

RASOLOFONIAINA Fanomezantsoa Ezra

**« PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DU PSORIASIS A L'USFR
DERMATOLOGIE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE
D'ANTANANARIVO »**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 8321

« PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DU PSORIASIS A L'USFR
DERMATOLOGIE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE
D'ANTANANARIVO »

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03 août 2012

A Antananarivo

Par

Monsieur RASOLOFONIAINA Fanomezantsoa Ezra

Né le 22 octobre 1984 à Amparafaravola

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Directeur de Thèse : Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

MEMBRES DE JURY

Président : Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Juges : Professeur RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

Professeur RAMANAMPAMONJY Rado Manitrala

Rapporteur: Docteur RANAIVO Irina Mamisoa



**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

**■/Fax : 22 277 04 - ■ : BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr**

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. CHARGE DE MISSION

M. RAJAONARIVELO Paul

C. VICE-DOYENS

- Appui à la Pédagogie et Recherche
- Relations Internationales
- Scolarité
 - * 1^{er} et 2nd cycles
 - * 3^{ème} Cycle court :
 - . stage interné, examen de clinique et thèses
- TéléEnseignement, Communication, LMD, Ecole Doctorale et Formation Continue
- Troisième Cycle Long :
 - . Agrégation, Clinicat, Internat Qualifiant
 - . Diplôme Universitaire, Diplôme Interuniversitaire

M. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

M. SAMISON Luc Hervé

M. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrala

M. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

M. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

M. SAMISON Luc Hervé

Mme. ROBINSON Annick Lalaina

D. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Responsable de l'Administration, Finances et Sécurité au travail

Mme. RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

Mme. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie
 - Chirurgie
 - Médecine
 - Mère et Enfant
 - Pharmacie
 - Santé Publique
 - Sciences Fondamentales et Mixtes
 - Tête et cou
 - Vétérinaire
- Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
 - Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
 - Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
 - Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
 - Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa
 - Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie
 - Pr. AHMAD Ahmad
 - Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
 - Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

B. 1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| - Immunologie | Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
|---------------|-----------------------------|

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- | | |
|---------------------------------|--|
| - Dermatologie | Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |
| - Endocrinologie et métabolisme | Pr. RAMAHANDRIDONA Georges |
| - Néphrologie | Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |
| - Neurologie | Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain |
| - Pneumologie Phtisiologie | Pr. ANDRIANARISOA Ange |

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| - Pédiatrie néonatale | Pr. RANDRIANASOLO Olivier |
| - Pédiatrie | Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline |

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Administration et Gestion Sanitaire | Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette |
| - Education pour la Santé | Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto |
| - Santé Communautaire | Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné |
| - Santé Familiale | Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin |
| - Statistiques et Epidémiologie | Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie |

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|--------------------------|---|
| - Anatomie Pathologique | Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Anesthésie-Réanimation | Pr. RANDRIAMIARANA Mialimanana Joël |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|-----------------|---|
| - Ophtalmologie | Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette |
| | Pr. BERNARDIN Prisca |
| - Stomatologie | Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné |

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie Pr. RANAIVOHARISOA Lala
- Hématologie Biologique Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
- Parasitologie Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Cardio-Vasculaire Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
- Chirurgie Générale Pr. RAKOTO - RATSIMBA Hery Nirina
- Chirurgie Pédiatrique Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana
- Chirurgie Thoracique Pr. RAKOTOVAO Hanitrala Jean Louis
- Chirurgie Viscérale Pr. SAMISON Luc Hervé
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand
- Orthopédie Traumatologie Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval
- Urologie Andrologie Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie Pr. RABEARIVONY Nirina
- Hépato-Gastro-Entérologie Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina
- Maladies Infectieuses Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrala
- Néphrologie Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
- Psychiatrie Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense
- Radiothérapie-Oncologie Médicale Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao
- Pédiatrie Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
Pr. ROBINSON Annick Lalaina

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale Pr. AHMAD Ahmad
- Physiologie Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Pharmacologie Pr. RAFATRO Herintsoa

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Bactériologie, Virologie, Maladies Infectieuses
- Sciences Ecologiques, Vétérinaires Agronomiques et Bioingenieries

Dr. RAJAONARISON Jean Joseph
Dr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale
- Pharmacognosie
- Biochimie Toxicologie
- Chimie Organique et Analytique

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David
Dr. RAOELISON Emmanuel Guy
Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara
Dr. RAKOTONDRAMANANA Andriamahavola
Dina Louisino

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique

Dr. RASATA Ravelo Andriamparany

B. 4. ASSISTANTS

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie
- Technologie

Dr. KOKO
Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Procédés de Production, Contrôle et Qualité des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHEFA
Hanitra Myriam

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C. 1. PROFESSEURS EMERITES

- Pr. ANDRIAMBAO Damasy
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. AUBRY Pierre
Pr. FIDISON Augustin
Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. KAPISY Jules Flaubert
Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABENANTOANDRO Casimir
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOMANGA Robert

- Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S. U
Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. ZAFY Albert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Générale

Pr. RAVELOSON Jean Roger

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie

Pr. RABEARIVONY Nirina
Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina

DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme. RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

CHEFS DE SERVICES

AFFAIRES GENERALES
ET RESSOURCES HUMAINES

M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

LABORATOIRE D'APPUI A LA RECHERCHE
ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION
ET DE LA COMMUNICATION (LARTIC)

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

SCOLARITE

Mme. SOLOFOSAONA R. Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

Mme. RANIRISOA Voahangy

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTUBE Alfred
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENNO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Dr. RABEDASY Henri
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. RAKOTUBE Pascal
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RANDRIAMBOLOLONA RASOAZANANY Aimée

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Dieu,

Vous qui avez toujours été là pour moi dans les moments difficiles et heureux.

A mes parents,

Qui n'ont pas cessé de penser à faire de nous une personne idéale digne de notre génération, je vous dois cette réussite.

Merci pour votre aide tout au long de ces années d'études et de nous avoir permis d'étudier dans les meilleures conditions.

A mes sœurs et frères,

Longue vie pleine de bonheur et santé à vous tous!

A toutes ma famille,

A tous mes amis,

Merci pour votre présence et pour tous les bons moments partagés.

A NOTRE HONORABLE DIRECTEUR ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Dermatologie et de Vénérérologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Chef de l'USFR de Dermatologie-Rhumatologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo.

Merci pour votre disponibilité et vos judicieux conseils,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,

Soyez assuré de notre profond respect et de notre plus grande reconnaissance.

A NOS MAITRES ET JUGES DE THESE,

Monsieur le Docteur RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

- Professeur d'enseignement supérieur et de recherche en Néphrologie à la faculté de médecine d'Antananarivo
- Chef de l'USFR de Néphrologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Rasetra Befelatanana Antananarivo.
- Vice-doyen responsable du 3^{ème} cycle court et des Thèses

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse,

Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre gratitude.

Monsieur le Docteur RAMANAMPAMONJY Rado Manitrala

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Hépato-Gastro-Entérologie et à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Chef de l'USFR Hépato-Gastro-Entérologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Rasetra Befelatanana Antananarivo.
- Vice-doyen responsable du 1^{er} et 2^{ème} cycle

Vous avez accepté avec beaucoup de gentillesse de participer à ce jury,

Veuillez recevoir nos remerciements les plus chaleureux pour l'intérêt que vous portez au sujet de cette thèse.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE,

Madame le Docteur RANAIVO Irina Mamisoa

- Médecin Spécialiste en Médecine Interne
- Chef de Clinique en Dermatologie-Vénérérologie à l'USFR Dermatologie-Rhumatologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Rasetra Befelatanana Antananarivo.

Malgré vos nombreuses obligations, vous n'avez pas hésité à nous encadrer et à défendre notre travail. Nos vifs et sincères remerciements.

Nous adressons nos remerciements les plus respectueux :

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO,**

Monsieur le Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

**A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO,**

A TOUS LES MEDECINS ET ENCADREURS DE STAGES HOSPITALIERS,

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA FACULTE
DE MEDECINE,**

**A TOUS LES PERSONNELS DU SERVICE DERMATOLOGIE-RHUMATOLOGIE
HUJRB.**

Qui nous ont beaucoup aidés dans notre formation.

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE: RAPPEL	
I.LA PEAU	3
I.1. HISTOLOGIE DE LA PEAU	3
I.1.1. L'épiderme	3
I.1.2. Le derme.....	4
I.1.3. L'hypoderme	4
I.2. VASCULARISATION ET INNERVATION	4
I.1.1. Vascularisation	4
I.1.2. L'innervation	6
I.3. PRINCIPALES FONCTIONS DE LA PEAU	6
II.PSORIASIS	6
II.1. DEFINITION	6
II.2. EPIDEMIOLOGIE	6
II.3. PATHOGENIE ET MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES	8
II.4. SIGNES	9
II.4.1. Type de description : le psoriasis vulgaire ou psoriasis en plaque.....	9
II.4.1.1. Clinique.....	9
II.4.1.2. Histologie	9
II.4.2. Les formes cliniques	10
II.4.2.1. Selon la topographie:	10
II.4.2.1.1. Psoriasis du visage.....	10
II.4.2.1.2. Psoriasis inversé	10
II.4.2.1.3. Psoriasis unguéal	11
II.4.2.1.4. Psoriasis du cuir chevelu	11
II.4.2.1.5. Psoriasis palmoplantaire	11
II.4.2.1.6. Sur les muqueuses	12
II.4.2.2. Selon la morphologie	12
II.4.2.2.1. Psoriasis en gouttes	12
II.4.2.2.2. Psoriasis érythrodermique	12
II.4.2.2.3. Psoriasis pustuleux	13
II.4.2.2.4. Psoriasis arthropathique	13

II.4.2.3. Selon le terrain	14
II.4.2.3.1. Psoriasis chez le nourrisson et l'enfant.....	14
II.4.2.3.2. Psoriasis et infection par le VIH	14
II.4.2.4. Evolution et Pronostic	14
II.4.2.4.1. Evolution	14
II.4.2.4.2. Pronostic	15
II.5. DIAGNOSTICS	15
II.5.1. Diagnostic positif	15
II.5.2. Diagnostics différentiels	17
II.5.2.1. Dans la forme classique	17
II.5.2.2. Dans les formes particulières	17
II.5.3. Diagnostic étiologique	18
II.5.3.1. Génétique	18
II.5.3.2. Facteurs déclenchants	18
II.6. TRAITEMENT	18
II.6.1. But	18
II.6.2. Moyens	19
II.6.2.1. Traitements locaux	19
II.6.2.1.1. Kératolytiques	19
II.6.2.1.2. Dermocorticoïdes	19
II.6.2.1.3. Analogues de la Vitamine D3 locale	19
II.6.2.1.4. Rétinoïdes topiques	20
II.6.2.1.5. Emollients	20
II.6.2.2. Traitements généraux	20
II.6.2.2.1. Méthotrexate	20
II.6.2.2.2. Rétinoïdes	21
II.6.2.2.3. Ciclosporine A	21
II.6.2.2.4. Biothérapie	21
II.6.2.2.5. Photothérapie	21
II.6.2.3. Divers	22
II.6.3. Indications	22
II.6.4. Résultats	23
II.6.5. Surveillance	23
II.6.5.1. Évaluation de l'observance thérapeutique	23
II.6.5.2. Prescription/Surveillance et effets secondaires des médicaments	24

DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE ET RESULTATS

I.METHODOLOGIE	26
I.1. CADRE D'ETUDE	26
I.1.1. Lieu d'étude	26
I.1.2. Durée de l'étude	26
I.1.3. Type d'étude	26
I.2. RECRUTEMENT DES DOSSIERS	26
I.2.1. Critères de sélection	26
I.2.1.1. Critères d'inclusion	26
I.2.1.2. Critère de non inclusion	26
I.2.2. Paramètres à étudier	27
I.2.2.1. Paramètres épidémiologiques	27
I.2.2.2. Paramètres cliniques	27
I.2.3. Méthodes descriptives	27
I.2.4. Outils statistiques	28
II.RESULTATS	29
II.1.2ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	29
II.1.1. Prévalence	29
II.1.2. Répartition selon l'âge	29
II.1.3. Répartition par tranche d'âge et sexe	30
II.1.4. Répartition selon la profession	31
II.1.5. Répartition selon l'origine géographique	33
II.2. ASPECTS CLINIQUES	33
II.2.1. Psoriasis et antécédents	33
II.2.2. Age de début de psoriasis	35
II.2.3. Facteurs favorisants	35
II.2.4. Répartition selon l'existence des prurits	36
II.2.5. Répartition des formes cliniques	37
II.2.5.1. Selon la topographie des lésions	37
II.2.5.2. Répartition selon les formes cliniques	38
II.2.5.3. Répartition des formes cliniques selon le sexe	40
II.2.5.4. Psoriasis vulgaire ou en plaque	40
II.2.5.4.1. Répartition de la forme vulgaire selon la tranche d'âge	40

II.2.5.4.2. Répartition selon le nombre des lésions	41
II.2.5.5. Psoriasis chez l'enfant.....	41
II.2.5.5.1. Répartition des cas selon l'âge	41
II.2.5.5.2. Répartition selon les antécédents	42
II.2.5.5.3. Répartition selon l'existence de prurits	42
II.2.5.5.4. Répartition selon les facteurs déclenchants retrouvés	42
II.2.5.5.5. Répartition selon la topographie des lésions	42
II.2.5.5.6. Répartition des cas selon les formes cliniques chez l'enfant	44
II.2.6. Répartition selon la sévérité du psoriasis	44
II.2.7. Répartition selon l'examen anatomopathologique	45

TROISIEME PARTIE: DISCUSSION ET SUGGESTIONS

I.DISCUSSION	54
I.1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	54
I.1.1. Prévalence	54
I.1.2. Sexe et âge.....	55
I.1.3. Profession	56
I.1.4. Origine géographique	56
I.2. ASPECTS CLINIQUES	56
I.2.1. Psoriasis et antécédents	56
I.2.2. Age de début de psoriasis.....	57
I.2.3. Facteurs favorisants.....	58
I.2.4. Aspect sémiologique	59
I.2.5. Formes cliniques	60
I.2.5.1. Formes topographiques	60
I.2.5.2. Variantes cliniques	61
I.2.5.3. Psoriasis chez l'enfant.....	62
I.2.6. Sévérité du psoriasis.....	63
I.2.7. Psoriasis et biopsie cutanée	63
II.SUGGESTIONS	65
II.1. POUR LES PATIENTS	65
II.2. POUR LES PRATICIENS	65
II.3. POUR LE SERVICE DE DERMATOLOGIE	65

II.4. POUR LES HOPITAUX	66
II.5. POUR L'ETAT	66
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Caractéristiques principales des molécules prescrites.....	24
Tableau 2 : Classification des professions selon leur catégorie	31
Tableau 3 : Age de début du psoriasis dans les deux sexes	35
Tableau 4 : Répartition des zones électives du psoriasis chez les 153 psoriasiques	37
Tableau 5 : Répartition selon les autres localisations.....	37
Tableau 6 : Répartition selon l'âge chez l'enfant.....	41
Tableau 7 : Profil épidémiologique et clinique du psoriasis dans notre étude	46
Tableau 8 : Caractéristiques cliniques du psoriasis des enfants dans différents pays.....	64

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Les variations de prévalence mondiale de psoriasis.....	7
Figure 2 : Répartition selon l'âge	29
Figure 3 : Répartition par tranche d'âge et sexe	30
Figure 4 : Répartition selon la profession	32
Figure 5 : Répartition selon l'origine géographique	33
Figure 6 : Répartition selon les antécédents	34
Figure 7 : Répartition des facteurs déclenchants	36
Figure 8: Formes cliniques rencontrées chez les 153 psoriasiques étudiés	39
Figure 9: Répartition des formes cliniques selon le sexe	40
Figure 10: Répartition du psoriasis vulgaire selon la tranche d'âge.....	41
Figure 11 : Répartition selon les facteurs déclenchants chez l'enfant.....	42
Figure 12: Répartition selon la topographie des lésions	43
Figure 13: Répartition des cas selon le type du psoriasis	44

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma 1 : Structure de la peau	2
Schéma 2 : Différentes couches de l'épiderme.	5
Schéma 3 : Les caractéristiques histologiques typiques du psoriasis.....	10

LISTE DES PHOTOS

	Pages
Photo 1: Psoriasis vulgaire.....	47
Photo 2: Psoriasis vulgaire.....	47
Photo 3: Psoriasis en goutte.....	48
Photo 4A et 4B: Psoriasis du cuir chevelu.....	48
Photo 5 : Psoriasis palmoplantaire (kératodermie palmoplantaire).....	49
Photo 6: Psoriasis palmaire.....	49
Photo 7: Psoriasis arthropathique associé d'une atteinte palmaire.....	50
Photo 8 : Psoriasis pustuleux palmaire.....	50
Photo 9A, 9B, 9C et 9D : Psoriasis érythrodermique.....	51
Photo 10 : Psoriasis pustuleux généralisé.....	52
Photo 11 : Psoriasis pustuleux.....	52
Photo 12 et 13 : Psoriasis unguéal.....	53

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : antécédent

CD4 : Cluster de Différenciation 4

CDC : Center for Disease Control

cm : centimètre

CMH : Complexe Majeur d'Histocompatibilité

DLQI : Dermatology Life Quality Index

EGF : *Epidermal Growth Factor*

g : gramme

HLA : Human Leukocyte Antigen

HTA : hypertension artérielle

HUJRB : Hôpital Joseph Ratsena Befelatanana

ICAM : Inter-Cellular Adhesion Molecule

IEC : Information Education Communication

IFN : Interférons

Ig G : Immunoglobulin G

IL : Interleukine

J : jour

mg : milligramme

NFS : Numération de Formule Sanguine

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PASI : *Psoriasis Area and Severity Index*

pm : picomètre

PsA : Psoriatic Arthritis

PUVA : Psoralen and Ultraviolet A radiation

RAR : Récepteurs [nucléaires] à l'Acide Rétinoïque

TGF : Transforming Growth Factor

TNF : Tumor Necrosis Factor

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay

USFR : Unité de Soins de Formation et de Recherche

UVA : Ultraviolet A

UVB : Ultraviolet B

VDRL : Veneral Disease Research Laboratory

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

% :pourcent

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse d'évolution chronique qui se fait par poussées entrecoupées de rémissions. Il est dû à un trouble de la kératinisation épidermique. C'est une dermatose fréquente du sujet jeune, généralement bénigne et n'est grave que dans certaines formes où les lésions sont étendues ou lorsqu'il y a une atteinte articulaire associée. Son impact psychologique et sur la qualité de vie sont importants. Le psoriasis pose essentiellement un problème thérapeutique. Sa prévalence mondiale se situe entre 0,6% à 4,8% avec cependant des différences considérables d'une région géographique à l'autre et d'un groupe ethnique à l'autre.

Notre étude se rapporte aux cas de psoriasis rencontrés dans l'USFR Dermatologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana, pendant une période de 6 ans allant de janvier 2006 à décembre 2011.

Le psoriasis reste encore une maladie méconnue chez les malgaches alors qu'il constitue l'un des motifs de consultation en Dermatologie. Par ailleurs à notre connaissance, très peu d'étude malgache a été réalisée sur cette pathologie dermatologique.

Notre travail a pour objectif de décrire le profil épidémiologique et clinique du psoriasis à l'USFR Dermatologie HUJRB d'Antananarivo.

Pour parvenir à cet objectif, notre travail traitera dans la première partie les rappels sur la structure de la peau et les données de recherche sur le psoriasis. La deuxième partie rapportera les résultats d'analyse de données que nous revoyons à la lumière de la littérature dans la troisième partie avant nos suggestions et notre conclusion.

