

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen, Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

Service de dermatovénérologie.

Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du diplôme de docteur en médecine

# PSORIASIS ET DIABETE

## PSORIASIS ET DIABETE

Encadré par :

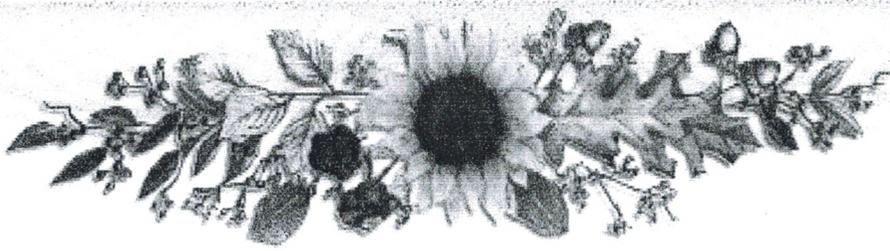
**DR DAHMANI**

Présenté par :

**GHARMOUL BOUZYANE.**

Année universitaire : 2012-2013

25  
M. Gharmoul Bouzyane  
Dermatovénérologie



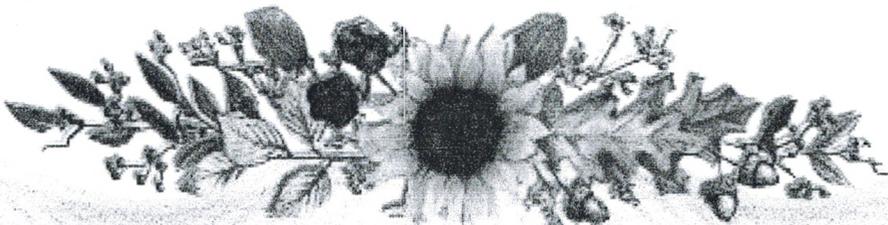
# Dédicace

*Avec l'aide de ALLAH le tout puissant, j'ai pu achever ce modeste travail que je dédie à :*

- *Les plus chers au monde, à mes parents gharmaoui Saadâ et agag kheira qui se sont sacrifié pour me permettre de suivre mes études, ALLAH les garde et les protège .*
- *Mes très chers frères et sœurs.*
- *Toute mes amis surtout :*
- *Abdelhak, Abdellah, Abdellatif, Lakhdar, moussa, mustapha, mohammed.*
- *Une dédicace spéciale à mes maitres.*

*Je joins à cette pensée :*

- *La promotion de 7ème année médecine 2012-2013.*
- *À ceux qui m'ont encouragé à bien élaborer ce travail.*



# REMERCIEMENTS

*J'exprime mes sincères remerciements et ma profonde gratitude à mon encadreur Docteur Dahmani pour leurs conseils précieux.*

*Je n'oublie jamais de remercier tous les assistants qui ont contribué à notre formation.*

*Je remercie tous les assistants de dermatologie pour son aide et tous ceux qui ont participé directement ou indirectement à l'élaboration de cette mémoire.*

*Ma profonde reconnaissance à ma famille pour leur soutien et l'aide qu'ils m'ont apporté durant mes années d'études.*

*Merci du fond du cœur !!!*

## Sommaire :

### **Chapitre I : Psoriasis**

1-Introduction :	p05.
2-épidémiologie :	p05.
3-physiopathologie :	p05.
3-1-mécanisme lésionnels :	p06.
Facteur extra kératinocytaire :	p06.
Facteur intra kératinocytaire :	p07.
4-facteurs étiologiques :	p07.
5-diagnostic :	p08.
-forme commune de psoriasis :	p08.
-forme clinique :	p10.
-forme grave :	p12.
-forme selon le terrain :	P15.
6-diagnostic différentiel :	p16.
-forme classique :	p17.
-forme particulière :	p17.
7-évolution- complication :	p18.
8-traitement :	p18.
-but :	p18.
-contexte :	p19.
-règles générales :	p19.

-moyen thérapeutique :.....	p19.
-indication :.....	p25.
9-conclusion :.....	p26.

