie	0%	0%	5%

3. Indications :

Elles dépendent de la gravité du psoriasis, des localisations cutanées, de l'existence d'une atteinte articulaire; du retentissement sur la qualité de vie du patient et de sa demande thérapeutique; des contre-indications éventuelles et des antécédents du patient.

3.1. Psoriasis érythrodermique :

Son traitement est difficile, il nécessite une hospitalisation, avec des traitements systémiques comportant principalement les rétinoïdes, méthotrexate, et la ciclosporine [67].

Dans notre série, le méthotrexate était prescrit chez 15 cas (71,5%), les rétinoïdes chez 2 cas (9,5%), et le Secukinumab était indiqué chez 2 cas (9,5%) suite à l'échec de méthotrexate et la photothérapie qui ont été prescrits par leurs dermatologues de ville.

Le recours au traitement systémique était jugé non nécessaire chez 2 patients (9,5%), vu la régression spontanée des lésions au cours d'hospitalisation.

3.2. Psoriasis pustuleux :

L'Acitrétine est indiquée en première intention, le méthotrexate et la ciclosporine sont des alternatives thérapeutiques en cas d'échec ou de contre-indication de l'Acitrétine [31].

Dans notre étude, l'acitrétine était prescrite chez 4 malades (50% des cas), le méthotrexate chez 3 cas (37,5%) et la ciclosporine chez un cas (12,5%).

3.3. Psoriasis vulgaire étendu :

Le traitement varie selon le profil de la maladie et du patient, et fait appel à la photothérapie avec ou sans rétinoïdes, aux rétinoïdes seuls (acitrétine), au méthotrexate, et à la ciclosporine [24].

En cas d'échec ou d'intolérance à ces traitements, l'aprémilast et les biothérapies sont indiquées.

Dans notre étude 15 patients (23,4%) ont été mis sous méthotrexate, et 15 patients (23.4%) sous photothérapie.

Le manque des moyens, l'impossibilité de se déplacer pour les séances de photothérapie chez certains malades, et la balance bénéfice/risque de certaines thérapeutiques, ont limité la prescription du traitement systémique chez certains patients.

3.4. Psoriasis arthropathique :

Les traitements de référence dans le Rhumatisme psoriasique sont méthotrexate, anti-TNF alfa, anti-IL-12/IL-23, anti-IL-17 [24].

Dans notre étude, 85.5% des cas ont été mis sous méthotrexate, et 14.5 % sous anti-TNF alfa.

IX. Evolution et pronostic

1. Evolution

Il s'agit d'une dermatose chronique évoluant par poussées entrecoupées de remissions. La poussée est constatée chaque fois qu'il y a réapparition ou extension d'une ou plusieurs plaques anciennes ou s'il en apparait de nouvelles. Les rémissions surviennent souvent au cours de l'été, sous l'effet des rayons UV, expliquant la régression plus lente des plaques situées aux zones bastions (coudes, genoux, région lombo-sacrée) [27].

Le traitement du psoriasis accélère habituellement la rémission ou du moins produit une régression des lésions.

Dans notre série, 20% des cas ont rechuté, ce qui concorde avec les autres séries marocaines, 13,75 % dans la série de Jalal, et 28 % dans la série de Bouzekraoui.

2. Pronostic :

2.1. Scores de sévérité [68,69,70]

1-Surface cutanée :

L'estimation du pourcentage de la surface cutanée atteinte fait appel à la règle des 9, le psoriasis est considéré modéré à sévère si la surface cutanée atteinte est > 10 %

2-Psoriasis area severity index(PASI)

Le PASI est un score qui permet d'apprécier la sévérité du psoriasis et de l'efficacité du traitement sans prendre en compte la qualité de vie du patient

La surface de la peau est distinguée selon 4 régions corporelles, tête : 10%, Membres supérieurs : 20%, Tronc : 30% , Membres inférieurs : 40%.

Selon la proportion d'atteinte de la zone en question, la quote variera de 0 (absence d'atteinte au niveau de la zone considérée) à 6 ($\geq 90\%$ d'atteinte dans

la zone considérée).