PREMIERE PARTIE : RAPPEL

PREMIERE PARTIE: RAPPEL

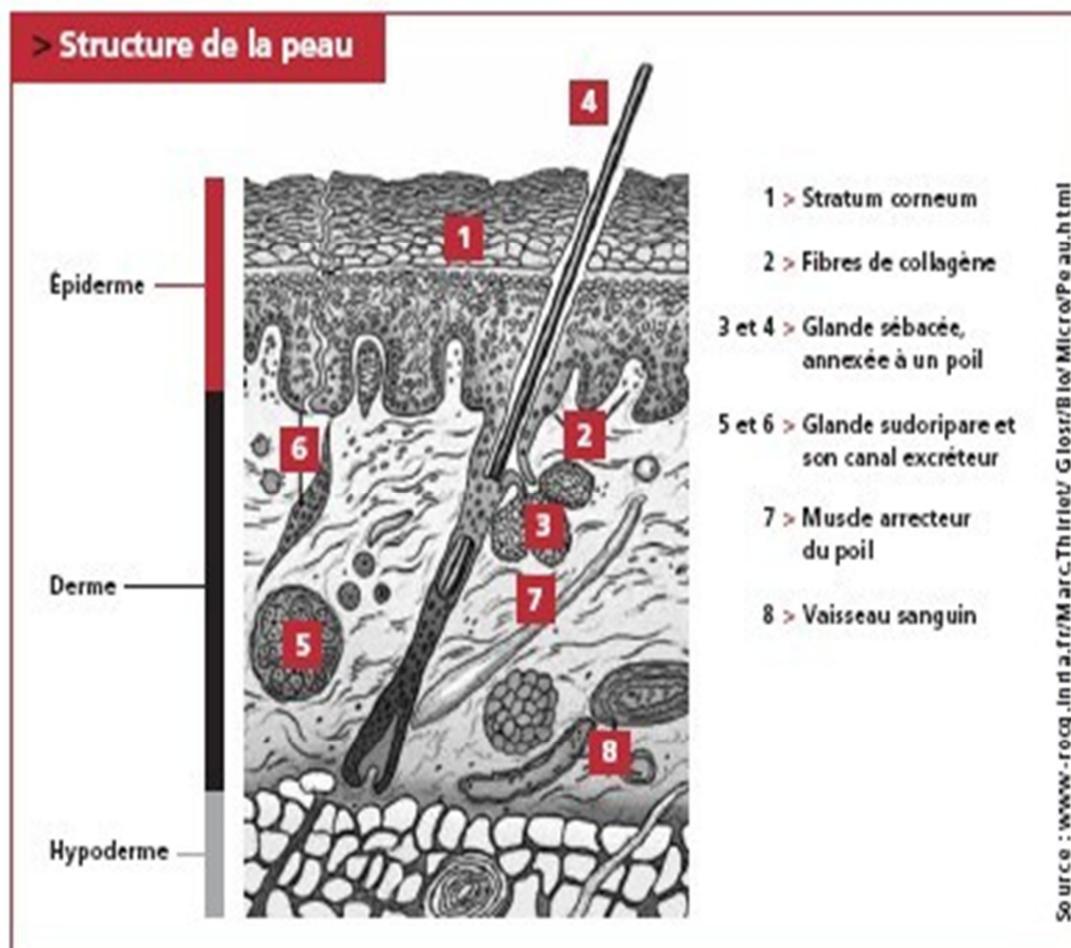


Schéma 1 : Structure de la peau

I. LA PEAU

La peau ou tégument est un organe qui recouvre entièrement la surface du corps. Elle est en continuité avec les muqueuses par l'intermédiaire de zones de transition appelées semi-muqueuses.

La peau, avec les muqueuses et les annexes (poils, ongles et glandes), représente l'organe le plus étendu du corps humain avec une surface de $2m^2$ et le plus lourd avec 3,5kg de poids pour un individu de 1,75m de taille et de 75kg de poids. Elle est composée biochimiquement de 64% d'eau ; 33% de protéine ; 2% de corps gras ; 0,5% de sels minéraux et 0,5% d'autres substances (1). La peau est richement vascularisée et innervée (2).

L'origine embryologique de la peau est double : la couche la plus superficielle comprenant l'épiderme et ses annexes dérive de l'ectoderme alors que la couche profonde formée par le derme et l'hypoderme dérive du mésoderme (2).

On décrit 2 types de peau : (3) (4) (5)

- La peau glabre ou épaisse recouvrant les paumes et les plantes ;
- La peau pileuse ou fine revêtant tout le corps, avec des poils surtout présents, au niveau du cuir chevelu, des régions axillaires ou pubiennes.

I.1. HISTOLOGIE DE LA PEAU (6) (7) (8)

La structure de la peau est complexe. Elle comprend, avec ses annexes, tous les tissus histologiques, sauf les tissus osseux et cartilagineux. Elle se subdivise en 4 régions superposées qui sont de la superficie vers la profondeur l'épiderme, la jonction dermo-épidermique, le derme et l'hypoderme (schéma 1).

I.1.1. L'épiderme (schéma 2)

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau, il est décrit comme un épithélium malpighien pluristratifié kératinisant.

On peut séparer l'épiderme en couches successives qui se différencient par leur aspect morphologique : le stratum basale (couche basale), qui repose sur la membrane basale à la jonction dermo-épidermique. Cette couche est composée d'une rangée de cellules en mitose qui assurent le renouvellement des cellules épidermiques. Le *turn-over* de ces cellules est, à l'état normal, de trois à quatre semaines. Ensuite se

superposent le stratum spinosum (ancien corps muqueux de Malpighi), le stratum granulosum, le stratum lucidum, et enfin, tout à fait en surface, le stratum corneum.

I.1.2. Le derme

Il est composé de tissu conjonctif, substance fondamentale (protéoglycane, mucopolysaccharides, acide hyaluronique), de fibres élastiques et de collagène. Le derme plus épais que l'épiderme est divisé en deux parties :

- Le derme superficiel ou papillaire, situé entre les crêtes épidermiques qui est riche en fibres élastiques et réticulaires, en terminaisons nerveuses et anses capillaires. Il est uni à la jonction dermo épidermique par des fibrilles d'ancre.
- Le derme réticulaire où les fibres élastiques sont plus nombreuses et les fibres de collagènes sont plus denses et entrecroisées.

I.1.3. L'hypoderme

Il est constitué de lobules graisseux séparés par des septums interlobulaires servant de passage aux vaisseaux et aux nerfs destinés au derme. Il constitue une réserve énergétique, une protection mécanique et participe à la régulation thermique. C'est dans cette dernière couche de la peau que se trouvent les annexes épidermiques :

- Les glandes sudoripares eccrines ou apocrines responsables de la production de sueur : elles sont composées d'un peloton sudoral dans l'hypoderme, d'un canal sécrétoire vertical traversant le derme et enfin dans l'épiderme le canal prend une forme hélicoïdale.
- Les ongles : rôle mécanique de protection et de préhension.
- Les follicules pilo-sébacés : ils comportent le poil et ses gaines, des glandes sébacées et, dans certains territoires, un muscle arrecteur et/ou des glandes sudorales apocrines.

I.2. VASCULARISATION ET INNERVATION (5) (6) (10) (11)

I.1.1. Vascularisation :

Les vaisseaux ne pénètrent pas dans l'épiderme. La peau est vascularisée à partir des artères sous-cutanées qui envoient des collatérales dans le derme. Cette vascularisation est assurée par le plexus vasculaire profond, le plexus vasculaire superficiel et les réseaux anastomotiques. Ils comprennent les artéries, les veinules, les capillaires et les vaisseaux lymphatiques. Des glomus neuro-myo-artériels de Masson se voient aux extrémités des doigts.

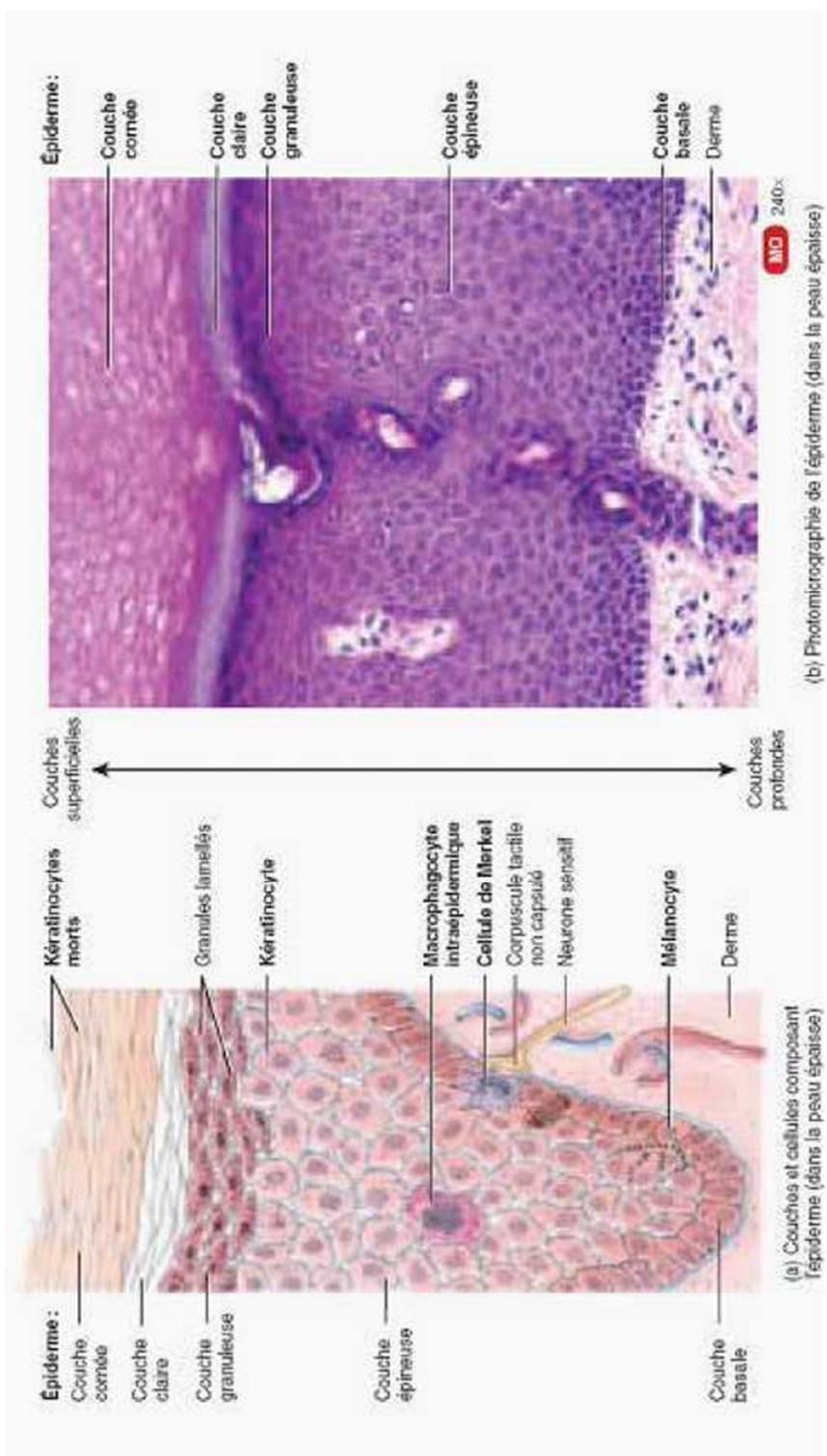


Schéma 2 : Différentes couches de l'épiderme(y)

I.1.2.L'innervation :

L'innervation cutanée est très riche. Elle comprend les nerfs myélinisés ou non, les filets sympathiques vasomoteurs, pilomoteurs et sécrétoires ainsi que des corpuscules sensoriels. Ces formations occupent surtout l'hypoderme et le derme.

I.3.PRINCIPALES FONCTIONS DE LA PEAU: (1) (3) (4)

La peau joue plusieurs rôles :

- Rôle de protection contre les agressions extérieures : mécanique, chimique, thermique, biologique.
- Rôle de protection contre les rayonnements ultraviolets par le biais de la barrière protéique de la couche cornée et de la barrière mélanique.
- Rôle de régulation thermique et participation à la régulation de l'équilibre hydrominéral.
- Rôle immunologique assuré par les cellules de Langerhans, les kératinocytes et les lymphocytes.
- Rôle métabolique dans la synthèse de la vitamine D.
- Rôle sensoriel par la perception de la pression, de la température et de la douleur.

II. PSORIASIS

II.1.Définition : (12) (13)

Le terme « psoriasis » recouvre un ensemble de dermatoses chroniques inflammatoires, dont le psoriasis en plaques (psoriasis vulgaire) est la forme la plus courante. Le psoriasis en plaques se caractérise par la présence de plaques érythémateuses qui sont généralement recouvertes de squames argentées. Ces plaques sont souvent douloureuses ou à l'origine de démangeaisons; selon leur étendue et leur localisation, elles peuvent avoir un effet invalidant sur le plan physique et mener à un isolement social.

II.2.Epidémiologie :

Le psoriasis est reparti dans le monde à une prévalence aux environ de 2% avec cependant des différences considérables d'une région géographique à l'autre et d'un groupe ethnique à l'autre.

A Madagascar, en 1986, une étude rétrospective sur 3 années consécutives avec 211 cas sur 25308 consultants, a montré un taux de fréquentation de l'ordre de 0,6%. (14)

La prévalence est faible chez les japonais, les esquimaux, les aborigènes d'Australie, en Afrique de Ouest et les indiens d'Amérique latine ; pourtant la prévalence en Europe y compris les pays nordiques, la Grande Bretagne et en Amérique du nord, est élevée. Les populations blanches (caucasiennes) sont généralement les plus touchées que les autres groupes ethniques (15). La raison de cette variation est mal élucidée mais il est probable que les facteurs génétiques et environnementaux jouent une grande influence.

(Figure 1)

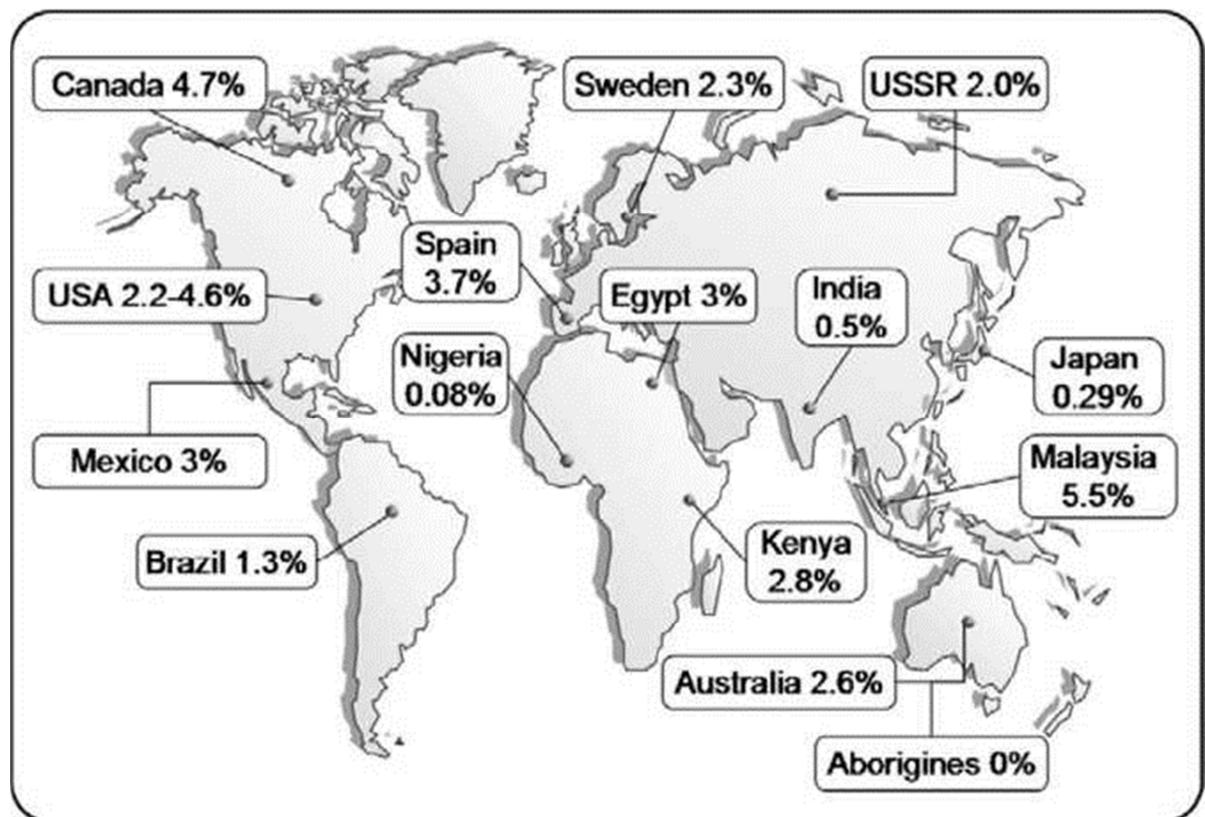


Figure 1 : Les variations de prévalence mondiale de psoriasis (15)

Le psoriasis peut débuter à tous les âges de la vie et être présent dès la naissance. L'âge de début moyen est évalué à 33 ans avec 75% des cas débutant avant 46 ans. Il affecte les deux sexes de manière équivalente (16).

Plusieurs études ont montré deux pics de début de la maladie qui ont servi à définir deux types de psoriasis : (17)

-Le type I, qui correspond à 75 % des patients psoriasiques, a un début précoce avant 40 ans avec un pic qui culmine à l'âge de 16 ans chez les femmes et de 22 ans chez les hommes. Il s'agit d'une forme souvent familiale, fortement associée à l'allèle HLA-Cw0602 (85%), sévère dans son étendue et marquée par des rechutes fréquentes.

-Le psoriasis de type II a un début tardif, après 40 ans, avec un pic qui culmine à 57 ans chez les femmes et 60 ans chez les hommes. Chez ces patients, la maladie est moins agressive ; elle se développe rarement dans un contexte familial et est faiblement associée à HLA-Cw0602 (15%).

II.3. Pathogénie et mécanismes physiopathologiques: (18)

La pathogénie du psoriasis est complexe : plusieurs gènes déterminent la prédisposition génétique à cette dermatose qui ne s'exprime qu'en présence de facteurs environnementaux déclenchants (19).

Le psoriasis se caractérise, d'une part, par une différenciation et une prolifération anormales des kératinocytes et, d'autre part, par la présence d'un infiltrat inflammatoire dermique.

L'hypothèse lymphocytaire, la plus récente, semble la plus probable vu l'efficacité marquable. Selon cette hypothèse, les cellules T seraient stimulées par un antigène non encore clairement identifié (antigène streptococcique, antigène viral, auto-antigène) présenté par les cellules présentatrices d'antigène. Les IL-6 et IL-8 potentialisent l'activation et la prolifération des lymphocytes T à l'origine d'une cascade inflammatoire. Le TNF- α induit la production d'IL-8 et de TGF α par les kératinocytes. Il augmente également l'expression du NF κ B, un facteur de transcription nucléaire essentiel de l'inflammation. Selon cette théorie lymphocytaire, la prolifération et la différenciation anormale des kératinocytes seraient donc liées à un dérèglement du système immunitaire. (20) (21)

L'autre hypothèse, plus ancienne est celle des anomalies moléculaires génétiquement déterminées dans les kératinocytes et les fibroblastes. Elle est née de l'existence du classique phénomène de Köebner selon lequel des lésions psoriasiques peuvent se développer sur tout traumatisme cutané. Cette seconde théorie postule la

présence de kératinocytes pouvant être activés directement par divers stimuli physiques ou chimiques. (18)

II.4. Signes :

II.4.1. Type de description : le psoriasis vulgaire ou psoriasis en plaque

II.4.1.1. Clinique

Le psoriasis vulgaire qui représente 90% de tous les cas de psoriasis, est cliniquement caractérisé par l'apparition chronique de plaques ovales, érythémateuses, surélevées, bien délimitées, et couvertes de squames blanches argentées adhérentes caractéristiques. (19) (22) (23)

La couche squameuse superficielle, est particulièrement évidente sur les éléments n'ayant subi aucun traitement local. Sa surface peut être lisse ou rugueuse, légèrement en relief par rapport à la peau saine voisine. Les squames sont sèches, de dimensions et d'épaisseurs inégales, petites et fines ou larges et épaisses. Elles peuvent masquer la totalité de la tâche érythémateuse ou ne la recouvrir qu'en partie, la laissant apparaître en périphérie. Le grattage méthodique des squames à la curette permet de constater :

- Le signe de la « tâche de bougie », blanchiment très net de la lésion dès que l'on enlève les couches superficielles friables ;
- Le signe de la « rosée sanglante » (*signe d'Auspitz*) lorsque l'on enlève la pellicule inférieure, dite décollable, dont la consistance et l'adhérence au plan profond sont nettement plus grandes.

Les lésions psoriasiques fortement inflammatoires peuvent provoquer un prurit et parfois même des douleurs chez le patient.

II.4.1.2. Histologie (17) (24)

L'épiderme est épaissi. La *parakératose* est la règle au niveau de la couche cornée. La couche granuleuse est réduite, voire absente. L'*acanthose* épidermique est souvent majeure avec crêtes épidermiques en battant de cloche à leurs extrémités inférieures. Il existe des abcès contenant des polynucléaires dans les couches sous-cornées (*abcès de Munro-Sabouraud*). L'activité mitotique est importante, surtout au sein des couches basales et supra basales. Le derme superficiel est oedématié. Les capillaires sont dilatés et de nombreux polynucléaires en exocytose sont visualisés dans la zone suprapapillaire. (schéma 3)

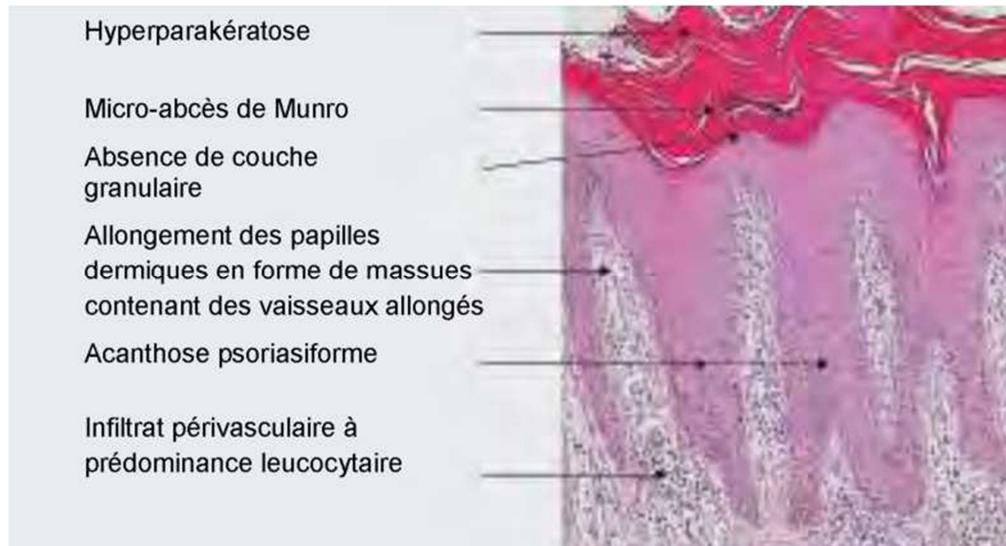


Schéma 3 : Les caractéristiques histologiques typiques du psoriasis (22)

II.4.2. Les formes cliniques :

II.4.2.1. Selon la topographie :

II.4.2.1.1. Psoriasis du visage : (25) (26)

Généralement considéré comme une forme rare de la maladie. Mais, contrairement aux idées reçues, l'atteinte du visage peut concerner jusqu'à deux tiers des patients souffrant de psoriasis.