## **Chapitre II (psoriasis et diabète)**

1Diabète :.....	p26.
2- psoriasis et diabète :.....	p26.
Pathogénie :.....	p26.
Conclusion :.....	p27.

## **Chapitre III (patient et méthodes)**

1-introduction :.....	p29.
2- malades et méthodes :.....	p30.
3-résultats :.....	p31.
a-population masculine :.....	p31.
b-population féminine :.....	p32.
4- présentation géographique :.....	p33.
5-discussion :.....	p40.
6-conclusion :.....	p41.

## **Chapitre I :**

# **Psoriasis**

**1-INTRODUCTION:**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire de la peau caractérisée par une évolution exanthémateuse aigüe ou chronique .Récidivante, dont l'étiologie n'est toujours pas élucidée .Dans les pays occidentaux, sa prévalence se situe aux environs de 2% avec des différences considérables d'une région géographique à l'autre et d'un autre groupe ethnique .Cette affection peut engendrer un important handicap physique et constituer un lourd fardeau sur le plan psychosocial. .

**2-EPIDEMIOLOGIE :**

C'est une maladie fréquente touchant 2% de la population des hommes que des femmes,

Cosmopolite, sans distinction des races et des latitudes,

Survenant à tout âge avec 2 pics de fréquences :

- Avant 30 ans : psoriasis de type 1 souvent familial et plus grave par son ampleur des manifestations ou par sa chronicité ou par la fréquence des poussées.
- Après 50 ans : psoriasis de type 2, habituellement moins grave.

C'est une maladie non contagieuse, non transmissible à un tiers. Cela doit être dit au patient dont l'aspect des lésions est source d'angoisses, et qui n'osent pas poser la question.

**3-PHYSIOPATHOLOGIE :**

Le psoriasis est caractérisé par un trouble de l'homéostasie épidermique ( hyperprolifération et troubles de la différenciation kératinocytaire) ainsi que par des phénomènes inflammatoires der mo-épidermiques complexes.

**3-1 MÉCANISMES LÉSIONNELS:**

Le renouvellement accéléré de l'épiderme peut être induit par des facteurs de prolifération extrakératinocytaires ou peut résulter anomalies intrinsèques du kératinocyte.

**3-1-1 Facteurs extrakératinocytaires:**

Ils pourraient être produits par les polynucléaires neutrophiles (qui migrent dans la couche cornée et participent aux signes histologiques Du psoriasis et sécrèteraient des protéases), ou par les lymphocytes CD4 qui après activation par des antigènes classiques ou des super-antigènes activés produiraient diverses cytokines stimulant la *turne over* des kératinocytes.

L'hypothèse d'une activation des lymphocytes T ferait rapprocher le psoriasis des maladies auto-immunes et expliquerait la grande efficacité thérapeutique de la ciclosporine dans le psoriasis.

**3-1-2 Facteurs intrakératinocytaires:**

Différentes anomalies de transduction de la membrane au noyau ont été décrites dans le psoriasis (voie de la protéine kinase A, C, des nucléotides cycliques. . .).

On constate une augmentation de l'expression de différents récepteurs à l'*epidermal growth factor*(EGF), diverses anomalies des molécules d'adhésion, Une perturbation de divers facteurs de croissance et de différenciation des kératinocytes (TGF alpha, IL-6. . .) et diverses anomalies des gènes impliqués dans la réponse à la vitamine D et à la vitamine A qui participent à la prolifération et à la différenciation

**4- FACTEURS ÉTIOLOGIQUE:****4-1 Facteurs d'environnement:**

Des facteurs d'environnement (stress, climat, infection, traumatisme. . .) permettraient l'expression du psoriasis chez des sujets génétiquement prédisposés.

**4-2 Prédisposition génétique:**

La prédisposition génétique est étayée par la survenue de cas familiaux (30 % des cas) et la survenue fréquente de la dermatose chez les jumeaux monozygotes.