Symptômes sont l'érythème, desquamation et infiltration, chacun de ces paramètres est coté de 0 à 4, ainsi, le score peut s'échelonner entre 0 et 72.

-On considère que le psoriasis est léger si le PASI < 3, modéré si 3 < PASI < 15, et sévère si le PASI > 15.

Le PASI est aussi utilisé pour évaluer le succès du traitement, il indique en pour cent l'étendue de la réduction des lésions, un PASI 75 correspond à une amélioration de 75% du psoriasis, et un PASI 100 correspondrait à 100% d'amélioration

2.2. Autres scores :

D'autres scores peuvent être utilisés comme le PGA (Physician's global assessment, et DLQI (dermatology index of disease activity)

2.3. Morbidité et mortalité

La mortalité est très faible [24], l'étude de Joel Gelfand a conclu que les personnes ayant un psoriasis sévère présenteraient un risque de mortalité plus élevé. En effet, ils décèderaient de 3,5 années (pour les hommes) à 4,4 années (pour les femmes) plus tôt. En revanche, aucun surrisque n'a été constaté pour les malades souffrant de psoriasis modéré [71, 72].

D'un autre côté, l'étude de Margolis et al a démontré que la mortalité était également rapportée au risque plus élevé de cancers lymphoprolifératifs et cancer cutané chez les malades atteints de psoriasis sévère [73].

Dans notre série, aucun décès n'est répertorié, cependant, Jalal a rapporté 2,5% des décès, et Bouzekraoui a rapporté 3.5% des décès.



Conclusion



Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse, d'une prévalence globale de 1 – 3 %, elle peut toucher les adultes et les enfants, Il se manifeste par des plaques érythémato-squameuses siégeant préférentiellement aux coudes, genoux et lombes. Toutefois, il existe des formes graves et sévères dont la fréquence est probablement sous-estimée.

Les formes graves du psoriasis sont rares et se caractérisent par un polymorphisme lésionnel, Le traitement est difficile et nécessite le recours à des traitements systémiques onéreux nécessitant une surveillance régulière et prolongée.

Nous déduisons de notre travail la nécessité d'agir sur les facteurs déclenchants par la remise de la liste des médicaments qui peuvent induire ou aggraver un psoriasis, l'obligation d'un suivi et une surveillance régulière des malades, l'importance de la prise en charge psychologique vu l'impact de la maladie sur la qualité de.

Les progrès dans la compréhension de la pathogenèse ont permis l'élaboration des traitements plus spécifiques qui permettent une évolution spectaculaire, mais jusqu'aujourd'hui, ces traitements sont suspensifs



Références



- [1]. H. Benchikhi et col, Étude PSOMAG : prévalence des cas de psoriasis au Maghreb, *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, JDP2012.
- [2]. B. Halioua, Histoire du psoriasis, *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2019) 146, 160—165.
- [3]. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 2007;445:866–73
- [4]. Bowcock AM. Psoriasis genetics: the wayforward. *J Invest Dermatol* 2004;122: XV–II.
- [5]. M. Ammar et al. / *Pathologie Biologie* 62 (2014) 10–23.
- [6]. JULLIEN D, BARKER JN. Genetics of psoriasis, *JEADV* 2006 ; 20 (Suppl 2) : S42–51
- [7]. GUILHOU JJ, Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie, *EncyclMédChir, Dermatologie*, 98-190-A-10, 2000, 17p
- [8]. CONSUELO H, ELENA R, LUIS A. Incidence and Risk Factors for Psoriasis in the General Population, *Arch Dermatol* 2007; 143 (12): 1559-1565
- [9]. Esra Adışen, Prevalence of smoking, alcohol consumption and metabolic syndrome in patients with psoriasis, *An Bras Dermatol*. Mar-Apr 2018;93(2):205-211
- [10]. FORTES C, MASTROENI S, LEFFONDRE K. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis *Arch Dermatol* 2005; 141 (12): 1580-4
- [11]. HERRON M, HINCKLEY M, HOFFMAN M. Impact of Obesity and Smoking on Psoriasis Presentation and Management *Arch Dermatol* 2005; 141 (12): 1524-1537
- [12]. Grace K Kim, Drug-provoked psoriasis: is it drug induced or drug aggravated?: understanding pathophysiology and clinical relevance, *J Clin Aesthet Dermatol*. 2010 Jan;3(1):32-8.