On distingue trois sous-types de psoriasis du visage : le psoriasis de la lisière des cheveux, le sébo-psoriasis et le psoriasis du visage proprement dit. Cette dernière forme se caractérise par une morphologie classique de psoriasis en plaques chronique, avec des plaques érythémato-squameuses bien définies. Le psoriasis de la lisière des cheveux peut être regroupé avec le psoriasis du cuir chevelu, alors que le sébo-psoriasis est localisé dans les régions séborrhéiques (sourcils et plis naso-labiaux).

II.4.2.1.2. Psoriasis inversé : (26) 27)

L'atteinte des plis peut survenir en l'absence de signes de psoriasis en plaques chronique touchant d'autres sites ou coexister avec un psoriasis en plaques chronique. Le psoriasis inversé, également appelé psoriasis des plis ou psoriasis intertrigineux, touche les aines, les aisselles, la région inframammaire, les plis abdominaux, le sillon interfessier, la région périanale et les plis articulaires. Dans toutes les régions concernées, la peau atteinte présente un aspect lisse et inflammatoire, avec une

desquamation moins abondante par rapport aux plaques présentes sur le tronc et les membres.

II.4.2.1.3.Psoriasis unguéal :

Plus de la moitié des patients souffrant de psoriasis développent une atteinte des ongles :

- perte de transparence de l'ongle et des zones leuconychiques,
- aspect de dépressions ponctuées cupuliformes (*ongles en dé à coudre*),
- hyperkératose sous-unguéale (donnant des ongles mal formés, épais et granuleux),
- onycholyse (affection de l'ongle caractérisée par son décollement) ou présence de stries.

II.4.2.1.4.Psoriasis du cuir chevelu : (28) (29)

Le psoriasis se caractérise par une association de trois symptômes : rougeur, desquamation et prurit. Selon l'étendue et le stade de la maladie, l'un de ces trois symptômes peut dominer. La desquamation constitue une gêne pour le patient et dans de rares cas elle peut être si importante qu'elle l'empêche de se peigner. Les lésions érythémateuses sont plus ou moins couvertes d'une couche squameuse blanche argentée. Les squames, pas toujours très épaisses peuvent masquer l'érythème. Elles sont perçues par le patient comme inesthétiques. Parfois l'ensemble du cuir chevelu peut être touché, on parle de psoriasis en « casque ».

Dans la région antérieure, à la lisière du cuir chevelu, les lésions sont souvent très inflammatoires et réalisent une couronne séborrhéique. La localisation rétro-auriculaire est également classique avec une bordure souvent bien limitée.

Selon des études récentes jusqu'à 70 % des patients souffrent de prurit, élément utilisé pour évaluer la gravité de la maladie. (30) (31)

II.4.2.1.5.Psoriasis palmoplantaire : (30) (32)

Le psoriasis de la paume des mains et de la plante des pieds pouvant réaliser une kératodermie en îlots ou diffuse, douloureuse et pouvant former des fissures, touche 17% des patients psoriasiques; notamment la forme grave, il est très invalidant, car il s'accompagne d'une altération de l'usage des pieds et/ou des mains. Il peut prendre deux formes, parfois observées chez un même individu :

-La première est un psoriasis en plaques localisé, semblable au psoriasis vulgaire présent sur le reste du corps. Les lésions sont habituellement nettement délimitées, érythémateuses et couvertes d'une épaisse couche de squames. L'hypersensibilité retardée aux allergènes de contact et le phénomène de Köebner seraient des facteurs de déclenchement du psoriasis palmoplantaire en plaques.

-Le deuxième est un psoriasis pustuleux palmoplantaire, une maladie chronique évoluant par poussées souvent réfractaire au traitement qui se caractérise par des plaques érythémateuses parsemées de pustules intra-épidermiques stériles dues à une migration massive de neutrophiles et l'acrodermatite continue suppurative (Hallopeau).

II.4.2.1.6. Sur les muqueuses : (20) (33)

L'atteinte est limitée à certaines muqueuses. Le psoriasis prend parfois l'image de nappes érythémateuses ou érythémato-squameuses sur le gland, la vulve (volontiers prurigineuse) et/ou sur la langue réalisant un aspect de langue géographique. Ces lésions des muqueuses peuvent être totalement asymptomatiques et être l'unique expression de la maladie.

II.4.2.2. Selon la morphologie

II.4.2.2.1. Psoriasis en gouttes (ou *psoriasis guttata*) : (34)

Il est caractérisé par un début d'apparition soudaine de lésions rouges et écailleuses de petites tailles (0,5 à 1,5cm de diamètre), arrondies, largement disséminées principalement au niveau du thorax et des membres proximaux, ressemblant à des gouttes d'eau aspergées sur le corps.

Il débute généralement dans l'enfance ou l'adolescence et il est souvent déclenché suite à une infection de la gorge (par exemple, rhino-pharyngites, angines, amygdalites à streptocoques) ou suite à d'autres maladies comme le rhume ou la varicelle. Certains antigènes streptococciques pourraient jouer le rôle de superantigène sur un terrain génétique favorisant, en particulier l'haplotype HLA Cw-0602 (35).

II.4.2.2.2. Psoriasis érythrodermique : (36)

Il se manifeste par l'éruption cutanée aiguë ou subaiguë de lésions psoriasiques inflammatoires diffuses et rouges qui s'étendent souvent à 90 % ou plus de la surface corporelle, sans intervalle de peau saine et s'accompagnent d'une desquamation peu intense. Bien qu'il puisse apparaître spontanément, ce type de psoriasis est le plus

souvent associé à un psoriasis actif de longue date. Il peut survenir spontanément, à la suite d'une maladie polysystémique ou encore après une corticothérapie par voie générale ou son retrait brutal. Comme toute érythrodermie, le patient peut présenter tous les signes d'une dermite exfoliative (trouble de la thermorégulation, troubles hydroélectrolytiques et trouble cardiovasculaire).

II.4.2.2.3.Psoriasis pustuleux : (17)

Il peut apparaître d'emblée ou sur un psoriasis déjà connu et peut être déclenché par divers médicaments. Beaucoup plus rare que le psoriasis vulgaire. Dans tous les cas, les pustules sont non folliculaires, multiloculaires, spongiforme et aseptique à l'histologie ; elles évoluent secondairement vers la dessiccation et la desquamation.

-*Psoriasis pustuleux palmoplantaire (forme la plus fréquente)* : formé de pustules jaunes situées sur les paumes et les plantes, sous une couche cornée épaisse. Ces pustules sèchent en brunissant mais ne suintent jamais. Il peut être source d'un handicap fonctionnel important.

-*Acrodermatite pustuleuse de Hallopeau* : correspond à une atteinte pustuleuse récidivante de l'extrémité d'un doigt qui risque de faire disparaître l'ongle (destruction complète de la tablette) et d'altérer la pulpe du doigt (ostéolyse de la dernière phalange). Cette forme est souvent associée à des atteintes articulaires et buccales. (32)

-*Psoriasis pustuleux généralisé* : formé de nappes rouges parsemées de nombreuses pustules superficielles laiteuses. La forme principale est la forme grave généralisée (type Zumbush), qui est associée à une altération importante de l'état général avec fièvre à 39-40°C. Les poussées pustuleuses évoluent par vagues s'asséchant sur place avec une évolution croûteuse, sur un tégument rouge oedématié, dououreux.

II.4.2.2.4.Psoriasis arthropathique : (37) (38)

Il s'agit d'une inflammation conjuguée produisant les symptômes de l'arthrite chez des patients qui ont développé un psoriasis. Il touche environ 5 à 25% des psoriasiques, et s'associe en général à des lésions cutanées. C'est un rhumatisme inflammatoire chronique, déformant, qui peut être très invalidant, dont deux grandes formes, qui peuvent être associées, sont décrites :

-Rhumatisme axial : aspect très proche de la pelvispondylite rhumatismale : SPA

(cou, dos, sacro-iliaque) et survient le plus souvent chez des hommes porteurs de l'HLA-B27.

-Rhumatisme périphérique : aspect proche de la polyarthrite rhumatoïde, avec cependant une prédisposition pour les interphalangiennes distales (la peau des doigts, les ongles, sont le plus souvent atteints de psoriasis). Sans association avec l'HLA-B27.

II.4.2.3. Selon le terrain :

II.4.2.3.1. Psoriasis chez le nourrisson et l'enfant (21)

Les lésions sont souvent plus minces, moins étendues et moins squameuses que chez l'adulte, ce qui peut rendre le diagnostic difficile. L'atteinte du visage et des plis cutanés est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte; cela s'illustre notamment par le «napkin psoriasis», une variante clinique particulière qui peut survenir jusqu'à l'âge de 2 ans et qui se caractérise par des plaques rouge vif nettement délimitées siégeant le plus souvent dans les plis inguinaux. L'érythrodermie et l'arthrite psoriasique sont relativement rares dans la population pédiatrique. Par rapport à la maladie chez l'adulte, le psoriasis chez l'enfant apparaît souvent sous l'effet d'un facteur déclenchant : une infection rhinopharyngée streptococcique, des médicaments ou le stress.

II.4.2.3.2. Psoriasis et infection par le VIH (21)

Au cours de l'infection par le VIH, le psoriasis est souvent plus grave et réfractaire aux thérapeutiques conventionnelles. Il peut prendre l'aspect d'un psoriasis classique, pustuleux ou érythrodermique et peut être difficile à distinguer d'une dermatite séborrhéique profuse.

II.4.2.4. Evolution et Pronostic :

II.4.2.4.1. Evolution (21) (38)

Le psoriasis peut apparaître à tout âge, mais survient surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune. L'évolution est chronique et se fait par poussées entrecoupées de rémissions. La durée varie de plusieurs semaines à plusieurs mois, d'apparition imprévisible et de fréquence très variable. A chaque poussée, on peut noter la réapparition ou l'existence de plaques anciennes, alors que de nouveaux éléments peuvent apparaître. Les rémissions sont fréquentes en saison estivale par l'effet bénéfique des rayons ultraviolets. Cependant, il existe des psoriasis photosensibles, aggravés par l'exposition solaire. Le psoriasis peut évoluer de trois façons :

- psoriasis aigu évolutif caractérisé par l'extension périphérique des plaques ou l'apparition de nouvelles lésions punctiformes ;
- psoriasis chronique stable à lésions érythémato-squameuses identiques à elles-mêmes pendant plusieurs semaines ou mois ;
- psoriasis en rémission dont les lésions ont partiellement ou totalement disparu.

II.4.2.4.2.Pronostic (36)

Le degré de gravité du psoriasis est évalué à l'aide de divers index.

a. Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

Le score PASI tient compte des lésions élémentaires, de la surface de peau atteinte et l'étendue des lésions. Par une formule mathématique, on obtient alors un chiffre compris entre 0 et 72. Plus ce chiffre est élevé, plus le psoriasis est sévère.

b. Répercussion sur la qualité de vie

L'influence du psoriasis sur la qualité de vie du patient est de plus en plus prise en considération. La maladie peut, en effet, avoir un impact très différent d'un patient à l'autre. L'atteinte du visage ou de la surface palmoplantaire est généralement plus difficile à assumer que d'autres localisations. L'échelle la plus utilisée est la Dermatology Life Quality Index (DLQI).

c. Une mesure de la sévérité

Le score PASI et la surface de peau atteinte sont des mesures objectives évaluées par le médecin. Le DLQI est un score que le patient définit sur la base de son propre vécu. Un psoriasis sera considéré comme sévère si le score PASI ou le DLQI atteint au moins 10 ou une atteinte du visage ou de la surface palmoplantaire.

La gravité réside le plus souvent dans le retentissement psychosocial de la maladie et dans l'altération de qualité de vie qui en découle.

II.5.Diagnostics :

II.5.1. Diagnostic positif : (17) (24)

Lésion élémentaire : Il réalise des plaques érythémato-squameuses, où l'érythème est masqué en partie par des squames blanches micacées, de forme arrondie ou ovale, d'au moins 0,5cm de diamètre. Les plaques sont très bien délimitées par rapport aux zones de peau saine voisines. Le grattage des squames à la curette entraîne le *signe de la tache de bougie* et le *signe de la rosée sanglante*.

Etendue : La taille des plaques est variable : du psoriasis en gouttes aux plaques nummulaire, aux grandes plaques et aux formes diffuses voire généralisées, érythrodermiques.

Topographie : La distribution des lésions cutanées est évocatrice, grossièrement bilatérale et symétrique

-Les zones électives du psoriasis (encore appelées bastions) sont les coudes, les genoux, la région sacrée, le cuir chevelu, l'aire des langes chez le nourrisson («napkin psoriasis » avec un aspect de nappes rouges homogènes, vernissées, bien limitées).

-D'autres régions sont fréquemment atteintes : les doigts, les orteils (acropulpite), les grands plis, les petits plis (conduit auditif externe et ombilic surtout). En fait, toute la peau glabre peut être touchée, y compris le visage.

- Le psoriasis peut également être accompagné d'arthrite psoriasique dans 5% à 30% des individus atteints qui se manifeste par des douleurs, des épanchements ou des douleurs à la pression touchant les articulations isolées, provoquant une perte de mobilité. (36).

Anatomopathologie : Ce n'est que dans les formes atypiques que l'étude histologique trouve sa place. Elle montre l'association de lésions épidermiques et dermique

- Hyperkératose et parakératose,
- Absence de couche granuleuse, et kératinisation anormale mise en évidence par les techniques immunohistochimiques,
- L'épiderme est épais (hyperacanthose) et des mitoses nombreuses sont présentes dans plusieurs couches de kératinocytes,
- Une accumulation de polynucléaires dans des logettes épidermiques multiloculaires (aspect spongiforme) pour le psoriasis pustuleux.
- Des micro-abcès du Munro-Sabouraud, formés de quelques polynucléaires, sont rencontrés dans des lésions jeunes.
- Dans le derme, on retrouve un infiltrat formé de polynucléaires et de lymphocytes ainsi que des papilles dermiques, fortement allongées renfermant des capillaires tortueux.

II.5.2. Diagnostics différentiels : (21)

II.5.2.1. Dans la forme classique :

Le diagnostic se pose avec de nombreuses dermatoses érythémato-squameuses :

- **pityriasis rosé de Gibert** : il associe des taches rosées finement squameuses et des médaillons de plus grande surface, arrondis ou ovalaires dont le centre plus clair paraît en voie de guérison. L'éruption reste presque toujours limitée au tronc et à la racine des membres. L'évolution spontanée vers la guérison en 6 à 8 semaines permet de trancher les cas litigieux ;
- **dermatite séborrhéique** : habituellement localisée au visage (plis nasogéniens), au cuir chevelu et à la région médiotoracique, elle est de diagnostic plus délicat. La présence de lésions psoriasiques à distance aidera au diagnostic;
- **dermatite atopique** : elle est bien différente dans sa topographie (visage et plis), ses associations (rhinite allergique, asthme), et ses examens biologiques (augmentation des IgE).
- **parapsoriasis en goutte**, dont la squame se détache en bloc à la curette.
- **syphilis secondaire** (valeur du TPHA-VDRL).

II.5.2.2. Dans les formes particulières :

- le psoriasis des plis : pose le problème des intertrigos d'origine bactérienne ou mycosique ;
- le psoriasis palmoplantaire : fait partie des kératodermies palmoplantaires de causes diverses (génétiques, acquises);
- l'érythrodermie psoriasique : doit être distinguée des autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes, eczéma) ;
- le psoriasis pustuleux généralisé : pose le problème de certaines toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;
- le rhumatisme psoriasique : est difficile à différencier de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante s'il n'est pas associé à des lésions cutanées clairement identifiées comme psoriasiques.
- La nature psoriasique d'une atteinte unguéale, suspectée sur la clinique, est confirmée par l'examen au microscope d'un copeau de kératine ou par l'inefficacité relative des traitements antifongiques en cas de surinfection à champignon.

II.5.3.Diagnostic étiologique :

II.5.3.1.Génétique (17) (39)

Plusieurs arguments supportent le rôle de certains facteurs génétiques dans la transmission et le développement du psoriasis. Il existe une nette association familiale puisque 30 % des patients souffrant de psoriasis présentent une histoire familiale de la maladie. D'autre part, certains groupes HLA présentent une association franche avec le psoriasis. Toutes les études génétiques réalisées sur des familles de patients atteints de psoriasis s'orientent vers une composante multigénique. Les gènes prédisposant peuvent se combiner différemment chez les membres d'une même famille, aboutissant à une grande variabilité interindividuelle de l'expression clinique.

II.5.3.2.Facteurs déclenchants : (40) (41)

Plusieurs facteurs responsables du déclenchement ou de l'exacerbation des poussées ont été mis en évidence :

- Le frottement cutané et le grattage déclenchent chez certains patients l'apparition de plaques (Phénomène de Köebner).
- Une origine médicamenteuse est parfois retrouvée après prise notamment de bêtabloquants, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion, d'antipaludéens de synthèse ou de lithium. L'arrêt rapide d'une corticothérapie générale, donnée pour une autre raison, peut provoquer des grosses poussées de psoriasis.
- Certains psoriasis de l'enfant surviennent à la suite d'épisodes infectieux rhino-pharyngés, ces derniers pouvant également aggraver des psoriasis déjà connus.
- Le tabagisme, l'éthylisme et l'obésité sont des facteurs de risque à ne pas négliger.
- Dans bien des cas, le rôle du stress et des chocs émotionnels est important. Dans ce cadre, il est fréquent d'observer l'apparition d'un psoriasis après un deuil ou un accident.

II.6.Traitement :

II.6.1.But

Le traitement a pour but de ralentir le renouvellement rapide de la peau et de contrôler l'inflammation. Il permet de diminuer, voire de faire disparaître les lésions de psoriasis, les démangeaisons, les douleurs, les fissures ou crevasses, l'accumulation de squames. Le traitement tente de réduire la gêne physique et psychologique ressentie.

II.6.2. Moyens :

II.6.2.1. Traitements locaux :

II.6.2.1.1. Kératolytiques (42)

L'acide salicylique modifie l'équilibre membranaire des cornéocytes de la couche cornée par une inhibition de la cholestérol-sulfotransférase et permet ainsi leur détachement. Il est utilisé en général sous forme de préparation magistrale de type vaseline salicylique sur le corps, ou d'huile salicylée sur le cuir chevelu. Il existe une formulation dans laquelle l'acide salicylique à 3% est déjà associé à un stéroïde topique de classe 3 en onguent ou en solution pour le scalp.

L'urée à forte concentration solubilise et dénature les protéines et est utilisée, dans le cadre du psoriasis, à des concentrations variant de 10-30% selon l'épaisseur de l'hyperkératose, en application bi- ou trihebdomadaire.

II.6.2.1.2. Dermocorticoïdes (18)

Les plaques inflammatoires nécessitent l'application de dermocorticoïdes en schéma dégressif.

Des dermocorticoïdes très puissants sont proposés pour une atteinte des zones cutanées épaisses (membres et tronc). La durée de traitement ne doit pas dépasser 4 à 6 semaines. Les dermocorticoïdes plus faibles sont recommandés pour les zones cutanées plus fines (muqueuses, visage) pendant une période n'excédant pas une dizaine de jours. Des spécialités commercialisées contiennent des associations d'acide salicylique et de corticoïdes locaux d'activité forte ou modérée. Des formes galéniques sont mises sur le marché : gel, émulsion, shampooing, lotion.

II.6.2.1.3. Analogues de la Vitamine D3 locale (43)

Le calcipotriol est un dérivé synthétique de la vitamine D qui a la même affinité pour le récepteur que son analogue naturel. Du fait de sa dégradation locale rapide en métabolites inactifs, les effets secondaires sur le métabolisme calcique sont uniquement observés en cas de dépassement des quantités qui sont préconisées en clinique (100 g/semaine dès l'âge de 16 ans ; 75 g/semaine entre 12 et 16 ans ; 50 g/semaine entre 6 et 12 ans. L'hypercalcémie, la grossesse et l'allaitement représentent des contre-indications au traitement. (44) (45)

Le calcitriol est un métabolite actif de la vitamine D₃. L'association aux dermocorticoïdes permet, comme le calcipotriol, de réduire l'utilisation à long terme des stéroïdes. Le calcitriol semble être mieux toléré que le calcipotriol, en particulier dans les zones sensibles (visage, liseré du cuir chevelu, plis de flexion et rétro auriculaires). La demi-vie du calcitriol est plus longue et, dans le souci d'une interaction avec le métabolisme phosphocalcique, la sécurité d'emploi de cette molécule a été prouvée sur une surface limitée (35% de la surface corporelle). (27)

Le tacalcitol: Il semble discrètement moins efficace que le calcipotriol tout en restant un traitement envisageable pour le psoriasis léger et modéré (46).