Lorsque l'affection débute dans l'enfance, elle est fréquemment liée aux antigènes d'histocompatibilité, en particulier HLA Cw6 et DR7

Les gènes de prédisposition sont multiples et localisés sur différents chromosomes.

**4-3 Facteurs infectieux:**

Ils sont mis en évidence par le début de certain psoriasis de l'enfant à la suite d'épisodes infectieux rhinopharyngés, ces derniers pouvant également aggraver des psoriasis déjà connus. Le rôle d'antigènes bactériens ou des super antigènes dans la stimulation des lymphocytes T est discuté.

La survenue ou l'aggravation d'un psoriasis au cours du sida fait aussi discuter l'implication d'agents viraux dans la maladie.

**4-4 Médicaments:**

Certains médicaments peuvent induire ou aggraver le psoriasis, en particulier les sels de lithium, les bêtabloqueurs, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, l'interféron alpha, les antipaludéens de synthèse.

**4-5 Facteurs psychologiques:**

Le rôle des chocs émotifs et des traumatismes affectifs dans le déclenchement de la maladie ou la survenue des poussées est classique. Les stress psychologiques agiraient par l'intermédiaire d'une sécrétion accrue de neuromédiateurs et d'hormones surrénaliennes.

**4-6 Facteurs de gravité:**

L'alcool et le tabac sont des *facteurs de gravité* et de résistance thérapeutique.

**5- Diagnostic:****5-1 Forme commune de psoriasis.****Lésion élémentaire:**

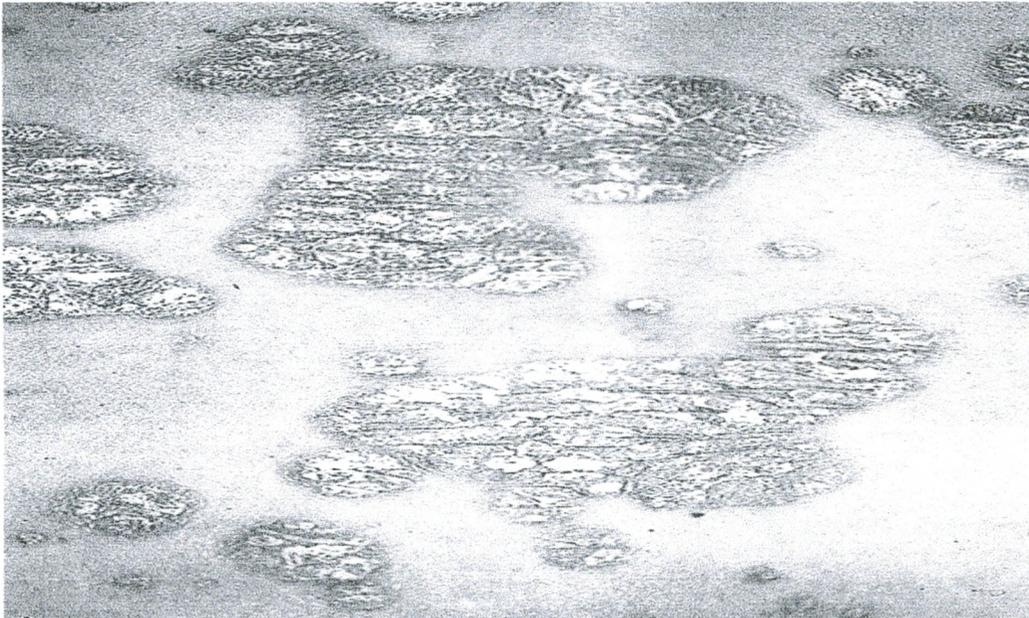
Il s'agit d'une tache érythémateux-squameuse bien limitée, arrondie, ovale ou polycyclique (photo1). La couche squameuse superficielle blanchâtre peut être très épaisse ou au contraire partiellement décapée par le traitement laissant apparaître l'érythème sous-jacent.

Le plus souvent, ces éléments sont multiples et symétriques, parfois diffus.

La taille des lésions est variable : psoriasis en points, en gouttes, nummulaires (éléments arrondis de 1 à plusieurs centimètres de diamètre), ou en plaques.