- [13]. Thomas J Stewart, The associations between psychological stress and psoriasis: a systematic review, *Int J Dermatol*. 2018 Nov;57(11):1275-1282.
- [14]. Abdelmoati Hawilo, Erythrodermic psoriasis: epidemiological clinical and therapeutic features about 60 cases. *Tunis Med*. 2011 Nov;89(11):841-7.
- [15]. EL JAMMAL H M. Psoriasis Etude Epidémiologique Au Service De Dermatologie Du Chu Ibn Rochd Thèse doctorat médecine, Casablanca; 2003, n°111
- [16]. BOUZEKRAOUI T, LES FORMES GRAVES DU PSORIASIS, Thèse doctorat médecine, Marrakech; 2010, n°46.
- [17]. FATMI M. Aspects cliniques et thérapeutiques des psoriasis sévères Thèse doctorat médecine, Casablanca; 1999, n° 20.
- [18]. DAOUD L, DHAOUI MR, YOUSSEF S. Management of severe psoriasis: about 50 cases *Tunis Med*. 2007; 85 (10): 849-56
- [19]. MENNO A, AMBER Y, GOEDKOO P, Overview of psoriasis, *Dermatol Therap* 2004; 17: 341–4920.
- [20]. TAY YK, THAM SN. The profile and outcome of pustular psoriasis in Singapore: a report of 28 cases *Int J Dermatol* 1997; 36 (4): 266-71.
- [21]. CLAUDEPIERREA P, BAGOT B M, Rhumatisme psoriasique, *Ann Dermatol Vénéreol* 2008 ; 135, (Suppl 4) : S263-268
- [22]. HENNO M, RAUSIN A, MALAISE M, Psoriasis Et Arthrite Psoriasique, *Rev Med Liege* 2006; 61 (6): 334-340
- [23]. QUEIRO R, ALPERIA M, LOPEZA A, L'expression clinique, contrairement aux paramètres évolutifs, peut varier selon l'âge de début de la maladie dans le rhumatisme psoriasique *Rev Rhum* 2008 ; 75 (9): 813-817
- [24]. Item 114 — UE 4 Psoriasis. *Ann Dermatol Vénéreol* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.01.017>

- [25]. Brandon A, Mufti A, Gary Sibbald R. Diagnosis and Management of Cutaneous Psoriasis: A Review, *Adv Skin Wound Care*. 2019 Feb;32(2):58-69.
- [26]. D. Sid-Mohand. Le psoriasis du cuir chevelu, *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2009), 136, S39-S41
- [27]. JJ Guilhou, L Dubertret et al. Psoriasis : Diagnostic, evolution, physiopathologie, principes du traitement. <http://www.assim.refer.org/psoria/htm>.
- [28]. LAPEYRE H, HELLOT MF, JOLY P. Motifs d'hospitalisation des malades atteints de psoriasis *Ann Dermatol Vénéréol* 2007; 134 (5): 433-436.
- [29]. Singh RK, Lee KM, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, Farahnik B, Abrouk M, Nakamura M, Zhu TH, Liao W. Psoriasis (Auckl). 2016;6:93-104.
- [30]. H. Bachelez, Psoriasis pustuleux ; *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2012) 139, S34-S38
- [31]. A Navarini, European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis, *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Nov;31(11):1792-1799.
- [32]. Shah M, Al Aboud DM, Crane JS, Kumar S, Pustular Psoriasis. 2020 Aug 10. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.
- [33]. Boehncke WH, Schön MP ; Psoriasis . *Lancet*. 2015 Sep 5;386(9997):983-94.
- [34]. Menter A. Psoriasis and psoriatic arthritis overview. *Am J Manag Care*. 2016 Jun;22(8 Suppl):s216-24.
- [35]. Baran R, Comment reconnaître et traiter un psoriasis unguéal, *Presse Med* (2014)
- [36]. Lebwohl M. Psoriasis. *Ann Intern Med*. 2018 Apr 3;168(7):ITC49-ITC64.