II.6.2.1.4. Rétinoïdes topiques (47)

Le tazarotène est un rétinoïde acétylénique agoniste des RAR. Il est indiqué dans les psoriasis n'excédant pas 10% de la surface corporelle.

La posologie est d'une application par jour, le soir, en couche mince, sur les lésions psoriasiques. Il est recommandé de commencer à la concentration de 0,05% puis de passer à 0,1% si la tolérance est bonne. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte et nécessite une contraception chez la femme en période d'activité génitale. Il est recommandé d'éviter une exposition excessive aux rayons UV pendant le traitement.

II.6.2.1.5. Emollients (48)

Ils sont utiles en complément des traitements locaux, permettant de maintenir une bonne hydratation cutanée. L'hydratation est le premier soin à appliquer quotidiennement lorsque l'on a un psoriasis pour retrouver une souplesse au niveau de la peau. L'application d'émollient permet de réduire de moitié le renouvellement de la peau (en réduisant la sécheresse cutanée), d'atténuer les démangeaisons et de freiner l'apparition de nouvelles poussées.

II.6.2.2. Traitements généraux :

II.6.2.2.1. Méthotrexate (48) (49)

Le méthotrexate est utilisé dans les formes modérées à sévères de psoriasis et également en cas de psoriasis articulaire. Il est administré une fois par semaine par voie intramusculaire ou intraveineux de 10 à 25 mg par semaine jusqu'à l'obtention d'une réponse adéquate. Il convient d'ajuster progressivement la dose jusqu'à l'obtention d'une réponse clinique optimale, mais habituellement on ne devrait pas dépasser 30 mg

par semaine. Une fois la réponse clinique optimale obtenue, on doit réduire le schéma posologique de manière à administrer la plus faible dose de médicament possible et à allonger l'intervalle le plus possible.

II.6.2.2.2. Rétinoïdes (50) (51)

Les rétinoïdes semblent constituer le traitement le plus sûr du psoriasis par l'absence de toxicité cumulative, autorisant son utilisation en traitement d'entretien. Les fonctions hépatiques et le bilan lipidique doivent également être surveillés. La posologie initiale recommandée est de 0,5mg/kg/j.

II.6.2.2.3. Ciclosporine A (48) (51)

La ciclosporine est un autre médicament employé par voie orale en cas de psoriasis modéré à sévère en échec d'un traitement local ou de la photothérapie.

La prescription de ciclosporine est déconseillée chez les patients ayant reçu de fortes doses de puvathérapie à cause du risque majoré de carcinome épidermoïde.

La dose initiale de 2,5mg/kg/j sera progressivement augmentée, sans jamais dépasser 5mg/kg/j.

II.6.2.2.4. Biothérapie (52) (53)

Les traitements dits « biothérapies » sont à visée anti-TNF (*étanercept, infliximab, adalimumab*) ou à visée lymphocytaire T (*efalizumab*). Leur indication est réservée aux échecs ou aux contres indications des traitements systémiques précédents et leur emploi est contingenté. Ces traitements ne peuvent être proposés qu'en cas de psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte, récalcitrant aux traitements classiques, ou si les traitements classiques sont contre-indiqués.

II.6.2.2.5. Photothérapie (18) (54)

L'application de rayons entraîne un effet anti-inflammatoire et immunosuppresseur.

- PUVAthérapie**

La PUVAthérapie consiste en l'exposition à des doses croissantes d'ultraviolets A, à raison de deux à trois séances par semaine pendant un à deux mois.

Un bilan pré-PUV Athérapie est nécessaire pour respecter les contre-indications : ophtalmologiques (cataracte), biologiques (insuffisance rénale ou hépatique, anticorps anti-nucléaires), cutanée (antécédent de cancer cutané), grossesse.

- **UVBthérapie**

L’UVBthérapie spectre étroit est également efficace dans le psoriasis et représente pour certains auteurs le traitement d’attaque de référence du psoriasis étendu de l’enfant. Le rythme des séances varie de 4 à 6 par semaine et une cure de 20 séances est souvent suffisante pour obtenir un blanchiment.

II.6.2.3.Divers (48) (51)

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces dans le rhumatisme psoriasique mais peuvent aggraver les lésions cutanées, surtout l’indométacine.
- Le psoriasis des patients séropositifs pour le VIH est parfois nettement amélioré par les traitements antirétroviraux.
- La prise en charge psychologique est nécessaire, de même qu’une relation médecin-malade de qualité.
- Un traitement antibiotique antistreptococcique est habituellement prescrit dans les psoriasis en gouttes de l’enfant.
- Les psoriasis érythrodermiques et pustuleux généralisés sont des urgences dermatologiques, nécessitant une hospitalisation pour mise en route du traitement.
- Le choix des vêtements : coton, soie, lin sont les matières conseillées)

II.6.3.Indications :

- Les traitements locaux peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres dans les psoriasis limités et stables. Ils peuvent être associés aux traitements généraux pour en diminuer la posologie. (48) (51)
- Les traitements généraux sont indiqués lorsque le psoriasis retentit de façon importante sur la qualité de vie et que les traitements locaux sont insuffisamment efficaces ou trop contraignants, et que la surveillance clinique et biologique est bien négociée avec le patient. (51)
- Formes graves : les formes érythrodermiques ou pustuleuses généralisées, sont l’indication privilégiée des rétinoïdes, voire dans les formes très sévères des traitements immunosuppresseurs ou de la cyclosporine.

II.6.4.Résultats :

II.6.4.1. Mesures de la réussite thérapeutique (55)

- Disparition totale** : Absence de signes de la maladie.
- Maîtrise** : Réponse satisfaisante au traitement, telle qu'elle a été définie par le patient et/ou le médecin; n'implique pas nécessairement une disparition totale.
- Rémission** : Maîtrise de la maladie pendant une longue période, qui est parfois définie dans la pratique par le laps de temps écoulé entre deux traitements prévus.

II.6.4.2. Mesures de l'échec thérapeutique (55) (56)

- Exacerbation** : Toute aggravation des symptômes du psoriasis.
- Poussée** : Exacerbation survenant lorsque le patient est sous traitement, et au cours de laquelle l'aggravation de la maladie est différente de la maladie précédente, soit par sa morphologie, soit par l'étendue ou la gravité des lésions.
- Rebond** : Exacerbation (généralement définie par un PASI-125 ou un accroissement de la gravité ou une modification de la morphologie du psoriasis) associée à l'abandon du traitement. Pour qu'un rebond soit considéré comme étant lié à l'abandon du traitement, il doit survenir au cours des trois mois suivant l'abandon du traitement.
- Rechute** : Perte de maîtrise de la maladie qui était jusqu'alors maîtrisée de manière satisfaisante; la rechute est généralement définie comme une perte de 50 % des gains obtenus par le traitement.

II.6.5.Surveillance :

II.6.5.1. Évaluation de l'observance thérapeutique (56) (57) (58)

Ces différents topiques sont très utiles dans le psoriasis, mais leur efficacité est très dépendante de la manière dont ils sont utilisés par le patient. Cependant, l'adhérence aux traitements topiques a été très peu étudiée et évaluée dans le psoriasis. Néanmoins, quelques études ont été réalisées, et retrouvent une réduction de l'observance chez 34 à 45% des patients. Des éléments psychosociaux, avec un syndrome dépressif souvent présent chez les psoriasiques sont également des facteurs de mauvaise observance thérapeutique, ce qui rend très importante la relation médecin-malade et l'accompagnement thérapeutique.

II.6.5.2. Prescription/Surveillance et effets secondaires des médicaments

Tableau 1 : Caractéristiques des principales molécules prescrites

MOLECULES	PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE	EFFETS SECONDAIRES
SALICYLES	Chez l'enfant doit se faire avec précaution au vu du risque d'intoxication salicylique en cas d'application sur des surfaces étendues.	Irritation à forte concentration ou allergie chez les patients sensibilisés
DERMOCORTICOÏDES	-Application prudente sur le visage et dans les plis, -Surveillance de manière très étroite de la quantité et la fréquence d'application (notamment chez l'enfant)	Cutanés : Atrophie cutanée, Télangiectasies, Vergeture, Tachyphylaxie Systémiques : Suppression de l'axe hypothalamo-hypophysaire, Imprégnation stéroidienne (diabète induit, hypertension arterielle, etc).
RETINOÏDES TOPIQUES (TAZAROTENE)	Tolérance locale	Irritation cutanée
DERIVE DE LA VITAMINE D	Efficacité et tolérance	Irritation cutanée Risque de trouble du métabolisme phosphocalcique
RETINOÏDES (ACITRETINE)	Risque tératogène (chez toute femme en période d'activité génitale) : -Réalisation d'un test de grossesse avant traitement, -Utilisation d'une contraception fiable débutée avant le traitement, poursuivie pendant toute la durée du traitement et pendant 2 ans après son arrêt, -Surveillance des transaminases et lipides, courbe de croissance (chez l'enfant) et scintigraphie/radiographie osseuse (chez l'adulte)	Habituellement bénins et dose-dépendants : - cliniques : chéilité, sécheresse cutanéo-muqueuse, desquamation, chute capillaire, prurit - biologiques : hyperlipidémies, élévarions des transaminases

Tableau 1 : Caractéristiques des principales molécules prescrites (suite)

MOLECULES	PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE	EFFETS SECONDAIRES
METHOTREXATE	<p>NOMBREUSES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES (probénécide, triméthoprime, aspirine, phénylbutazone)</p> <p>Surveillance biologique mensuelle stricte :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hématologique (NFS), -Hépatique (transaminases) -Pulmonaire (risque de fibrose) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cytopénie, macrocytose - Fibroses pulmonaire et hépatique - Tératogène
CICLOSPORINE	<p>Surveillance mensuelle impérative :</p> <ul style="list-style-type: none"> -TA -Créatininémie 	<ul style="list-style-type: none"> -Néphrotoxicité (plus fréquente si traitement prolongé) ; -Hypertension artérielle ; -Lymphomes ou carcinomes (à plus long terme)
PHOTOTHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> -Examen ophtalmologique préalable -Protection des organes génitaux externes -Compte de la dose cumulée délivrée surveillance prolongée du tégument 	<ul style="list-style-type: none"> -A court terme : un érythème +/- intense (surdosage, prise concomitante de médicaments photosensibilisants), trouble digestif -A long terme : vieillissement prématué du tégument, cancers cutanés (carcinomes, mélanomes), cataracte

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

I. METHODOLOGIE

I.1. Cadre d'étude :

I.1.1. Lieu d'étude :

Nous avons réalisé notre étude dans l'Unité de Soins de Formation et de Recherche (USFR) Dermatologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Rasetra Befelatanana d'Antananarivo. Les activités principales du service sont basées sur la prise en charge des pathologies dermatologiques en consultation externe et en hospitalisation ainsi que des pathologies de médecine interne en général.

I.1.2. Durée de l'étude :

Elle a été effectuée sur une période de 6 ans allant de janvier 2006 à décembre 2011.

I.1.3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers des malades psoriasiques hospitalisés et vus en consultation dans le service.

I.2. Recrutement des dossiers :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé tous les patients hospitalisés et vus en consultation externe ayant des dossiers médicaux et inscrits dans le cahier de registre journalier.

I.2.1. Critères de sélection :

I.2.1.1. Critères d'inclusion :

Patient portant le diagnostic de psoriasis posé sous la supervision d'un médecin dermatologue senior.

I.2.1.2. Critère de non inclusion :

Ont été exclus dans notre étude : tous les patients ayant des dossiers cliniques incomplets.

I.2.2.Paramètres à étudier :

I.2.2.1. Paramètres épidémiologiques :

- L'incidence
- Le sexe
- L'âge des patients
- La profession
- L'origine géographique

I.2.2.2. Paramètres cliniques :

- L'aspect séméiologique
- L'âge de début de psoriasis
- Le psoriasis et comorbidités
- Les facteurs déclenchants et/ou favorisants
- Les topographies des lésions
- Les formes cliniques
- La sévérité de la maladie
- L'anatomopathologie

I.2.3.Méthodes descriptives

- Répartition des patients selon le sexe
- Répartition des patients selon l'âge
- Répartition des patients par tranche d'âge et sexe
- Répartition des patients selon la profession
- Répartition des patients selon l'origine géographique
- Répartition des patients selon les antécédents
- Répartition du psoriasis selon l'âge de début
- Répartition des patients selon les facteurs favorisants
- Répartition des patients selon l'existence des prurits
- Répartition des lésions selon la topographie
- Répartition des patients selon les formes cliniques
- Répartition des formes cliniques selon le sexe
- Répartition des formes cliniques selon l'âge
- Répartition de la forme vulgaire selon la tranche d'âge

- Répartition du psoriasis vulgaire selon le nombre des lésions
- Répartition des patients selon la sévérité du psoriasis
- Répartition selon la nécessité de l'examen anatomo-pathologique

I.2.4.Outils statistiques :

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft office 2010 (Access, Excel et Word) afin de recueillir et traiter les données ainsi que rédiger notre travail.

Pour l'analyse statistique, nous exploitons le logiciel Epi-info 7.0.9.7 élaboré par CDC (Center of Disease Control).

II. RESULTATS

II.1.2 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

II.1.1. Prévalence

Les 153 psoriasiques recensés représentaient 2% de 7650 nouveaux malades vus en consultation au cours de la période d'étude de 6 ans et se répartissaient en 72 sujets de sexe masculin et 81 de sexe féminin soit un sex-ratio de 0,88.

II.1.2. Répartition selon l'âge

Les âges extrêmes des patients psoriasiques étaient de 2 mois et 81 ans avec une moyenne de 40,58 ans et une mode à 29 ans. La figure 2 permet de souligner que le psoriasis se rencontrait surtout entre 20 et 30 à 36 cas soit 23,53%.

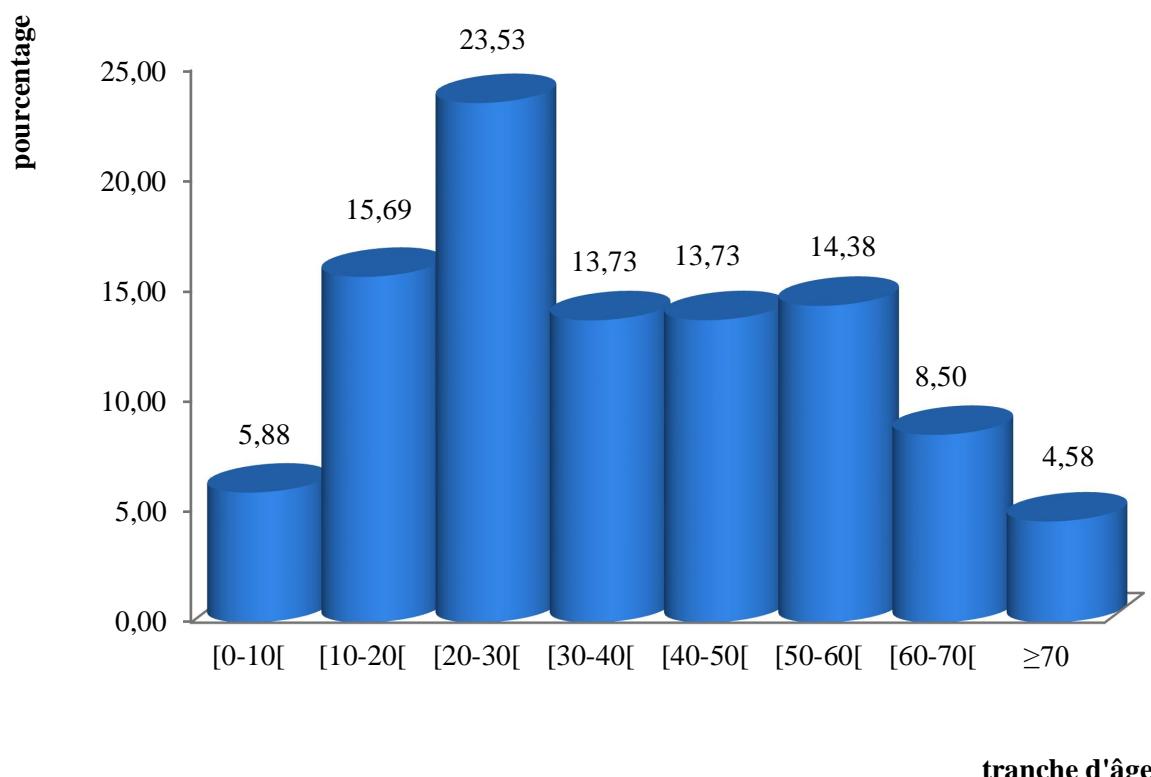


Figure 2 : Répartition selon l'âge

II.1.3. Répartition par tranche d'âge et sexe

Sur cette figure, le mode était compris dans la tranche d'âge 20-30 ans chez les sujets de sexe féminins. La tranche d'âge la plus touchée était entre 10 à 60 ans.

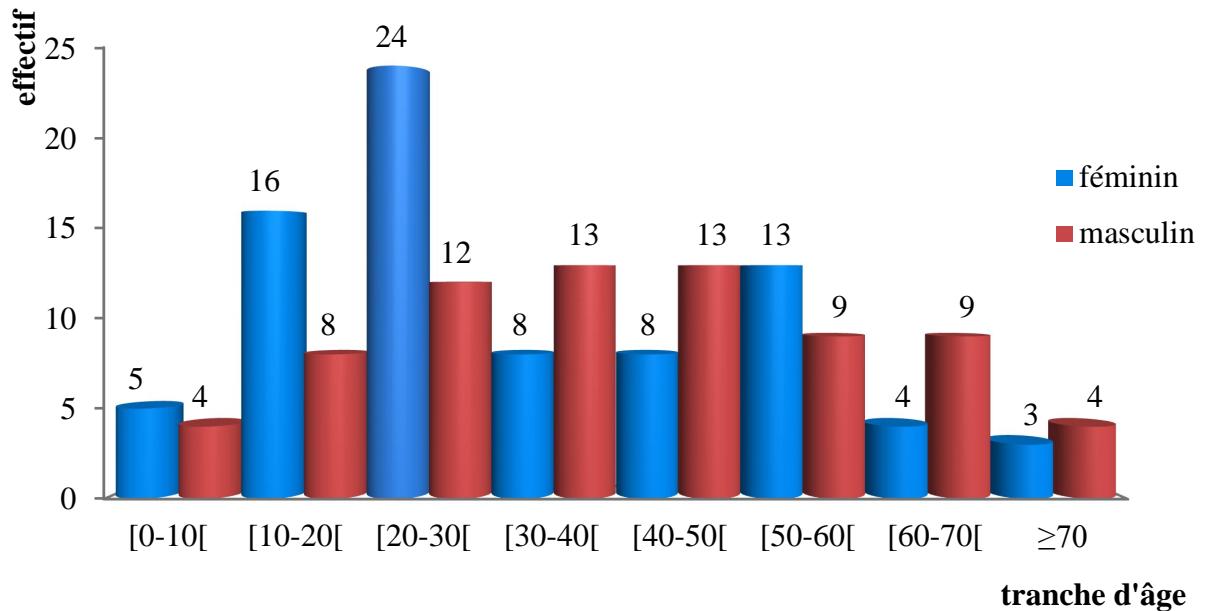


Figure 3 : Répartition par tranche d'âge et sexe

II.1.4. Répartition selon la profession

Dans notre étude nous avons classé la profession des patients comme décrite dans le tableau 2.

Tableau 2 : Classification des professions selon leur catégorie

CATEGORIES	PROFESSIONS
Secteur estudiantin	Ecoliers(ères), Collégiens(nes), Lycéens(nes), Etudiants(tes)
Sans profession	Nourrissons, Ménagères, Chômeurs, Retraités,
Libérale	Religieux, Commerçant, Business man, Opérateurs économiques, Pâtissiers, Cuisinier, Restaurateur, Couturier, Chauffeur, Bijoutier, Artisans,....
Cadre moyen	Polices, Gendarmes, Assistantes (direction, administrative), Paramédicaux, Pharmaciens, Agents (société, statistique, tourisme..), Archiviste, Magasinier, Commercial, Electronicien, Informaticien, Bibliothécaires, Forestiers, Magasinier, Instituteurs, Opérateurs de saisie, Zones Franches,
Cadre supérieur	Médecins, Avocats, Magistrats, Ingénieurs, Directeurs, Enseignants, Cadres (Entreprise, Administratif), Pilote, Chargées (études, mission...), Juristes, Entrepreneurs....
Ruraux	Agriculteur, Cultivateur, Pêcheur

Le psoriasis touchait beaucoup plus la profession libérale, 41 cas soit 26,8% et le secteur estudiantin 40 cas soit 26,1%. Chez les ruraux et les cadres supérieurs, la maladie était moins fréquentes 1,3% et 6,5%.