L'examen anatomopathologique est rarement utile.

Lorsqu'il est réalisé, il montre une hyperkératose avec para kératose et une acanthose de l'épiderme liée à une prolifération excessive des kératinocytes. En outre, l'épiderme est le siège de micro abcès à polynucléaires neutrophiles (micro abcès de Munro-Sabouraud). Dans le derme existe un infiltrat à lymphocytes TCD4 et un grand développement capillaire avec allongement des papilles dermiques.



**Photo 1:lésion érythémateux squameuse**

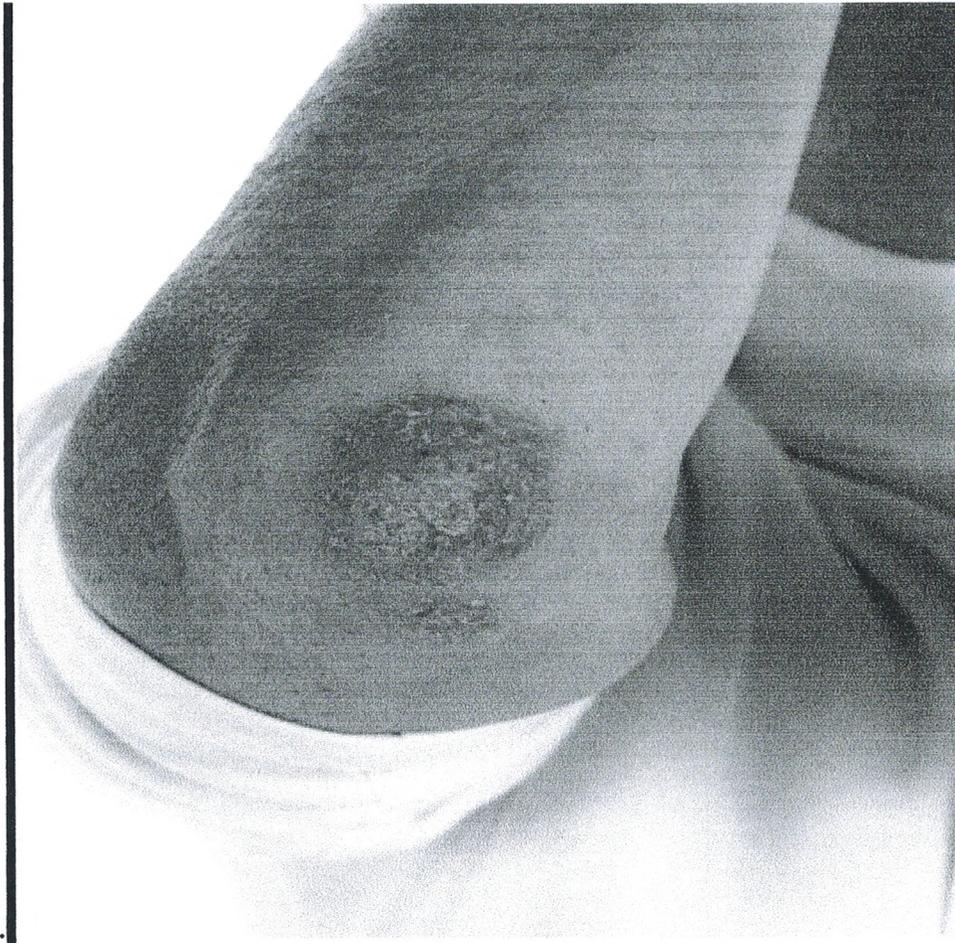
### Localisations habituelles :

Les localisations habituelles, très caractéristiques de l'affection, sont surtout les zones exposées aux frottements :

- Coudes (photo 2), (ET bord cubital de l'avant-bras);
- Genoux, jambes;
- Région lombosacrée
- Cuir chevelu;
- Ongles

### À noter:

Dans les psoriasis habituels, l'état général n'est pas altéré.  
Le psoriasis n'est pas contagieux.