- [37]. Bachelez H, Pustular Psoriasis: The Dawn of a New Era. *ActaDermVenereol*. 2020 Jan 30;100(3):adv00034.
- [38]. Hoegler KM, John AM, Handler MZ, Schwartz RA, Generalized pustular psoriasis: a review and update on treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Oct;32(10):1645-1651.
- [39]. Napolitano M, Caso F, Scarpa R, Megna M, Patrì A, Balato N, Costa L. Psoriatic arthritis and psoriasis: differential diagnosis. *Clin Rheumatol*. 2016 Aug;35(8):1893-1901. ,
- [40]. Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Seyger MM, Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. *Paediatr Drugs*. 2015 Oct;17(5):373-84.
- [41]. Mahé E . Childhood psoriasis. *Eur J Dermatol*. 2016 Dec 1;26(6):537-548. doi: 10.1684/ejd.2016.2932.
- [42]. Hoffman MB, Farhangian M, Feldman SR. Psoriasis during pregnancy: characteristics and important management recommendations. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015 Jun;11(6):709-20.
- [43]. WEATHERHEAD S, ROBSON SC, REYNOLDS NJ. Management of psoriasis in pregnancy *BMJ* 2007; 334: 1218-1220.
- [44]. NIJSTEN T, LOOMAN CW, STERN RS. Clinical severity of psoriasis in last 20 years of PUVA study *Arch Dermatol* 2007; 143 (9): 1113-2.
- [45]. M. Guignant et coll, Détection et impact d'une séropositivité VIH chez les patients atteints de psoriasis. Une enquête de pratiques, *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 146, Issue 4, April 2019, Pages 265-272.
- [46]. LEBWOHL M, ALI S. Treatment of psoriasis. Part 1. Topical therapy and phototherapy *J Am Acad Dermatol* 2001; 45(4): 487-98
- [47]. Sébastien Faure, Dermocorticoïdes, *Actualités Pharmaceutiques*, Volume 53, Issue 537, June 2014, Pages 53-56.

- [48]. JALAL O, HOUASS S, LAISSAOUI K, AMAL S. Formes graves de psoriasis : 160 cas *Ann Dermatol Vénéréol* 2005; 132 (2) :126–128
- [49]. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, Alavi A, Mistry N, Sibbald RG. A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Adv Skin Wound Care* 2013;26(6):271-84.
- [50]. SULLIVAN JR. Treatments for severe psoriasis, *Aust Prescr* 2009; 32: 14–18
- [51]. Samarasekera EJ, Sawyer L, Wonderling D, Tucker R, Smith CH. Topical therapies for the treatment of plaque psoriasis: systematic review and network meta-analyses. *Br J Dermatol* 2013;168(5):954-67.
- [52]. Belon JP, Faure S, Pillon F. Pathologies et thérapeutiques commentées. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson;2013.
- [53]. François Pillon et all, Les traitements locaux du psoriasis, *Actualités Pharmaceutiques*, Volume 54, Issue 548, September 2015, Pages 21-25.
- [54]. 8. Nast A. et coll., *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015, 29, 2277.
- [55]. Groupe de recherche sur le psoriasis de la Société française de dermatologie, Lettre d'information sur la photothérapie, *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 138, Issue 12, Décembre 2011 , pages 857-858
- [56]. François Pillon et coll, Prise en charge du psoriasis par la photothérapie ,*Actualités Pharmaceutiques*, Volume 54, Numéro 548 , septembre 2015 , pages 33-35.
- [57]. SHNEIDER L, HINRICHS R, WCHARFFETTER K. Phototherapy and photochemotherapy *Clin dermatol* 2008, 26: 464-476
- [58]. PATEL RV, CLARK LN, LEBWOHL M, Treatments for psoriasis and the risk of malignancy, *J Am Acad Dermatol* 2009; 60 (6): 1001-17
- [59]. François Pillon et coll, Les traitements systémiques du psoriasis, *Actualités Pharmaceutiques*, Volume 54, Issue 548, September 2015, Pages 26-32.