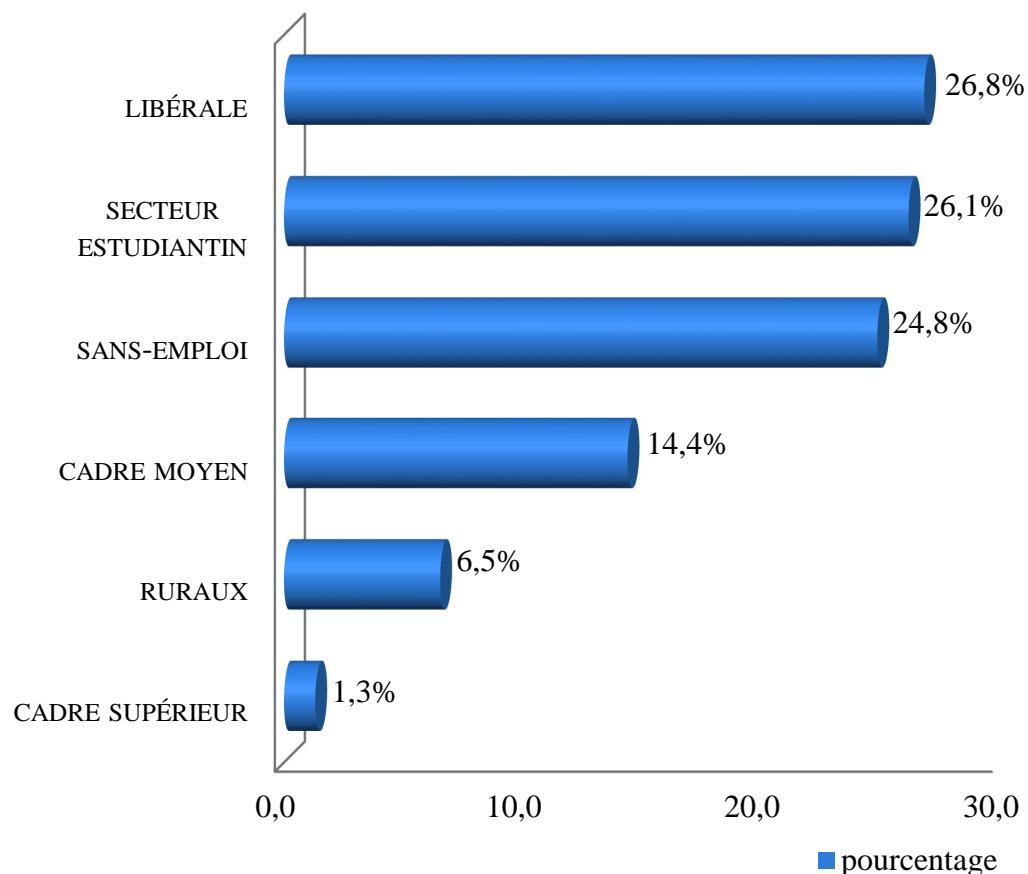


Figure 4 : Répartition selon la profession

II.1.5. Répartition selon l'origine géographique

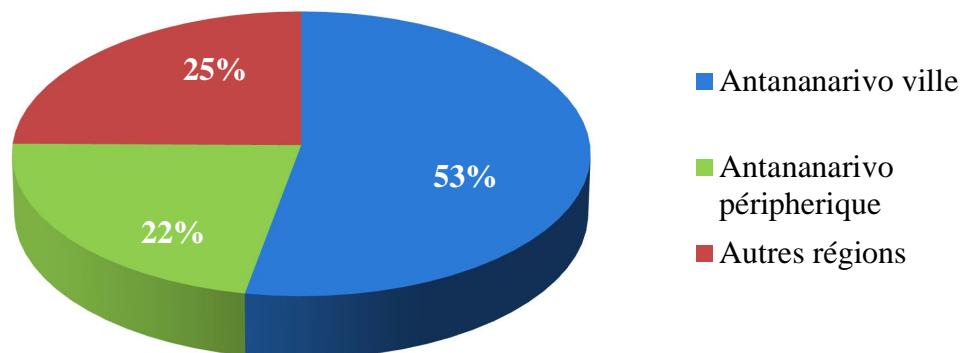


Figure 5 : Répartition selon l'origine géographique

II.2. ASPECTS CLINIQUES :

II.2.1. Psoriasis et antécédents

Au cours de notre étude, les antécédents étaient précisés que chez 29,4% des psoriasiques soit 45 patients, dont 12 cas soit 7,8% des histoires familiales de dermatose similaire, 10 malades (6,5%) alcoololo-tabagiques, 7 atopiques, 12 cas auraient des pathologies non dermatologiques.

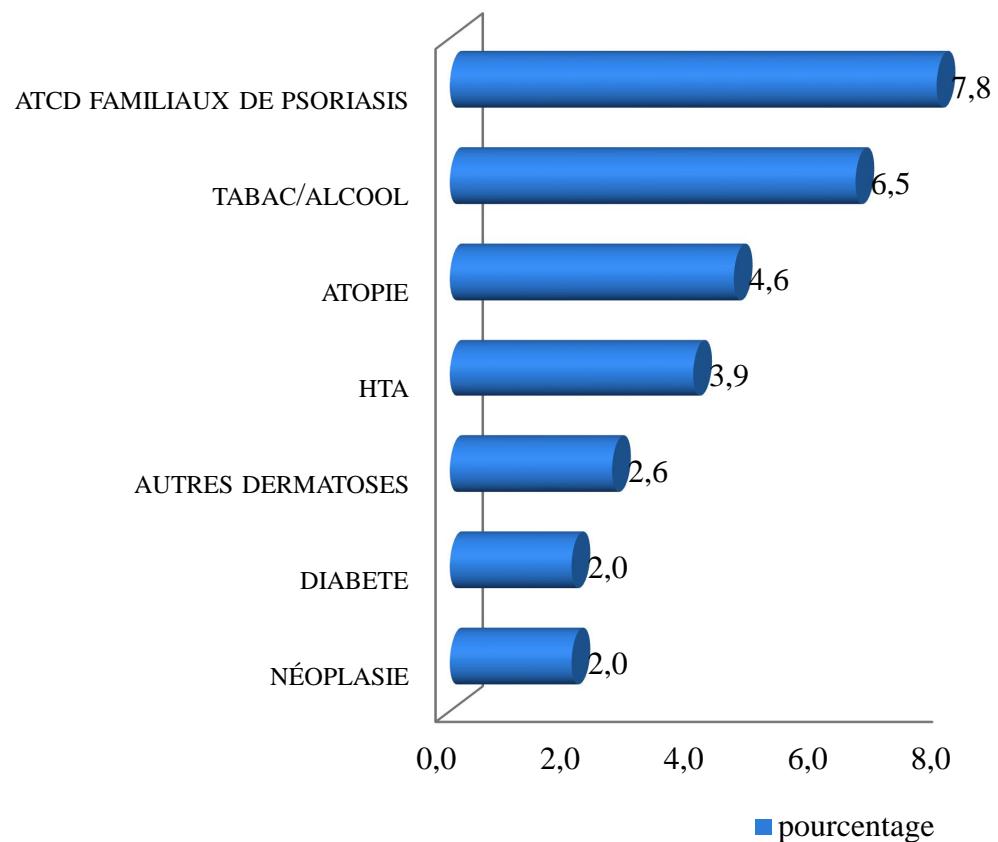


Figure 6 : Répartition selon les antécédents

II.2.2. Age de début de psoriasis

Tableau 3 : Age de début du psoriasis dans les deux sexes

Age de début	Masculin		Féminin	
	N de cas	%	N de cas	%
[0-10[	9	12,5	9	11,1
[10-20[	8	11,1	24	29,6
[20-30[	15	20,8	22	27,2
[30-40[	17	23,6	8	9,9
[40-50[	9	12,5	8	9,9
[50-60[	8	11,1	7	8,6
[60-70[	5	6,9	1	1,2
≥ 70	1	1,4	2	2,5
Total	72	100,0	81	100,0

Le tableau permet de constater que l'âge moyen de survenue du psoriasis chez nos malades était de 35 ans avec un maximum de fréquence de survenue entre [30 – 40[ans chez les hommes et [10 – 20[ans chez les femmes. Le psoriasis débutait avant 40 ans pour 73,2% des cas avec 32,7% chez les moins de 20 ans.

II.2.3. Facteurs favorisants

Soixante-dix-neuf psoriasiques sur 153 de notre série ont pu être inventoriés dans ce domaine :

- Quarante patients soit 26% ont vu leur psoriasis apparaître après un stress et/ou choc psychoaffectif.
- Chez 17 patients (11%), le facteur psychologique interférait avec une notion de prise médicamenteuse (bétabloquant, IEC, antipaludéen de synthèse, corticoïde).

- Pour 15 psoriasiques soit 10% avec un cas de cysticercose, l'infection des voies aériennes supérieures ou de la sphère bucco-dentaire et la cysticercose auraient déclenché les lésions ;
- Quatre patients ont vu leur psoriasis apparaître lors de la saison hivernale ;
- 2 cas ont relaté une rémission pendant la grossesse mais une rechute après l'accouchement.

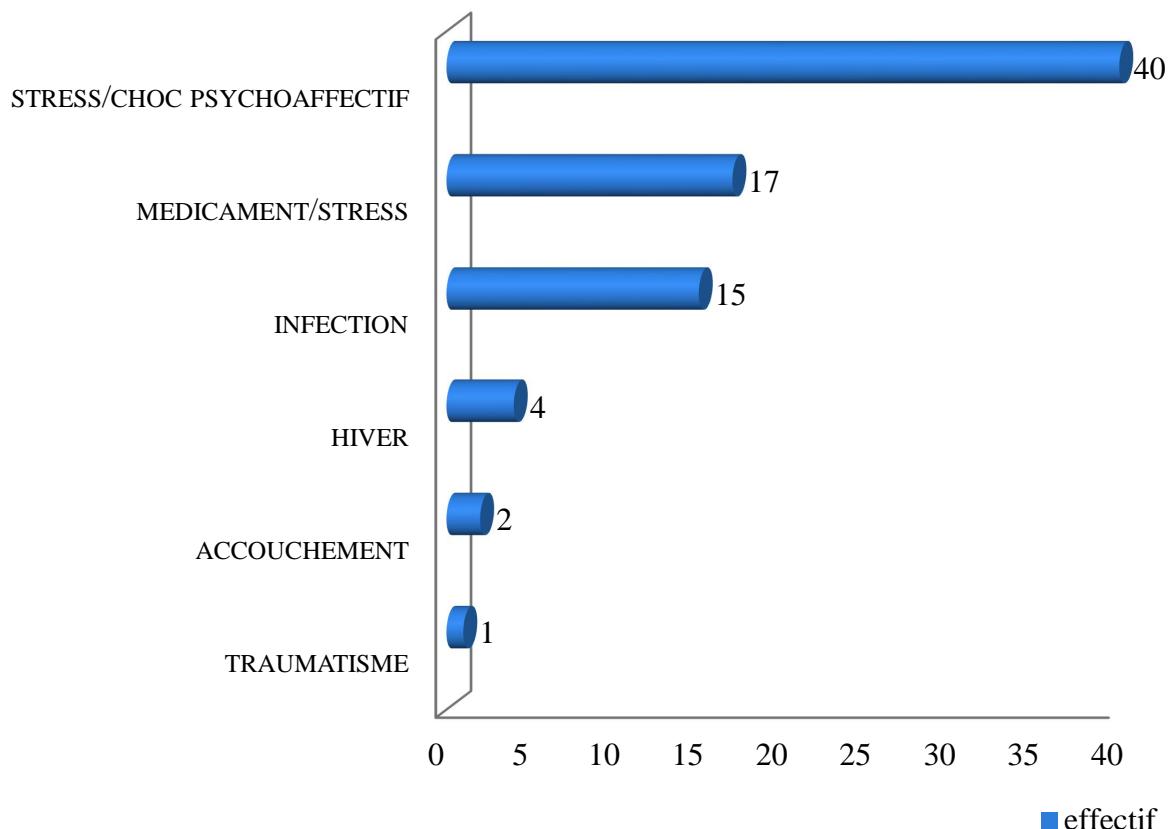


Figure 7 : Répartition des facteurs déclenchants

Concernant le psoriasis érythrodermique, dans notre série la poussée est favorisée après une corticothérapie par voie générale pour deux patients et la consommation de boisson alcoolisée pour cinq patients.

II.2.4. Répartition selon l'existence des prurits

Sur les 153 psoriasiques observés, le prurit était retrouvé chez 107 d'entre eux soit 70% des cas.

II.2.5. Répartition des formes cliniques

II.2.5.1. Selon la topographie des lésions

Le tableau nous donne les différentes localisations rencontrées.

Tableau 4: Répartition des zones électives du psoriasis chez les 153 psoriasiques

Zones électives du Psoriasis	Nombre	Pourcentage
Genou/Coude	79	51,6
Jambe	52	34,0
Cuir chevelu	42	27,5
Avant-bras	40	26,1
Lombo-sacrum	30	19,6

Tableau 5 : Répartition selon les autres localisations

Autres localisations du psoriasis	Nombre	Pourcentage
Autres localisations du tronc	40	26,1
Autres localisations des membres	32	20,9
Généralisé/érythrodermiques	24	15,7
Plis	10	6,5
Visage et oreilles	8	5,2
Mains et pieds	5	3,2
Fesses	3	2,0
O.G.E	3	2,0
Ongles	2	1,3
Muqueuse buccale	0	0,0

Certaines régions ou bastions du psoriasis demeuraient plus fréquemment touchées. Ce sont par ordre de fréquence décroissante : les genoux et coudes, le cuir chevelu, les jambes et avant-bras, la région lombo-sacrée.

En dehors de ces zones électives classiques du psoriasis, nous retrouvions une atteinte importante du tronc (31,4%), des membres (30,7%) et celle non négligeable des plis (6,5%) et de la surface palmoplantaire (3,9%). Aucun de ces patients ne présentait une localisation au niveau des muqueuses.

II.2.5.2. Répartition selon les formes cliniques

Le psoriasis vulgaire était la forme la plus fréquente de notre série 82 cas soit 53,6%. Les formes graves représentaient seulement 12,4% des cas (19 malades) avec 7,8% de formes érythrodermique et 4,6% de rhumatisme psoriasique.

Les formes associées correspondaient surtout à la forme vulgaire couplée avec d'autres localisations.

Le rhumatisme psoriasique apparaît avant la quarantaine d'âge pour deux patients et après la cinquantième d'âge pour cinq patients. On l'a révélé en général après 5 à 10 années d'évolution de l'atteinte cutanée.

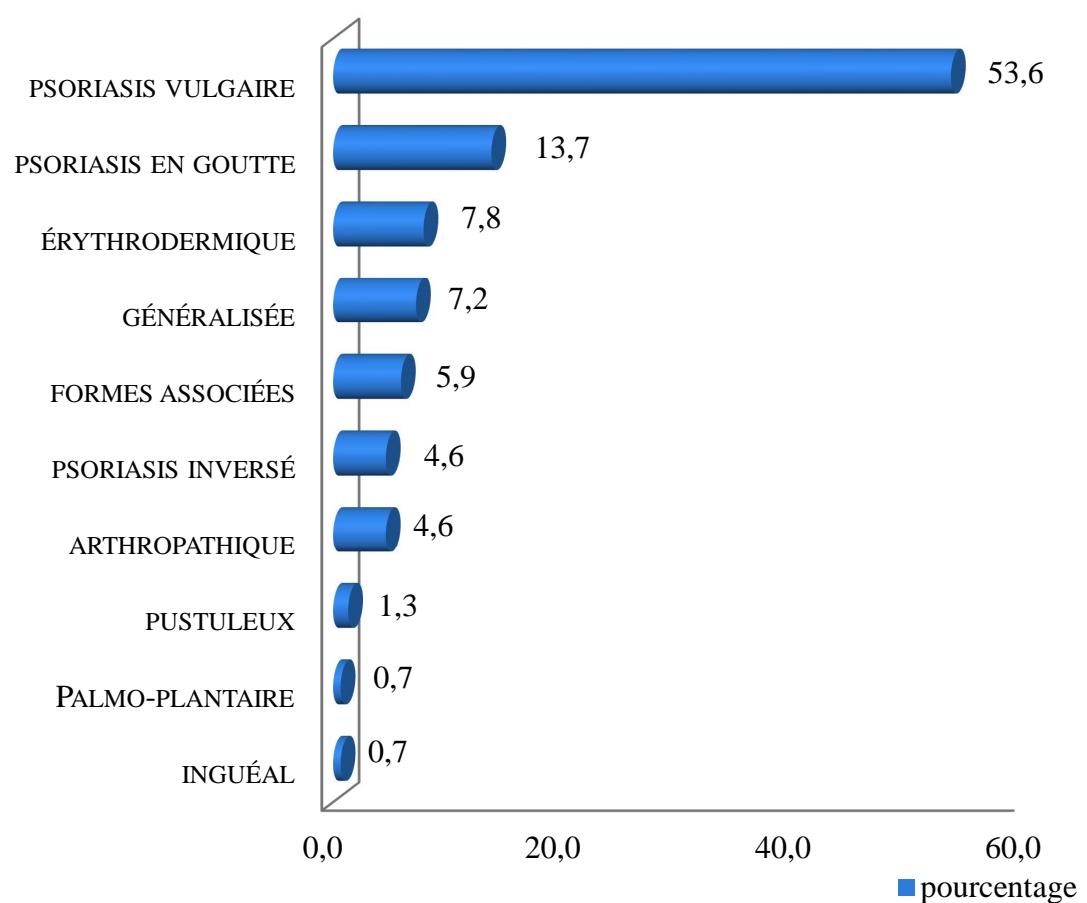


Figure 8: Formes cliniques rencontrées chez les 153 psoriasiques étudiés

II.2.5.3. Répartition des formes cliniques selon le sexe

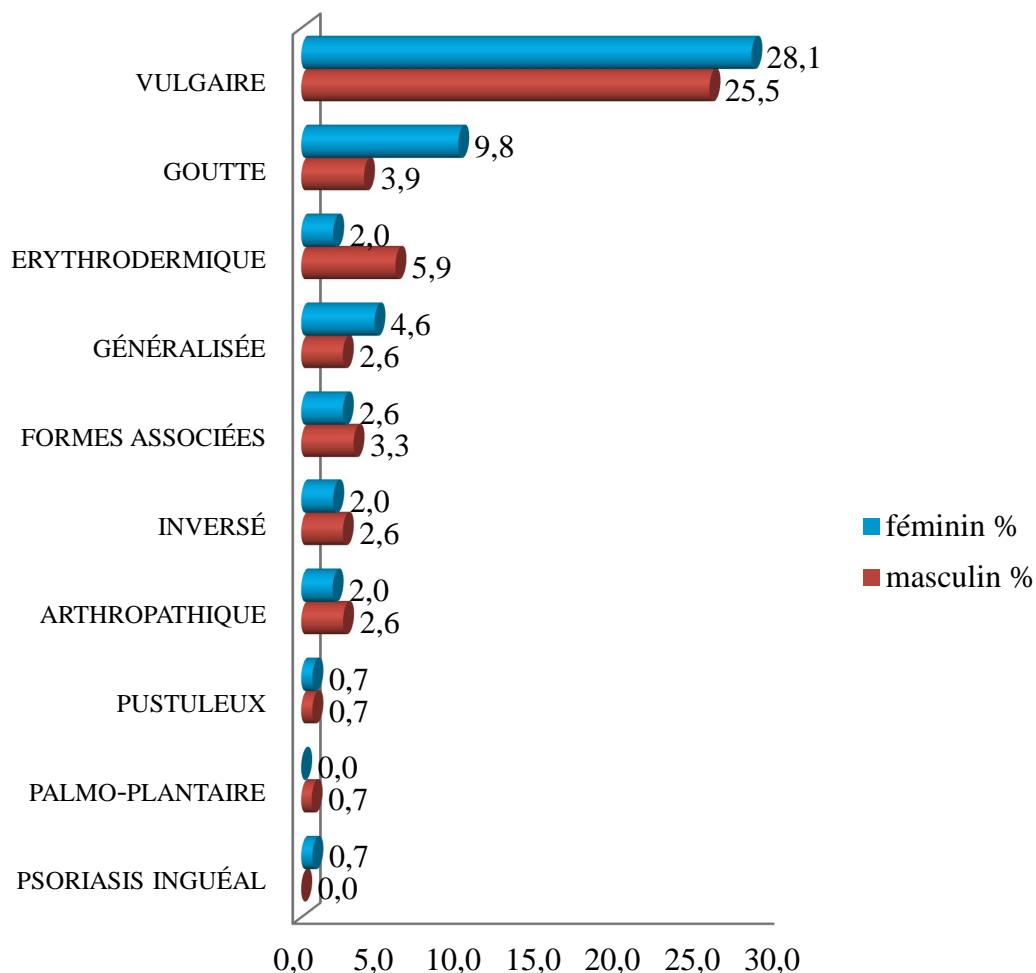


Figure 9: Répartition des formes cliniques selon le sexe

II.2.5.4. Psoriasis vulgaire ou en plaque

Sur les 82 psoriasiques, 52,4% étaient des femmes et 47,6% des hommes.

II.2.5.4.1. Répartition de la forme vulgaire selon la tranche d'âge

Dans plus de 85% des cas, le psoriasis vulgaire était rencontré entre la tranche d'âge de 10 à 60 ans avec un pic à la tranche de 20-30ans.