- [60]. CHO V. The use of ciclosporin in psoriasis: a clinical review Br J Dermatol 2004; 150 (67): 1–10.
- [61]. E. Sbidian et coll, Acitrétine, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 146, Issues 6–7, Juin-juillet 2019, pages 454-458.
- [62]. Anna Berekmer, Tofacitinib for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis, Expert Rev Clin Immunol. 2018 Sep;14(9):719-730.
- [63]. Saurat, Dermatologie et infection sexuellement transmissible, 6^{ème} édition, 2017, page 543.
- [64]. SASSOLAS B, GARCIA C. Colchicine en dermatologie., Encycl Med Chir, Dermatologie 2003, 98-912-A-10 : 6 p.
- [65]. KAZANDJIEVA J, GROZDEV I, DARLENSKI R. Climatotherapy of psoriasis, Clin Dermatol 2008; 26: 477–485.
- [66]. HALVERSTAM C, LEBWOHL M. Nonstandard and off-label therapies for psoriasis Clin Dermatol 2008; 26: 546–553.
- [67]. ROSENBACH M, HSU S, KORMAN NJ. Treatment of erythrodermic psoriasis: From the medical board of the National Psoriasis Foundation, J Am Acad Dermatol 2009; 62 (4): 655-662.
- [68]. G. Lorette, L. Machet. scores et indices pour évaluer le psoriasis. Ann Dermatol Vénéréol 2004 ; 130 ; P847-9.
- [69]. <http://www.psoriasis-contact.be/>
- [70]. J. Berth-Jones, J. Thompson* and K. Papp_ on behalf of the Copenhagen Psoriasis Working Group. study examining inter-rater and intrarater reliability of a novel instrument for assessment of psoriasis: the Copenhagen Psoriasis Severity Index. British Journal of Dermatology 2008 159, pp407–412
- [71]. PARISER DM, BAGEL J, GELFAND J. National Psoriasis Foundation Clinical Consensus on Disease Severity, Arch Dermatol 2007; 143: 239-242.

- [72]. BARCLAY L. Severe, But Not Mild, Psoriasis May Increase Mortality by 50%. *Arch Dermatol* 2007; 143: 1493-1499.
- [73]. MARGOLIS D, BILKER W, HENNESSY S. The Risk of Malignancy Associated With Psoriasis, *Arch Dermatol* 2001; 137: 778-783.



Résumés



Résumé

Titre : Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des formes grave du psoriasis

Auteur : Hind PALAMINO

Mots clés : Psoriasis graves, Epidémiologie, Evolution

Introduction : Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, sa prévalence au Maroc est estimée à 1 %.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur 100 cas de psoriasis grave colligés entre Janvier 2011 et Décembre2020. Nous avons inclus les malades atteints d'un psoriasis pustuleux, érythrodermique ou arthropathique, et les formes généralisées du psoriasis vulgaire avec une surface cutanée >10% et PASI>15.

Résultats : L'âge des malades variait entre 4 et 89 ans avec une prédominance masculine. L'érythrodermie a été notée chez 21% des cas, un psoriasis pustuleux chez 8% des cas, un psoriasis généralisé chez 64% des cas et un rhumatisme psoriasique chez 7% des cas. Un traitement local par les kératolytiques, les dermocorticoïdes ou un dérivé de la vitamine D a été préconisé respectivement chez 59%, 3% et 4% des cas. Le méthotrexate était prescrit chez 39% cas, la photothérapie chez 15% des cas, les rétinoïdes chez 6 % des cas, la ciclosporine chez 1% des cas, et les biothérapies chez 5% des cas. L'évolution était favorable, 20 % ont rechuté, et aucun décès n'a été répertorié.

Discussion : Seules certaines formes du psoriasis peuvent mettre en jeu le pronostic vital (le psoriasis pustuleux et l'érythrodermie). Aucun décès n'a été répertorié dans notre série, le taux de mortalité est probablement sous-estimé car certains décès ont pu survenir dans d'autres services hospitaliers, plusieurs facteurs déclenchants ont été rapportés dans la littérature, les facteurs psychologiques ont été retrouvés dans 70 % à 100% des cas, dans notre série seulement 7% des cas qui ont rapportés un deuil, un stress et une dépression. Le traitement est souvent difficile, onéreux nécessitant une surveillance régulière.

Conclusion: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des formes grave du psoriasis.

Abstract

Title: Epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary profile of severe forms of psoriasis

Author: Hind PALAMINO

Keywords: Severe psoriasis, Epidemiology, Evolution

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis, its prevalence in Morocco is estimated at 1%

Materials and Methods: we carried out a single-center retrospective study on 100 cases of severe psoriasis collected between January 2011 and December 2020. We included patients with severe psoriasis: pustular, erythrodermic or arthropathic psoriasis, and generalized forms of psoriasis vulgar with a skin surface area > 10% and PASI > 15.

Results: The age of the patients varied between 4 and 89 years with a predominance of men. Erythroderma was noted in 21% of cases, pustular psoriasis in 8% of cases, generalized psoriasis in 64% of cases and psoriatic arthritis in 7% of cases. Local treatment with keratolytics, topical corticosteroids or a vitamin D derivative was prescribed in 59%, 3% and 4% of cases, respectively. Methotrexate was prescribed in 39% of cases, phototherapy in 15% of cases, retinoids in 6% of cases, cyclosporin in 1% of cases, and biotherapies in 5% of cases. The evolution was favorable. 20% of cases have relapsed, and no deaths have been reported.

Discussion: Only certain forms of psoriasis can be life-threatening (pustular psoriasis and erythroderma). No deaths were recorded in our series, the mortality rate is probably underestimated because some deaths may have occurred in other hospital departments, several triggering factors have been reported in the literature, psychological factors have been found in 70% to 100% of cases, in our series only 7% of cases that reported bereavement, stress and depression. Treatment is often difficult, expensive and requires regular monitoring.

Conclusion: This is a descriptive retrospective study of severe forms of psoriasis.

المخلص

العنوان: الملامح الوبائية والسرييرية والعلاجية والتطورية للأشكال الحادة من الصدفية

الكاتب: هند بلامينو

الكلمات المفتاحية: صدفية خطيرة ، وبائيا ، تطور

المقدمة: الصدفية هي مرض جلدي التهابي مزمن ، وتقدر نسبة انتشاره في المغرب بنسبة 1% ،

المواد والطرق: أجرينا دراسة استيعادية على حالات الصدفية الخطيرة التي تم جمعها بين يناير 2011 وديسمبر 2020. قمنا بإدراج 100 حالة من: الصدفية البثرية ، الصدفية الحمراء ، المفصلية، والأشكال المعممة من الصدفية المبتذلة مع مساحة السطح <10% و البازي <15.

النتائج: تراوح عمر المرضى بين 4 و 89 سنة مع غلبة الرجال، لوحظت احمرار الجلد في 21% من الحالات ، الصدف البثري في 8% من الحالات ، الصدفية المعممة في 64% من الحالات والتهاب المفاصل الصدفية في 7% من الحالات. كان العلاج الموضعي بمحلات موضعية القرنية في 59%، الكورتيكوستيرويد في 3%، و مشتق فيتامين (د) 4% من الحالات. تم وصف الميثوتريكسات في 39% من الحالات ، والعلاج بالضوء في 15% من الحالات ، والريتينويد في 6% من الحالات ، والسيكلوسبورين في 1% من الحالات ، والعلاجات الحيوية في 5% من الحالات. 20% من الحالات انتكست ولم يتم الإبلاغ عن أي وفيات.

مناقشة: أشكال معينة فقط من الصدفية يمكن أن تكون مهددة للحياة (الصدفية البثرية واحمرار الجلد). لم يتم تسجيل أي وفيات في سلسلتنا ، وربما تم التقليل من معدل الوفيات لأن بعض الوفيات قد تكون حدثت في أقسام المستشفى الأخرى ، وقد تم الإبلاغ عن العديد من العوامل المحفزة في الأدبيات ، وتم العثور على عوامل نفسية في 70% إلى 100% من الحالات ، في سلسلتنا 7% فقط من الحالات التي أبلغت والتوتر والاكتئاب. غالبًا ما يكون العلاج صعبًا ومكلفًا ويتطلب مراقبة منتظمة.

الخلاصة:دراسة وصفية بأثر رجعي للأشكال الحادة للصدفية