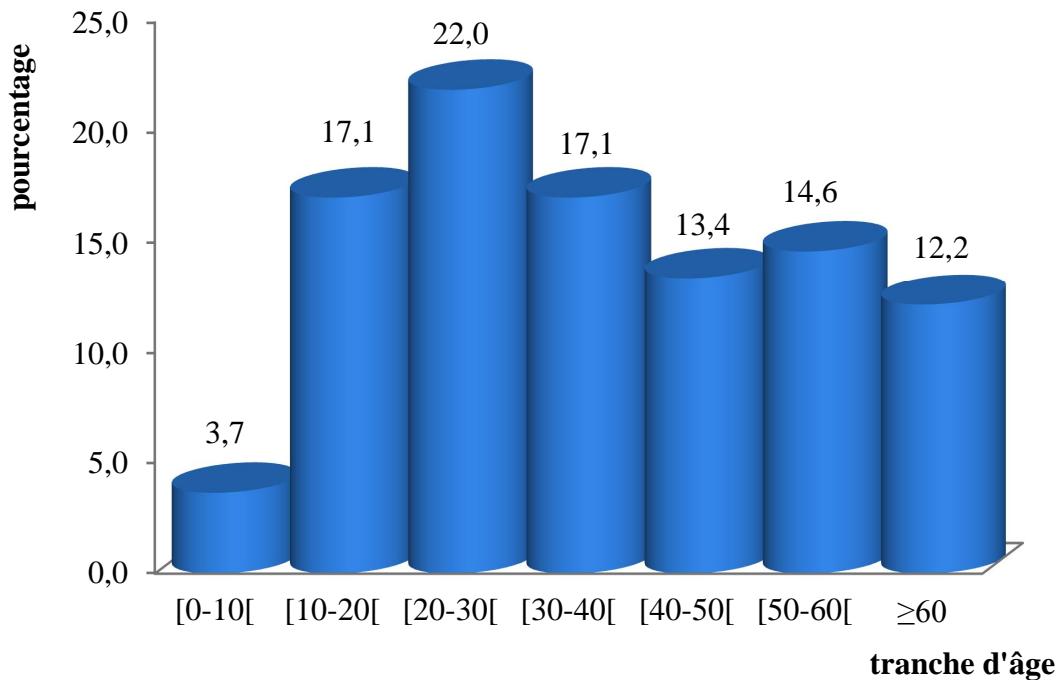


Figure 10: Répartition du psoriasis vulgaire selon la tranche d'âge

II.2.5.4.2. Répartition selon le nombre des lésions

Le psoriasis vulgaire était paucilésionnel (atteint seulement un ou deux zones du corps) à 64,6%, et multi lésionnel à 35,4%.

II.2.5.5. Psoriasis chez l'enfant

Sur les 153 psoriasiques 24 étaient constitués des enfants de 0 à 15 ans, réalisant 15,68% des cas avec une prédominance féminine à 62,5%.

II.2.5.5.1. Répartition des cas selon l'âge

Tableau 6: Répartition selon l'âge

Age (ans)	Nombre	Pourcentage
[0-12]	16	66,7
[12-16[	8	33,3

Le psoriasis est apparu surtout dans la petite enfance dans 2/3 des cas avec une moyenne d'âge de début 7,5 ans.

II.2.5.5.2. Répartition selon les antécédents :

Il n'y avait pas d'antécédents dans 75% des cas. On retrouvait des antécédents familiaux de psoriasis dans 16,7% des enfants. Dans 8,3% des cas un terrain d'atopie était constaté.

II.2.5.5.3. Répartition selon l'existence de prurits

Le prurit était présent dans 58% des cas recensés.

II.2.5.5.4. Répartition selon les facteurs déclenchants retrouvés

On retrouvait les infections des voies aériennes supérieures ou bucco-dentaires (21%), le stress ou choc psychoaffectif (13%) et la saison hivernale (8%) comme facteurs favorisants.

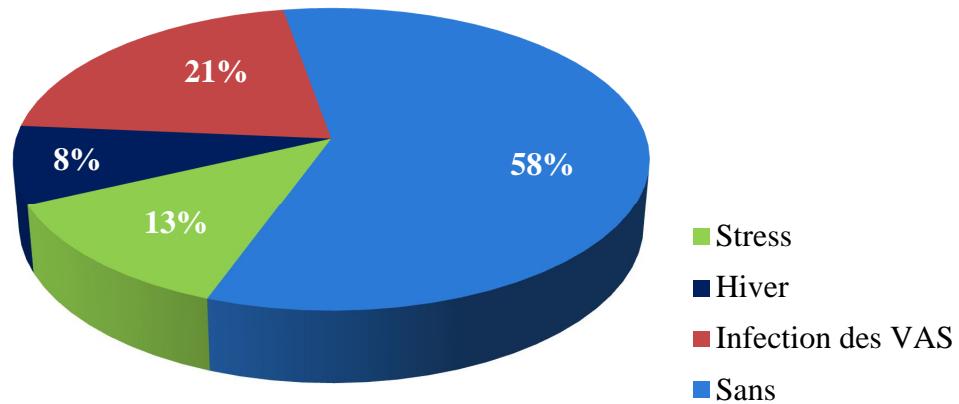


Figure 11 : Répartition selon les facteurs déclenchants

II.2.5.5.5. Répartition selon la topographie des lésions

Les lésions psoriasiques se situaient principalement aux autres parties des membres (en excluant le genou, la coude, les ongles, la surface palmoplantaire et les plis de flexion) et aux autres parties du tronc (en excluant la région lombo-sacrée).

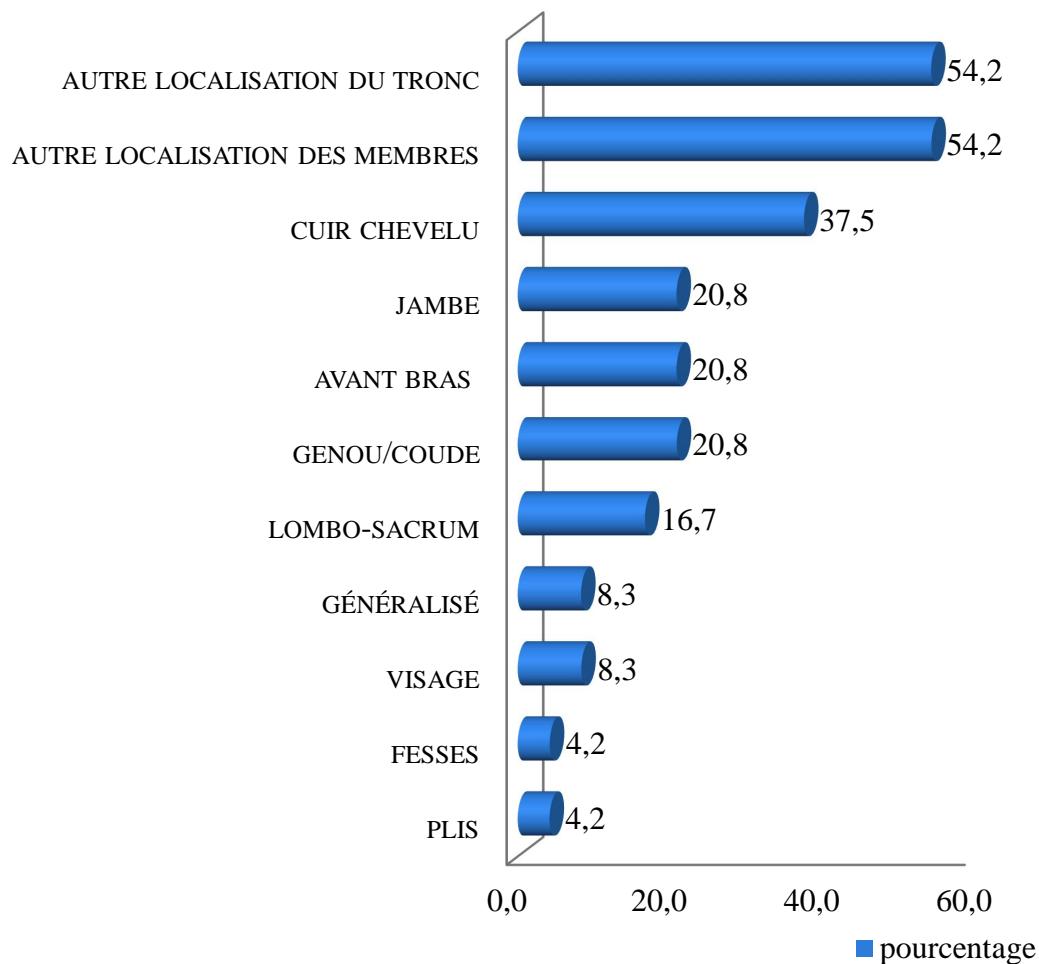


Figure 12: Répartition selon la topographie des lésions

II.2.5.6. Répartition des cas selon les formes cliniques chez l'enfant

Le psoriasis vulgaire occupait presque la moitié des cas. Le psoriasis en goutte représentait les 37,5% des cas (11 enfants).

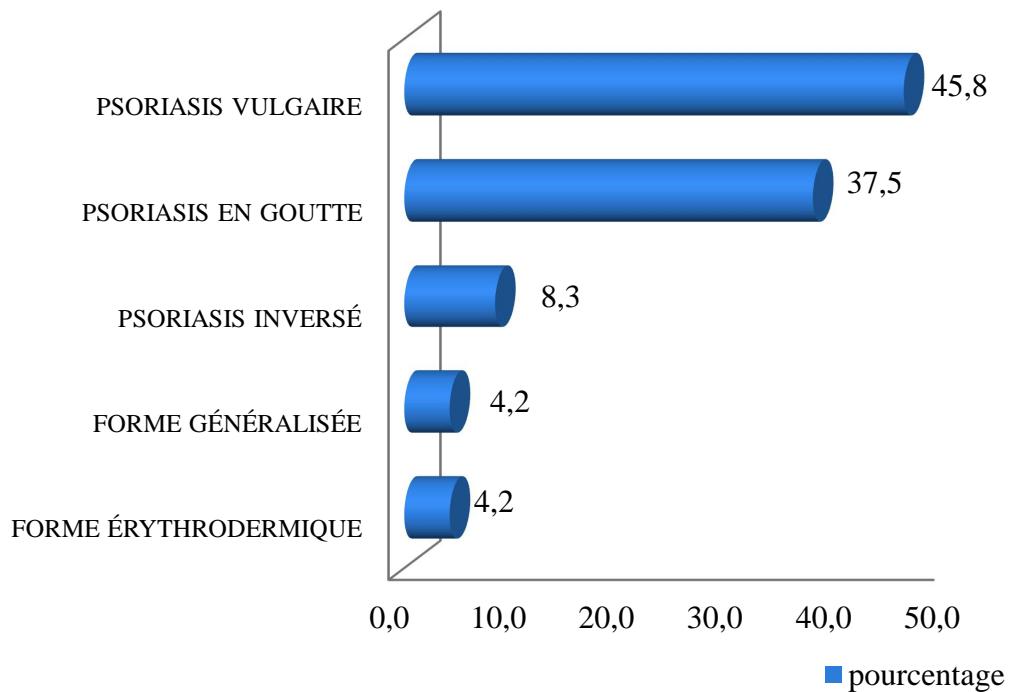


Figure 13: Répartition des cas selon le type du psoriasis

II.2.6. Répartition selon la sévérité du psoriasis

La sévérité du psoriasis était évalué par :

- L'ancienneté des lésions qui était déterminé par un début précoce avant 20 ans chez 32,7% de nos patients.
- Les topographies incriminées étaient le visage pour 8 cas soit 5,2% et la face palmoplantaire pour 5 cas soit 3,2%.
- Parmi les 153 patients, 21 cas présentaient des formes graves qui se répartissent : 12 cas (7,8%) de psoriasis érythrodermique, 7 cas (4,6%) de psoriasis arthropathique et 2 cas (1,3%) de forme pustuleuse généralisée.
- Durant le période d'étude, seul 7 patients nécessitaient une hospitalisation pour la prise en charge.

II.2.7. Répartition selon l'examen anatomopathologique

Au cours de notre étude, une demande d'une biopsie cutanée n'était trouvée que dans 6,5% des cas soit 10 psoriasiques dont 7 de forme érythrodermique.

Tableau 7: Profil épidémiologique et clinique du psoriasis dans notre étude

PARAMETRES	RESULTATS
EPIDEMIOLOGIE	
Prévalence	153/7650
Sex-ratio	0,88
Age moyen	40,58ans
Profession	Libérale/secteur étudiantin/sans emploi
Origine géographique	Antananarivo ville
ASPECTS CLINIQUES	
Age de début	Avant 40ans (73,2%)
Facteurs favorisants	Stress ou choc psychoaffectif; Médicaments; Infections des voies aériennes supérieures ou bucco-dentaires
Prurit	70%
Topographie	Genou/coude; jambe; cuir chevelu; avant-bras; tronc Vulgaire : 53,6% En goutte : 13,7%
Formes clinique	Erythrodermique : 7,8% Généralisée : 7,2% Arthropathique : 4,6%
Comorbidité	HTA; diabète; dermatite atopique; néoplasie
Histologie cutanée	6,5%



Photo 1 : Psoriasis Vulgaire (atteinte symétrique des genoux et de la région préribiale avec des lésions érythémato-squameuses en plaques et nummulaire, bien limitées)

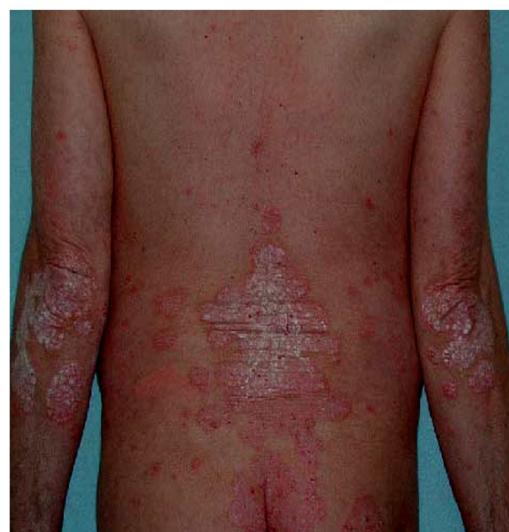


Photo 2 : Psoriasis Vulgaire (atteinte symétrique des coudes et de la région lombo-sacrée)



Photo 3 : Psoriasis en goutte



Photo 4 : Psoriasis du cuir chevelu



Photo 5 : Psoriasis palmoplantaire
(Kératodermie palmoplantaire)



Photo 6 : Psoriasis palmaire



Photo 7 : Psoriasis arthropathique associé à une atteinte palmaire



Photo 8 : Psoriasis pustuleux palmaire

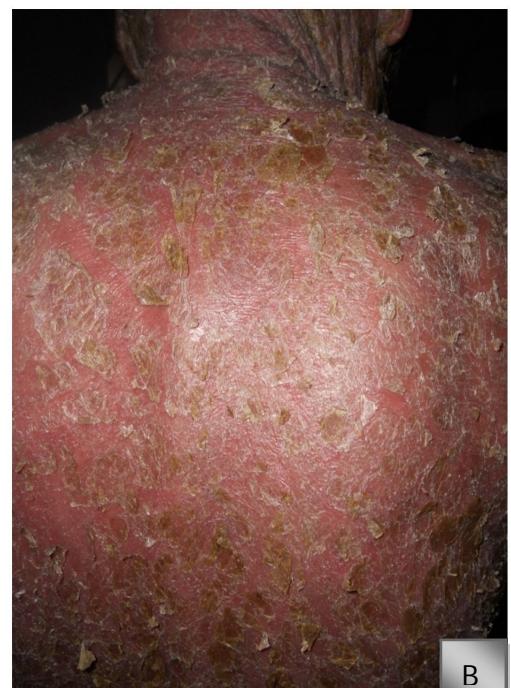


Photo 9 : Psoriasis érythrodermique



Photo 10: *Psoriasis pustuleux généralisé*



Photo 11: *Psoriasis pustuleux*



Photo 12: *Psoriasis unguéal*
(onycholyse)



Photo 13 : *Psoriasis unguéal* (dépressions
ponctuées en dé à coudre)

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SUGGESTIONS

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SUGGESTIONS

Notre étude a révélé le profil épidémiologique et clinique du psoriasis vu au sein de l'USFR de Dermatologie de l'Hôpital Universitaire d'Antananarivo durant une période de 6 ans.

Nos résultats ont montré que cette pathologie est fréquente et constitue un problème de santé publique qu'il faut savoir le diagnostiquer en vue d'une meilleure prise en charge.

Nous allons comparer nos résultats avec ceux de la revue de la littérature nationale et internationale sur le plan épidémiologique et clinique.

I.DISCUSSION

I.1.ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

I.1.1.Prévalence

Notre étude a rapporté 153 cas de psoriasis constituant les 2% des consultants en dermatologie, colligés sur une période de 6 ans allant de janvier 2006 à décembre 2011. Une étude dans ce même service a mentionné que le psoriasis constitue avec les autres dermatoses autonomes le premier motif de consultation. (59)

Notre prévalence est en accord avec les données de la littérature internationale qui rapporte des résultats variant entre 0,6% à 4,8%. (13) (60) (61)

D'abord on constate que notre fréquence est plus élevée par rapport à des études malgaches : Andrianjohary A. en 1993 a rapporté une prévalence de 1,2% (62) et Rabetaliana LH. en 1999 de 1,45% (63). En Afrique de l'Ouest, des articles ont mentionnés une fréquence inférieure à 1% (0,4% au Ghana, 0,05% au Mali, 0,3% au Nigéria, 0,46% au Bénin). (64) (65) (66). Chez les noirs-américains, Gelfand JM et al en 2005 a rapporté une fréquence de 1,3%. (15)

Par contre notre prévalence est moindre par rapport celle trouvée par Sinniah PHD. et al de l'année 2003 à 2005 en Malaisie (67) qui était de 9,5% ainsi qu'en Europe (5,2% en France, 2,5% en Allemagne) (68) (69) et en Afrique de l'Est (Ethiopie 2,1% (70).

La variation de prévalence notée peut être expliquée :

- Par la différence du lieu et de la durée d'étude, notre étude a été faite seulement dans un seul service sur une période de 6 ans qui ne reflète pas la prévalence exacte chez les malgaches.
- Par une élévation de la prise de conscience de la maladie et de son expansion par les populations urbains, du fait de l'accroissement des problèmes économiques et sociaux.
- Par le fait que les médecins des régions ne réfèrent pas des malades en milieu spécialisé ou la pathologie est sous-diagnostiquée.
- Pour expliquer le taux faible (par rapport aux données occidentales et certains états d'Afrique de l'Est), des hypothèses ont été faites telles que la pigmentation cutanée qui serait un facteur de résistance au psoriasis ; la malnutrition, le soleil et la chaleur, le facteur racial, les difficultés d'accéder aux centres de soins et la pauvreté. (71)
- Ajoutons à ces différentes hypothèses que des cas de psoriasis blanchis, par des remèdes traditionnels n'éprouvent plus le besoin de venir consulter dans les centres de santé.

I.1.2.Sexe et âge

- Sur les 153 cas de psoriasis de l'étude, 72 soit 47% étaient de sexe masculin contre 81 femmes soit 53% soit un sex-ratio de 0,88. Cette prédominance féminine du psoriasis est aussi observée par Gelfand et al aux Etats Unis : chez les noirs-américains, le sex-ratio était de 0,58 et chez les caucasiens de 0,68. (15)

Par contre dans certains pays (Trinité-et-Tobago (72), Allemagne (69), Ethiopie (70), on observe soit plutôt une prédominance masculine avec des sex-ratios 1,07 et 1,22 et 1,3 respectivement, soit une égalité entre les deux sexes. (16) (73)

La prédominance féminine observée dans notre échantillon pouvant être expliquée :

- Par l'inégalité de l'effectif de sexe féminin et masculin dans la population malgache, d'après les données de la statistique nationale les femmes à 50,2% sont plus nombreuses que les hommes. (74)
- Pour une raison esthétique, les femmes se préoccupent beaucoup plus de leur peau ou leur chevelure que les hommes et viennent en consultation.
- Les femmes Malgaches sont plus sujettes de soucis, générateurs de manifestations psychologiques.

- En général, 81,05% des cas se situaient dans la tranche d'âge [10-60]ans avec un pic à 29 ans (soit 8 cas) qui était différent celle rapportée par Julien D. et Langley G. et al (deux pics de psoriasis avant et après 40 ans). (17) (75)

La maladie affectait en majorité la tranche d'âge de 20-30 ans pour les sujets de sexe féminin (24%). A cette tranche d'âge, les femmes sont plus exposées à du stress psychologiques que ce soit familial (vie conjugale) ou professionnel. Tandis que chez les hommes la plupart des cas a été dans la tranche 30-50 ans. C'est à cet âge que les hommes se sentent responsable de leur famille et de leur vie professionnelle. Les femmes s'intègrent plus précocelement dans la vie familiale et même professionnelle que les hommes.

I.1.3. Profession

Dans notre étude, la profession libérale et le secteur étudiantin étaient le groupe d'individu le plus touché du psoriasis qui représente les 26,8% et 26,1%. Ensuite les sans-emplois (retraité, chômeur, nourrisson) constituent les 24,8%. Les autres études dans la littérature n'ont pas rapporté la profession de leur patient.

Nos résultats semblaient montrer l'influence de la profession dans la survenue du psoriasis. Plus la profession est stressante, plus le psoriasis est fréquent. Ceci pourrait être attribué à plusieurs facteurs à savoir la nature de la profession, le niveau socio-économique, le niveau de scolarisation, le mode de vie.

I.1.4. Origine géographique

Pour l'origine géographique, notre étude a trouvé que 53% des patients atteints du psoriasis vivaient à Antananarivo Ville. Une étude sur les pathologies dermatologiques dans le même service de l'année 2001-2005 a montré aussi une fréquence élevée des citadins (71%). (59) Ce qui démontre une plus grande accessibilité de service pour la population urbaine et que les soucis liés au développement en ville engendrent des stress. Peu de cas sont référencés des régions à cause de l'éloignement géographique.

I.2. ASPECTS CLINIQUES

I.2.1. Psoriasis et antécédents

Les antécédents familiaux de psoriasis étaient retrouvés dans notre série chez 7,8% des cas, c'est relativement bas par rapport aux pourcentages dans les autres

études : 21,2% en Malaisie (76), 33,3% des cas par Sommer DM et al. (77) Ce chiffre relativement bas (psoriasis familial) peut expliquer notre prévalence qui est inférieure à celle des autres pays.

L'hypertension artérielle et le diabète ont été rencontrés dans 5,9% de notre série. On a trouvé 2 cas de néoplasie.

La littérature les considère en comorbidité associée avec le psoriasis. Kawada A. et al. ont retrouvé 11% d'HTA et 6,2% de diabète associés au psoriasis. (78)

Le lien qui relie le psoriasis, le syndrome métabolique et la néoplasie est probablement l'inflammation. En effet dans ces maladies des molécules ayant un rôle très important dans l'inflammation se retrouvent en quantité excessive le TNF alpha et l'IL- 6 sécrétés dans la peau psoriasique. Il s'instaure par ces sécrétions de facteurs pro-inflammatoires un cercle vicieux entre le syndrome métabolique et le psoriasis. (79)

L'habitude toxique (tabac et alcool) est relatée par 6,5% de notre étude comme facteur déclenchant d'une poussée et/ou aggravant du psoriasis. La consommation de boisson alcoolique est incriminée dans l'évolution d'une forme érythrodermique chez 5 patients. Chang C. et al. ont rapporté dans ses études, l'alcool comme étant un facteur aggravant pour 4,1%. (76)

Les effets du tabagisme peuvent être très préoccupant dans la population psoriasique. Chez les patients qui fument plus de 20 cigarettes par jour, le risque de psoriasis grave serait au moins deux fois plus important que chez les non-fumeurs. (80) (81)

I.2.2.Age de début de psoriasis

L'âge moyen de survenue du psoriasis dans notre étude était de 35 ans, avec un maximum de fréquence de survenue entre [30 – 40]ans chez les hommes et [10 – 20]ans chez les femmes. Farber et Nall ont retrouvé une moyenne d'âge de début plus précoce à 27,8 ans dans 35% de cas. (82) Selon Julien D. l'âge de début moyen est évalué à 33 ans avec 75% des cas commençant avant 46 ans. (17) Dans notre série, le psoriasis débute avant 40 ans pour 73,2% des cas avec une survenue précoce avant 20 ans dans 32,7%.

I.2.3. Facteurs favorisants

- Dans notre étude, 26% des psoriasiques ont affirmé l'existence d'un stress psychologique déclenchant. La littérature relate aussi cette notion de facteurs psychologiques déclenchant les lésions de psoriasis (40) (83) (84). Ces facteurs psychologiques sont variés et dépendent de l'environnement culturel et de la susceptibilité individuelle. Il s'agit entre autres de rupture sentimentale, de décès d'un parent, de difficultés existentielles, de période d'examen pour les étudiants et des maladies chroniques (cancers).
- Dans 11% des cas (17 patients), le retrait rapide de médicaments immunosupresseurs comme les corticostéroïdes et l'administration de nombreux médicaments pouvant déclencher ou exacerber les lésions. Les principales molécules incriminées de notre étude étaient les bêtabloquants, les antipaludéens de synthèse, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les inhibiteurs calciques, les corticoïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les chimiothérapies. Bien qu'il s'agisse de stimuli divers, tous pourraient être considérés comme des facteurs déclencheurs qui peuvent activer l'immunité cellulaire. Cela pourrait être par des voies innées ou acquises et servirait d'inducteurs d'une réponse immunitaire chronique dans la peau des individus prédisposés. (17) (24) (85)
- Les infections bactériennes, virales et parasitaires sont associées au psoriasis chez 15 patients soit 10% de notre étude. Rabetaliana LH. a rapporté dans sa thèse une prédominance de l'infection rhinopharyngée ou bucco-dentaire comme un facteur déclenchant dans 73%. (63) Parfois des cas de psoriasis en goutte observés ont été précédés d'une infection de voies respiratoires supérieures (rhinopharyngites) et caries dentaires. (84) Pour les infections streptococciques, certains chercheurs affirment que ces bactéries ont initié le psoriasis en raison de la présence d'antigènes streptococciques qui imitent les protéines des kératinocytes. (86) Malheureusement, aucune étude épidémiologique ne mentionne cette association avec le psoriasis en plaque. Le mécanisme qui permet d'expliquer cette donnée peut être envisagé à partir des conditions socio-économiques et du niveau de formation et d'information. La prise en

charge adéquate de ces infections en cours permet d'aboutir à une amélioration des lésions psoriasiques.

- L'influence de grossesse dans le sens d'une rémission remarquée par deux patients de l'étude et une poussée après l'accouchement rejoindraient les observations faites par certains auteurs.

Les changements hormonaux qui surviennent durant la grossesse se traduisent par une amélioration symptomatique chez plus de la moitié des patientes étudiées (35) (87). Le potentiel d'une rémission associée à la grossesse semble être lié à la présence de l'allèle HLA-Cw*0602 du gène HLA-C. Cependant les femmes qui en ont bénéficiés pendant la grossesse peuvent connaître une poussée de psoriasis après l'accouchement (88). A cette période du post-partum certaines femmes ont eu du stress psychologique important.

- La saison hivernale a accentué les lésions psoriasiques pour quatre patients de l'étude qui rejoindrait les observations faites par Kawada et al., Faber et al. cités par Diop qui sur 5600 psoriasiques ont retrouvé une aggravation par le froid dans 89 % des cas (71) (78) (82).

I.2.4. Aspect sémiologique

Dans notre série, le psoriasis contrairement à la notion classique était source de prurit dans 70% des cas. D'autres auteurs ont fait la même observation. (64) (73) (89) Rabetaliana LH. (63) et une étude en Italie (89) ont rapporté l'existence de prurit chez 82%. Elles ont identifié que le stress psychologique était le facteur aggravant du prurit (67%). Il s'agit d'un prurit d'intensité variable parfois insomniaque motivant alors la consultation. L'existence du prurit peut être expliquée (autre que le stress ou choc psychoaffectif):

- Par l'inflammation exagérée des lésions psoriasiques due à des traitements inappropriés par l'application de poudre de tétracycline ou de sulfamide.
- Par une insuffisance d'hygiène. Au cours de cette hygiène défectueuse, des microorganismes et des cellules mortes vont s'accumuler à la surface de la peau et l'irriter, donnant ainsi de prurit.

I.2.5. Formes cliniques

I.2.5.1. Formes topographiques

Notre série a révélé que le psoriasis atteignait n'importe quelle région du revêtement cutané. Cependant certaines régions ou bastions du psoriasis demeurent plus fréquemment touchées comme relatées dans la littérature. Ce sont par ordre de fréquence décroissante les genoux et coudes, le cuir chevelu, les jambes et avant-bras, la région lombo-sacrée. D'autre part nous avons relevé une atteinte non négligeable des plis et de la surface palmoplantaire, zones classiquement peu touchées par les lésions psoriasiques.

Les zones d'extensions des membres ont constitué la première localisation rencontrée dans notre étude. Ils sont représentés essentiellement par l'atteinte des genoux et des coudes avec une proportion de 51,6%.

Nos résultats sont comparables avec celui d'une étude au Bénin qui trouvait une prévalence de 52% (64). Par contre elle est faible par rapport à une étude menée au Japon sur une population de 28628 de personnes sur un période de 20 ans, mentionnant une prévalence à 60,5%. (78)

La fréquence de cette topographie est liée à l'existence presque permanente de microtraumatisme à ces régions.

Les lésions du cuir chevelu venaient en troisième position après la localisation au niveau des jambes avec 27,5% des cas. Ce qui montrait une fréquence assez basse par rapport à une étude en Malaisie avec 78,8% des cas (76) et à une étude japonaise avec 36% des cas. (78) Cependant la fréquence est élevée par rapport à une autre étude Malaisienne qui était de 11,8%. (67)

L'atteinte des plis ou des zones de flexion n'a représenté que 6,5% des cas et rejoint celle rapportée par Gang WANG et al. en Chine avec 6,8%. Kawada A. et al. ont trouvé des fréquences assez élevée 29% dans ses études. (78) (90)

Le psoriasis palmoplantaire a constitué 3,9% de notre étude. Cette forme peut être expliquée par les rôles importants des frictions ou frottements sur la surface palmaire ou

les lésions préexistantes et de la marche à pied nu ou avec des sandales entraînant des microtraumatismes fréquentes. (91)

Ce chiffre est moindre par rapport celle retrouvée par Sinniah PHD et al. (67) en Malaisie 12%. et Kawada A. et al. au Japon 9%. (78)

I.2.5.2. Variantes cliniques

Les principales formes retrouvées dans notre série étaient le psoriasis vulgaire (53%) et le psoriasis en goutte (13%) qui rejoint les données de la littérature (21) (22). Certains auteurs ont rapporté des fréquences élevées ($>75\%$) de psoriasis vulgaire et des taux de la forme en goutte moindre que celle de notre fréquence. Kawada A. et al. ont retrouvé 86% de forme vulgaire tandis que le psoriasis en goutte a été de 2,8% (78). Il en est de même pour celle rapporté par une étude américaine qui a retrouvé 79% de psoriasis vulgaire et 8% de psoriasis en goutte. (92)

Le taux faible du psoriasis vulgaire dans notre série peut être expliqué par le fait que peu de cas soient référés par des médecins et par le fait qu'à Madagascar, l'utilisation des remèdes traditionnels et des dermocorticoïdes soient de pratique courante en automédication. L'application de ces remèdes permet de blanchir certaines lésions psoriasiques. Cependant l'application inappropriée de ces derniers constitue les facteurs déclenchants de la poussée de psoriasis.

Nous avons par contre observé peu de formes graves : 7,8% de psoriasis érythrodermique et 4,6% de psoriasis arthropathique. Cette prévalence est faible par rapport à celle d'une étude conduite au Tunisie sur une période de 31 années portant sur 60 patients qui mentionnait une fréquence de forme érythrodermique à 15% (93) et celle que Diop au Sénégal (71) a dénombré 21%. Toutefois notre fréquence a été assez élevée par rapport celle trouvée au Japon (0,8%) et au Bénin (4%). (64) (78)

Les sujets de sexe masculin étaient les plus atteints de cette forme érythrodermique (3 hommes/1 femme) ; ceci peut être expliqué par l'habitude toxique alcoolique des hommes aggravant les lésions préexistantes en érythrodermie.

La prévalence de rhumatisme psoriasique varie de 6% à 42% (94). Dans notre étude, 4,6% des patients ont eu un psoriasis arthropathique. Cette valeur est inférieur à une série iranienne 9,1% des 320 patients (95) et une série allemande 19-20,6% (96) (97). Au Japon (78) seul 1% parmi les 28628 psoriasiques et 0,47% des psoriasiques

chez les aborigènes d'Australie (98) ont eu un PsA, confirmant une prévalence très faible du PsA dans ces pays.

L'apparition du rhumatisme psoriasique après 5 à 10 ans d'évolution d'une atteinte cutanée rejoint la littérature. (99) (100)

I.2.5.3.Psoriasis chez l'enfant

Dans notre étude, le psoriasis touchait le plus souvent la petite enfance et l'âge moyen d'apparition de la maladie était inférieur que les deux études sur l'Asie (101) (102).

Le sex- ratio 0,5 n'était pas significativement différent de celui observé en Algérie et en Chine (103) (101) mais une nette prédominance masculine est observée en Inde (102).

L'histoire familiale de psoriasis a été identifiée chez 16,7% des patients, mais il n'y avait pas de corrélation avec l'âge d'apparition, le sexe ou la gravité, qui est semblable au rapport de l'Algérie (103), mais différente de celle de l'Australie 43%. (104)

Les lésions psoriasiques ont été exacerbées chez 8% des enfants en hiver, qui est aussi la saison la plus influente dans les rapports précédents (101) (102). Nous avons observé une incidence peu élevée de l'infection des voies respiratoires supérieures et bucco-dentaires dans ce groupe d'âge (21%) comme un facteur favorisant qui est en accord avec l'étude chinoise (101).

Les caractéristiques cliniques du psoriasis de l'enfance dans les différents pays sont présentés dans le Tableau 8.

Les sites les plus fréquentes du psoriasis sont le tronc, les autres localisations des membres (excluant les zones d'extension ou de flexion) et le cuir chevelu ; l'étude indienne (102) a relaté que le genou était le plus touché.

Il n'y avait pas d'implication d'atteinte des muqueuses de cette cohorte, mais Nanda et al. (105) ont rapporté un taux de 7%.

Le prurit était le symptôme le plus fréquent subjectif dans le psoriasis l'enfance, en particulier chez les filles en raison de leur grande sensibilité qui est en accord avec des études antérieures (101) (103).

Les formes les plus fréquentes étaient le psoriasis vulgaire et le psoriasis en goutte. Cette observation rejoue celle rapportée par Bouadjar B. en Algérie (103) et par Yan Wu et al. en Chine (101).

I.2.6.Sévérité du psoriasis

Nous avons évalué la sévérité de la maladie en utilisant l'ancienneté des lésions, les topographies, les formes graves (érythrodermique, arthropathique, pustuleuse généralisée) et la nécessité d'hospitalisation.

La littérature relate l'utilisation des scores PASI et DLQI pour l'évaluation de la sévérité. L'intérêt de l'élaboration de ces scores contraste avec l'adhésion des malades dans nos conditions d'exercice. Les motifs souvent évoqués sont le manque de temps, les solutions apportées par les cliniciens et les caractères stoïques des malgaches.

I.2.7.Psoriasis et biopsie cutanée

Au cours de notre étude, une demande d'une biopsie cutanée n'a été effectuée que 6,5% des psoriasiques. Ndiaye et al. ont évoqué aussi ce faible taux de demande de biopsie. (73)

Pourtant El Jammal et al. au Maroc ont rapporté que l'histologie confirme le diagnostic dans 50,3%. (106)

La plupart du temps, le diagnostic clinique de psoriasis est facile, et la biopsie n'est que rarement indispensable. Cependant, dans certaines formes atypiques ou érythrodermiques l'examen anatomopathologique peut rendre de grands services.

Tableau 8: Caractéristiques cliniques du psoriasis des enfants dans différents pays.
(101) (102) (103)

Cliniques	Notre étude	Algérie 2011	Chine 2010	Inde 2004
Nombres des patients	24	85	137	419
Age de début (moyenne)	7,5	Non mentionnée	10,6	9,1
Sex-ratio	0,5	0,57	0,87	1,09
Influence saisonnière	Hiver	Non mentionnée	Hiver/printemps	Hiver/été
Stress	13%	3,5	5,1	Non mentionné
Infection	21%	11,8%	28,5%	2,4%
Histoire familiale	16,7%	10,6%	8%	4,5%
Prurit	58%	31,8	60,6%	Non mentionné
Autres				
Topographie le plus observée	localisations des membres et du tronc	Non mentionnée	Cuir chevelu	Genou
Vulgaire	11 (45,8%)	37 (43,5%)	72 (83,9%)	254 (60,6)
En goutte	9 (37,5%)	24 (28,2%)	35 (25,6%)	41 (9,8%)
Erythrodermique	1 (4,2%)	Non mentionné	7 (5,1%)	3 (0,7%)

II.SUGGESTIONS

Pour améliorer la prise en charge du psoriasis qui constitue un problème de santé publique à Madagascar, nous suggérons les recommandations suivantes :

II.1.Pour les patients

-Une bonne hygiène de vie avec une meilleure compréhension de leur maladie pourrait éviter la survenue de rechute ou des complications graves.

-Créer une association des malades psoriasiques en vue d'éduquer ou de conseiller les patients sur la maladie, de favoriser une meilleure prise en charge, de faciliter l'accès aux soins et de faire à ce que les malades se soutiennent moralement et psychologiquement à travers les discussions et des rencontres.

II.2.Pour les praticiens

-Même si la dermatologie n'était pas considérée comme prioritaire à l'échelle des urgences, un support logistique peut aboutir à une épidémiologie d'intervention qui pourra éventuellement déboucher sur des mesures rationnelles de diagnostiquer et ou de prévention des poussées. Le psoriasis est commun à Madagascar avec quelques variantes cependant. Il faut donc une initiation à la démarche scientifique et une synthèse de l'information médico-scientifique ayant pour objectif l'amélioration de la pratique dermatologique et de la qualité des soins.

-L'institution de séances de formation médicale continue en dermatologie pour les dermatologues et les médecins généralistes en vue d'un diagnostic précis et d'une meilleure prise en charge du psoriasis est indispensable.

-Une coopération étroite entre médecins généralistes et dermatologues est également souhaitable afin que les médecins généralistes puissent toujours référer les cas dermatologiques dépassant leur compétence pour le bien des patients.

II.3.Pour le service de Dermatologie

-L'organisation des séances d'IEC sur le psoriasis notamment son origine, ses étiologies, sa non contagiosité, la modalité thérapeutique à suivre, et son évolution est indispensable. Ces informations visent surtout à prévenir les poussée, diminuer au maximum le nombre d'échec au traitement, éviter la mauvaise observance thérapeutique et diminuer le nombre de malades perdus de vus.

- Faire un protocole de prise en charge bien établi.
- Favoriser l'accès facile des malades aux soins et aux médicaments.
- Faire une prise en charge psychologique. Pour cela une prise en charge multidisciplinaire est à recommander. L'intervention d'un psychiatre ou un psychologue pourrait amener le patient à mieux vivre sa maladie.
- Faire des études en vue de bien déterminées la sévérité du psoriasis notamment son retentissement psychosocial et sur la qualité de vie.

II.4.Pour les hôpitaux

- Doter le service de Dermatologie de matériels adéquats et performants afin d'assurer une prise en charge optimale.
- Doter les hôpitaux de laboratoires performants pour faire avancer la recherche sur les pathologies dermatologiques et surtout former régulièrement le personnel hospitalier en conséquence.
- Faciliter l'accès aux soins pour les patients ainsi qu'un coût abordable des médicaments.

II.5.Pour l'Etat

- Modification de la politique de la santé communautaire et création d'un système de sécurité sociale pour faciliter la prise en charge et l'accessibilité aux soins des malgaches.
- Révision à la baisse des coûts des médicaments, consommables médicaux et des soins en général.
- Doter un Service central des structures de formation et de recyclage pour les personnels.
- Favoriser le développement des recherches sur les plantes médicinales malgaches et la pharmacopée.
- Création d'autres centres de référence de Dermatologie.

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous avons effectué une étude descriptive et rétrospective des cas de psoriasis vus dans l'USFR Dermatologie de l'Hôpital Universitaire d'Antananarivo sur une période de 6 ans afin de définir le profil épidémiologique et clinique de cette dermatose. Nous avons noté une fréquence de 2% et une nette prédominance féminine. Le psoriasis survient pour la plupart avant 20 ans et touche surtout les patients âgés de 20 à 30 ans, notamment des travailleurs libéraux, des étudiants, et des sans-emplois, et résidants à Antananarivo ville.

L'histoire familiale de psoriasis n'était trouvée que dans 7,8%. Les comorbidités associées au psoriasis étaient l'hypertension artérielle, le diabète et la néoplasie. Les principaux facteurs déclenchants répertoriés étaient le stress psychologique ou choc psychoaffectif, certains médicaments, l'infection des voies aériennes supérieures.

Sur le plan clinique le psoriasis était source de prurit contrairement à la notion classique. Notre travail a révélé que le psoriasis atteint n'importe quelle région du revêtement cutané. Pourtant certains régions ou bastions demeuraient plus fréquemment touchées. La prédominance de la forme vulgaire dans notre série confirme les données de la littérature. Le stress psychologique et l'infection des voies aériennes supérieures ou bucco-dentaires constituaient les principaux facteurs déclenchants de la poussée du psoriasis.

Cependant des lacunes ont été observées au cours de notre travail. Elles résident dans le fait que c'est une étude monocentrique. De ce fait elle ne prétend pas être représentative de tous les cas de psoriasis de toute l'île. Pour la prise en charge, nous n'avons pas pu élaborer le PASI et le DLQI.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Structure of the skin and component disponible sur le site <http://www.chem.boun.edu.tr/facultystaff/tereza.varnal/tvf/folder/bev/dev/3html>, [consulté le 18 décembre 2011].
2. Koeppel MC, Sayag J. Architecture et structure de la peau. *Morand JJ. Paris* Ellipses, 1996 ; 21(34) : 467-475.
3. Cribier B, Grosshans E. Histologie de la peau normale et lésions histologiques élémentaires. *Encycl.Méd.Chir*, Dermatol, Elsevier, Paris, 1994; 12-220-A-10:1-9.
4. Grosshans E, Samsoen M. Histologie de la peau normale. *Encycl.Méd.Chir*, Dermatol, Elsevier. Paris, 1977; 12-220-A-10: 3-14.
5. Montagna W, Kligman An. Carlisle Ks. Atlas of human skin. *Springer Verlag*. New York, 1992; 384.
6. Cribier B., Grosshans E. Histologie de la peau normale et lésions histologiques élémentaires. Dermatologie. *Encycl Méd-Chir* 2002; 98-085-A-10 :16.
7. Structure de la peau. *Ann Dermatol Vénéréol* 2005; 132 (11-C2) : 7-32.
8. Conseils pour les patients psoriasiques disponibles sur le site <http://wwwsfdermato.org>, [consulté le 15 mars 2011].
9. Derrickson, D. and Tortora, G. *Principes d'anatomie et de physiologie*, 2007 ; 5 : 155-160.
10. Grosshans E. Histopathologie cutanée. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. *Masson*.3^{ème} ed. Paris, 1999 ; 9-14.
11. Wan TH, Mihm MC. La peau normale. In: Robbins SL, Cotran RS, Le Charpentier Y. eds Pathologie : Bases morphologiques et physiopathologiques des maladies. *Padova : Piccin* 1998 ; 1418-1420.
12. Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *New Engl J Med* 2005; 352: 1899-1912.
13. Naldi L. Epidemiology of psoriasis. *Allergy* 2004; 3: 121.

14. Randrianjatovo VL. Approche épidémiologique du psoriasis chez les malgaches. *Thèse Med* Antananarivo 1986, N° 1113.
15. Gelfand JM., Stern RS, Tamar N, Steven R., John Thomas, David J. et al. The prevalence of psoriasis In African American: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:23-6.
16. Lomholt G. Prevalence of Skin Diseases in a Population: a Census Study from the Faroe Islands *Dan Med Bull* 1964, 11: 1-7.
17. Jullien D. Psoriasis. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles, 2008 ; Chapitre 5.8 :269-280.
18. Benhadou F. et Willaert F. Le psoriasis : au sujet d'une dermatose chronique, *Rev Med Brux* 2011; 32 : 224-229.
19. Lowes M.A., Bowcock A.M., Krueger J.G. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 2007; 445: 866-873.
20. Tobin AM. et Kirby B. TNF-alpha inhibitors in the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. *Bio Drugs* 2005; 19 : 47-57.
21. Yawalkar N, Braathen LR. Le psoriasis vulgaire : de la pathogenèse au traitement. *Forum Med Suisse* 2006 ; 6 : 549-554
22. Nestle F.O., Kaplan D.H., Barker J. Psoriasis. *New Engl J Med* 2009; 361: 496-509. Guilhou J-J. Psoriasis: diagnostic et étiopathogénie. Dermatologie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2000; 98-190-A-10.17.
23. Roberson E.D., Bowcock A.M. Psoriasis genetics: breaking the barrier. *Trends in Genetics* 2010; 26: 415-423.
24. Gribetz C, Ling M, Lebwohl M, Pariser D, Draels Z, Gottlieb AB, et al. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of Intertriginous psoriasis a double-blind, randomized study. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 731-738.
25. Brune A, Drew W, Peggy L, Daniela C, Amy S, Tacrolimus Ointment is Effective for Psoriasis on the Face and Intertriginous Areas in Pediatric Patients. *Pediatric Dermatology* 2007; 24(1): 76-80.

26. Ortonne JP, Humbert P, Nicolas JF, Tsankov N, Tonev SD, Janin A et al. Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitrol 3 microg/g ointment and calcipotriol 50 microg/g ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. *Br J Dermatol* 2003; 148:326-333.
27. Wozel G., Klein E., Mrowietz U., Reich K., Sebastian M., Streit W. Scalp psoriasis. *J Germ Soc Dermatol* 2011; 9: 70-74.
28. Richard-Lallemand M.-A. Etat des lieux sur le psoriasis du cuir chevelu. *Ann Dermatol Vénéréol* 2009 ; 136 : 34-38.
29. Arndt KA. Cutaneous medicine and surgery: an integrated program in dermatology. *Saunders*, Philadelphia, 1996.
30. Van de Kerkhof PC, de Hoop D, de Korte J, Kulpers MV. Scalp psoriasis, clinical presentations and therapeutic management. *Dermatology* 1998; 197:326-334.
31. Kumar B, Saraswat A, Kaur I. Palmoplantar Isslons in psoriasis; A study of 3065 patients. *Acta Derm Venereol* 2002; 82: 192-195.
32. Vereecken P, Provost P, Willaert F, Heenen M et Bentin J. The treatment of psoriasis: basic principles and new options. *Rev Med Brux* 2007; 28: 336-344.
33. Barker, J. N. The pathophysiology of psoriasis. *Lancet* 1991; 338(8761): 227-230.
34. Dubertret L. Le psoriasis: De la clinique au traitement. *Med Come*, 2008:
35. Gudjonsson JE, Karason A, Runarsdottir EH, Antonsdottir AA, Hauksson VB, Jónsson HH et al. Distinct clinical differences between HLA-Cw*0602 positive and negative psoriasis patients – an analysis of 1019 HLA-C- and HLA-B-typed patients. *J Invest Dermatol* 2006; 126: 740-745.
36. Mease PJ. Psoriatic arthritis: update on pathophysiology, assessment and management. *Ann Rheum Dis* 2011; 70 (Suppl 1): 77-84.
37. Zachariae H. Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 441-444.

38. Zenz R, Eferl R, Kenner L, Florin L, Hummerich L, Mehic D et al. Psoriasis-like skin disease and arthritis caused by inducible epidermal deletion of Jun proteins. *Nature* 2005; 437: 369-375.
39. Bowcock, A. M. The genetics of psoriasis and autoimmunity. *Annu Rev Genomics Hum Genet* 2005; 6: 93-122.
40. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni Fortina A, Peserico A. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* 2005; 125: 61–67.
41. Christophers E. Psoriasis—epitheliale Abwehr und die Entwicklung des Metabolischen (Insulin-Resistenz-) Syndroms. *Akt Dermatol* 2004; 30: 289–292.
42. Thielen E. Laffitte, Traitements topiques du psoriasis en 2009. *Rev Méd Suisse* 2009; 3200.
43. Guilhou JJ. Calcipotriol: revue générale. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 229-237.
44. Kragballe K, Austad J, Barnes L, Bibby A, de la Brassine M, Cambazard F et al. Efficacy results of a 52- week, randomised, double-blind, safety study of a calcipotriol/betamethasone/dipropionate two-compound product (Dainobet/ Dovobet/Taclonex) in the treatment of psoriasis vulgaris. *Dermatology* 2006; 213: 319-326.
45. Van de Kerkhof PC, Wasel N, Kragballe K, Cambazard F, Murray S. A two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate provides rapid, effective treatment of psoriasis vulgaris regardless of baseline disease severity. *Dermatology* 2005; 210: 294-299.
46. Miyachi Y, Ohkawara A, Ohkido M. Long-term safety and efficacy of high-concentration (20 mg/g) tacalcitol ointment in psoriasis vulgaris. *Eur J Dermatol* 2002; 12:463-468.
47. RCP Stelara®, Humira®, Enbrel® disponible sur le site <http://www.use.evidal.net/html/recherche/all> [consulté le 25 mars 2012].
48. Tennstedt D. Le psoriasis : traitements actuels. *Louvain médical* 2007 ; 126, 10: S155-165

49. Lebrun-Vignes B., Bachelez H., Chosidow O. Le méthotrexate en dermatologie : pharmacologie, indications, utilisation et précautions d'emploi. *Rev Med Int* 1999 ; 20 suppl 3 : 384-392.
50. Loriol M. Carl P. Le psoriasis en 6 questions. *Le moniteur des pharmacies* 2009, 2794 : 6-7.
51. Aubin F. Prise en charge thérapeutique du psoriasis. *Décision thérapeutique en médecine générale* 2005 ; 25 :8-13.
52. Outruba N, Emer J, Lebwohl M: Review of ustekinumab, an interleukin-12 and interleukin-23 inhibitor used for the treatment of plaque psoriasis. *Clin Risk Manag* 2010; 6: 123-141.
53. Perlmutter A, Gather J, Franks B, Jaracz E, Menter A. Alefacept revisited: Our 3-year clinical experience in 200 patients with chronic plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 116-124.
54. Jeanmougin M. Photothérapie et photochimiothérapie par ultraviolets. *Dermatologie* 1999 ; 98-930-A-10, 16.
55. Gordon KB, Feldman SR, Koo JY, Menter A, Rolstad T, Gerald Krueger Definitions of measures of effect duration for psoriasis treatments. *Arch Dermatol* 2005; 141:82-84.
56. Serup J, Lindblad AK, Maroti M., Kjellgren KI, Niklasson, Ring L. et al. To follow or not to follow dermatological treatment – a review of the literature. *Acta Derm Venereol* 2006; 86: 193-197.
57. Zaghloul SS, Goodfield MJ. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol* 2004; 140: 408-414.
58. Feldman SR, Camacho FT, Krejci-Manwaring J, Carroll CL, Balkrishnan R. Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 81-83.
59. Moroyandsa F. Les principales pathologies dermatologiques vues au centre hospitalier universitaire d'Antananarivo. *Thèse Med Antananarivo* 2006: 108.
60. Griffiths CE, Barker JN, Pathogenesis and clinical features of psoriasis, *Lancet* 2007; 370: 263-271.

61. Zachariae H, Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy , *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 441-447.
62. Andrianjhary AN. Contribution à l'étude du psoriasis. *Thèse Méd Antananarivo* 1993, N°3222.
63. Rabetaliana LH. Les cas de psoriasis vus dans le service de dermatologie à Antananarivo. *Thèse Med Antananarivo* 1999, N°5219.
64. Padonou D, Tossou F, Ahyi G, Yedomon H, Et Adjibi A. A propos de 74 cas de psoriasis observés dans le service de dermatologie-vénérologie du centre national hospitalier et universitaire de Cotonou en république du Bénin, *Le Benin Médical* 1994 ; 3 : 5-8.
65. Ogunbiyi AO, Daramola OO, Alese OO. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Int J Dermatol* 2004; 43: 31-36.
66. Doe PT, Asiedu A, Acheampong JW et Rowland CM. Skin diseases in Ghana and the UK. *Int J Dermatol* 2001; 40: 323-326.
67. Sinniah PHD, Saraswathy FRC et Prashant DB. Epidemiology of Psoriasis in Malaysia: A Hospital Based Study, *Med J Malaysia* 2010; 65: 112-114.
68. Wolkenstein P, Revuz J, Roujeau JC, Bonnelye G, Grob JJ, Bastuji-Garin S, et al. Psoriasis in France and associated risk factors: results of a case-control study based on a large community survey. *Dermatology* 2009; 218: 103-109.
69. Augustin M., Reich K., Reusch M., Luger T., Franzke N., Schäfer I et al. Health Services Research in Psoriasis. *Gem App Dermatol* 2009; 218: 293-301.
70. Morrone A., Dassoni F., Vignally P., Vietti F. et Latini O. Tropical diseases or common diseases affecting neglected people? *National Institute for Health, Migration and Poverty* (NIHMP) disponible sur le site www.inmp.it , [consulté le 29 mars 2012].
71. Diop M. Le psoriasis au Sénégal: *Thèse Med Dakar* 1979, (57) 100.
72. Suite M. The Epidemiology of Psoriasis in a Dermatology Clinic in a General Hospital in Port-of-Spain, Trinidad and Tobago, West Indies. *West Indian Med J* 2006; 55: 1-6.
73. Ndiaye M, Ly F, Niang SO, Diop A, Diallo M, Kane A et al. Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du psoriasis à la clinique dermatologique du CHU Le Dantec : à propos de 240 cas. *Ann Dermatol Venereol* Elsevier Masson, 2011 (tome 138) : s84.

74. Madagascar Population Profil 2011 disponible sur le site
<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook> [consulté le 11 avril 2012]
75. Langley GB., Krueger G. and Griffiths C. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (Suppl II): ii18- ii23.
76. Chang CC, Gangaram HB et Hussein SH. Malaysian Psoriasis Registry - Preliminary Report of a Pilot Study Using a Newly Revised Registry Form, *Med J Malaysia* 2008: 1-4.
77. Sommer DM., Jenisch S, Suchan M, Christophers E and Weichenthal M Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2006; 298:321-328.
78. Kawada A, Tezuka T, Nakamizo Y, Kimura H, Nakagawa H, Ohkido M et al. A survey of psoriasis patients in Japan from 1982 to 2001. *J Dermatol Science* 2003; 31: 59-64.
79. Gottlieb AB. Comorbidities in Patients with Psoriasis. *Am J Med* 2009; 122(12): 1150.e1-1150.e9.
80. Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, Papenfuss J, Hansen CB, Callis KP et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol* 2005; 141: 1527-1534.
81. Fortes C, Mastroeni S, Leffondré K, Sampogna F, Melchi F, Mazzotti E et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol* 2005; 141: 1580-1584.
82. Farber EM. et Nall L. Natural history in 5600 patients; *Dermatologica* 1974; 1-18.
83. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza S, Gaetano P, Baliva P, Tiago A et al. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *J Psychosom. Res* 2003; 55(3): 189-196.
84. Liu Y., Krueger J.G., Bowcock A.M. Psoriasis: genetic associations and immune system changes. *Genes and Immunity* 2007; 8: 1-12.
85. Naldi L, Peli L, Parazzini F et Carrel CF. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44(3): 433-438

86. Boyman O, Conrad C, Tonel G, Gilliet M and Nestle FO. The pathogenic role of tissue-resident immune cells in psoriasis. *Trends in immunology* 2007; 28: 51-57.
87. Raychaudhuri SP, Navare T, Gross J, Raychaudhuri SK. Clinical course of psoriasis during pregnancy. *IntJ Dermatol* 2003;42:518-520.
88. Murase JE., Chan KK, Garite TJ, Cooper DM, Weinstein GD. Hormonal effect on psoriasis in pregnancy and post partum. *Arch Dermatol* 2005; 141: 601-606.
89. Prignano F, Ricceri F, Pescitelli L and Lotti T. Itch in psoriasis: epidemiology, clinical aspects and treatment options. *Clin Cosm Invest Dermatol* 2009 ; 2: 9-13.
90. Wang G, Li C, Gao T, Liu Y. Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: a hospital-based study. *Eur J Dermatol* 2005; 15(3): 176-178.
91. Dogra S, Yadav S. Psoriasis in India: Prevalence and pattern. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76: 595-601.
92. Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population based study. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60(3): 394–401.
93. Hawilo A. Erythrodermic psoriasis: epidemiological clinical and therapeutic features about 60 cases, *Tunis Med*. 2011; 89(11): 841-847.
94. Gladman D. Natural history of psoriatic arthritis. In: Maddison P, ed. Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford: Oxford Medical Publications; 1993: 351 – 362.
95. Jamshidi F, Bouzari N, Seirafi H, Farnaghi F. The Prevalence of Psoriatic Arthritis in Psoriatic Patients in Teheran, Iran. *Arch Iranian Med* 2008; 11 (2): 162 – 165.
96. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol* 2009; 160: 1040-1047.
97. Radtke MA, Reich K., Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 683-691.

98. Minaur N, Sawyers S, Parker J, Darmawan J. Rheumatic disease in an Australian Aboriginal community in North Queensland, Australia. A WHO-ILAR COPCORD survey. *J Rheumatol* 2004; 3: 965-972.
99. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 14-17.
100. Alice B. Gottlieb, Philip J. Mease, J. Mark Jackson, Dore Eisen, H. Amy Xia, Charles Asare and Seth R. Stevens5 Clinical characteristics of psoriatic arthritis and psoriasis in dermatologists' offices. *J Dermatol Treat* 2006; 17: 279-287.
101. Yan Wu, Yun Lin, Hou-Jun Liu, Chang-Zheng Huang, Ai-Ping Feng and Jia-Wen Li Childhood psoriasis: a study of 137 cases from central China. *World J Pediatr* 2010; 6(3): 260-264.
102. Kumar B, Jain R, Kamaldeep Sandhu, Inderjeet Kaur, Sanjeev Hand Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India. *Int J Dermatol* 2004; 43: 654-658.
103. Bouadjar B. Etude d'une série algérienne de 85 cas de psoriasis de l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréol* Elsevier Masson, 2011 (tome 138) : s31-s32.
104. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18: 188-198.
105. Nanda A, Kaur S, Kaur I, Kumar B. Childhood psoriasis: an epidemiological survey of 112 patients. *Pediatr Dermatol* 1990; 7: 19-21.
106. El Jammal et Mahmoud H Psoriasis : Etude épidémiologique au service de dermatologie du Chu Ibn Rochd. *Le Catalogue National des Thèses et Mémoires* 2003 disponible sur le site <http://www.imist.ma/> [consulté le 03 avril 2011]

VELIRANO

« *Eo anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo Mpiananatra tamiko, eto amin'ity toeram-mpampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE,*

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy iray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton- javatra ara-pinoana, ara-pirazanana, ara-pirenena, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko. Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

Full name: RASOLOFONIAINA Fanomezantsoa Ezra

Title of thesis: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF PSORIASIS AT THE USFR DERMATOLOGY OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF ANTANANARIVO

Topic: MEDICINE

Number of diagrams: 13

Number of patterns: 03

Number of tables: 08

Number of pages: 67

Number of photos: 17

References: 106

ABSTRACT

Psoriasis is an inflammatory erythematous and squamous chronic skin disease. This condition induces a psycho-social impact significant. The objective of this study was to establish the epidemiological and clinical profile of psoriasis at the USFR Dermatology of the University Hospital of Antananarivo during the period of 2006 to 2011.

This is a retrospective and descriptive study. All cases of psoriasis were seen in outpatient and inpatient. The result describe 7650 patients; 153 (2%) were diagnosed as psoriasis and included. The sex ratio was 0.88. The most affected patients were liberal workers, students, unemployed and 81 (53%) of them lived at Antananarivo city. Blood pressure, diabetes and atopic dermatitis were seen as mayor comorbidities. Psoriasis started before 40 years old for 112 (73.2%) cases. Predisposing factors were seen in 79 (51.6%) cases and pruritus in 107 (70%) patients. The analysis of clinical features show: 82 (53%) cases of vulgaris psoriasis, 21 (13.7%) cases of guttate psoriasis, 12 (7.8%) cases of erythrodermic psoriasis and 7 (4.5%) cases of arthritis psoriasis.

This study showed that psoriasis is a common disease and its prevalence is largely underestimated. Other epidemiological studies are needed to identify the economic impact, psycho-social and quality of life.

Keywords : Psoriasis, epidemiology, clinical aspects, Antananarivo

Director of thesis: Professor RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Assisted by : Doctor RANAIVO Irina Mamisoa

Address : IIA 102 Ampandrana Ouest Antananarivo 101

Nom et prénoms: RASOLOFONIAINA Fanomezantsoa Ezra

**Titre de la thèse: PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DU PSORIASIS
A L'USFR DERMATOLOGIE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE
D'ANTANANARIVO**

Rubrique: MEDECINE

Nombres de figures: 13

Nombre de schémas: 03

Nombre de tableaux: 08

Nombre de pages: 67

Nombre de photos: 17

Références bibliographiques : 106

RESUME

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse chronique évoluant par poussée. Cette affection induit un impact psycho-social non négligeable. L'objectif de ce travail était de déterminer le profil épidémiologique et clinique du psoriasis à l'USFR Dermatologie de l'Hôpital Universitaire d'Antananarivo durant la période de 2006 à 2011.

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive colligeant l'ensemble des cas de psoriasis consultants ou hospitalisés. Sur 7650 patients, 153 (2%) ayant un diagnostic de psoriasis ont été inclus avec un sex-ratio de 0,88. Les travailleurs libéraux, les étudiants et les sans-emplois étaient les plus touchés et (81) 53% étaient originaires d'Antananarivo ville. L'hypertension artérielle, le diabète et la dermatite atopique constituaient les comorbidités. L'âge de début était avant 40 ans pour (112) 73,2%. Des facteurs favorisants ont été notés dans 79 (51,6%) cas. Le prurit était retrouvé chez 107 (70%) patients. Les formes cliniques se répartissaient: le psoriasis vulgaire 82 (53,6%) cas, le psoriasis en goutte 21(13,7%) cas, le psoriasis érythrodermique 12(7,8%) cas et le psoriasis arthropathique 7 (4,6%) cas.

Cette étude a montré que le psoriasis est une dermatose fréquente et que sa prévalence est largement sous-estimée. Les aspects cliniques restent dominés par la forme vulgaire. D'autres études épidémiologiques d'envergure nationale restent nécessaires pour cerner l'impact économique, psycho-social et sur la qualité de vie.

Mots clés : Psoriasis, épidémiologie, aspects cliniques, Antananarivo

Directeur de thèse : Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Rapporteur : Docteur RANAIVO Irina Mamisoa

Adresse de l'auteur: Lot IIA 102 Ampandrana Ouest Antananarivo 101