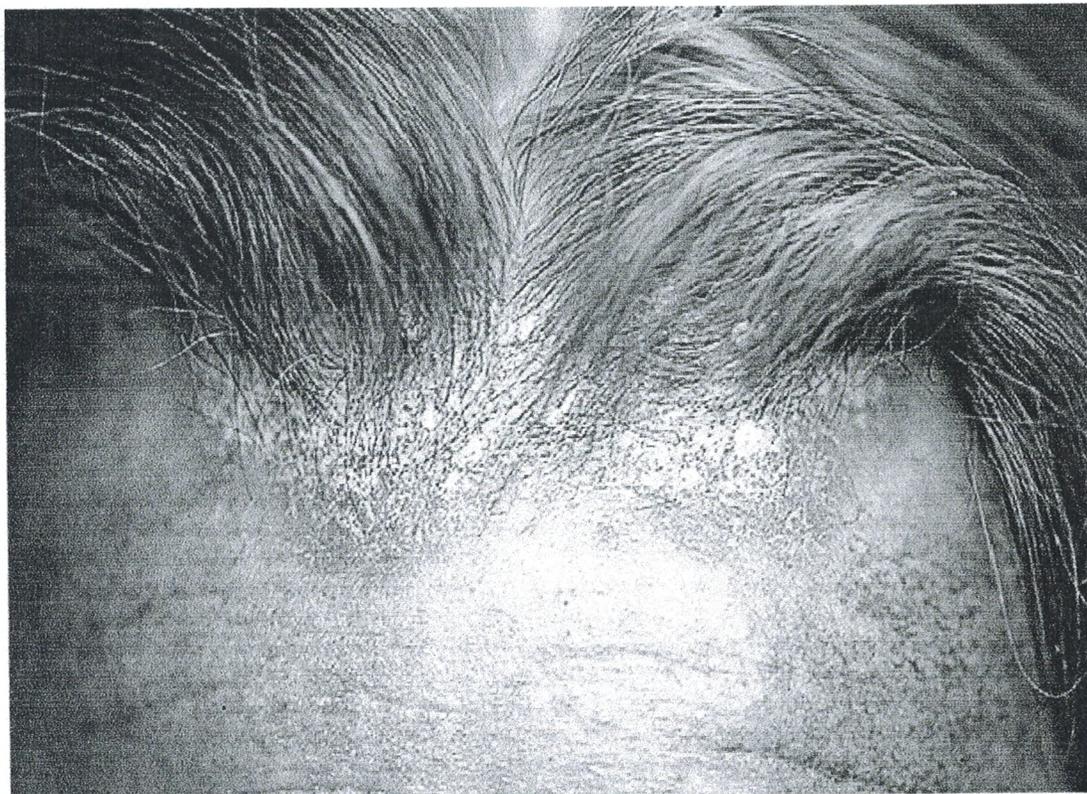
**Photo 2: Psoriasis au niveau du coude**

**5-2 Formes cliniques:****5-2-1 Topographiques:****A- Psoriasis du cuir chevelu:**

Classiquement non alopécies, il peut réaliser des plaques circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées, couvertes de larges squames traversées par les Cheveux ou bien former une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu (photo 3).

La localisation occipitale est fréquente.

Dans la région antérieure, à la lisière du cuir chevelu, les lésions sont souvent très inflammatoires et réalisent une couronne séborrhéique.



**Photo 3:** Psoriasis du cuir chevelu

**B- Psoriasis unguéal:**

Il peut prendre l'aspect de dépressions ponctuées cupuliformes (ongles en « dé à coudre») ou réaliser une onycholyse avec décollement distal et zone proximale de couleur cuivrée (photo 4).

On peut aussi avoir une hyperkératose sous-unguéale, une paronychiée, une perte de transparence de l'ongle et des zones leuconychiques.

**C- psoriasis des plies:**

On le retrouve dans les plis, en particulier inter fessier, axillaires, sous-mammaires ET ombilical (photo 5);

**D- Psoriasis palmo-plantaire:**

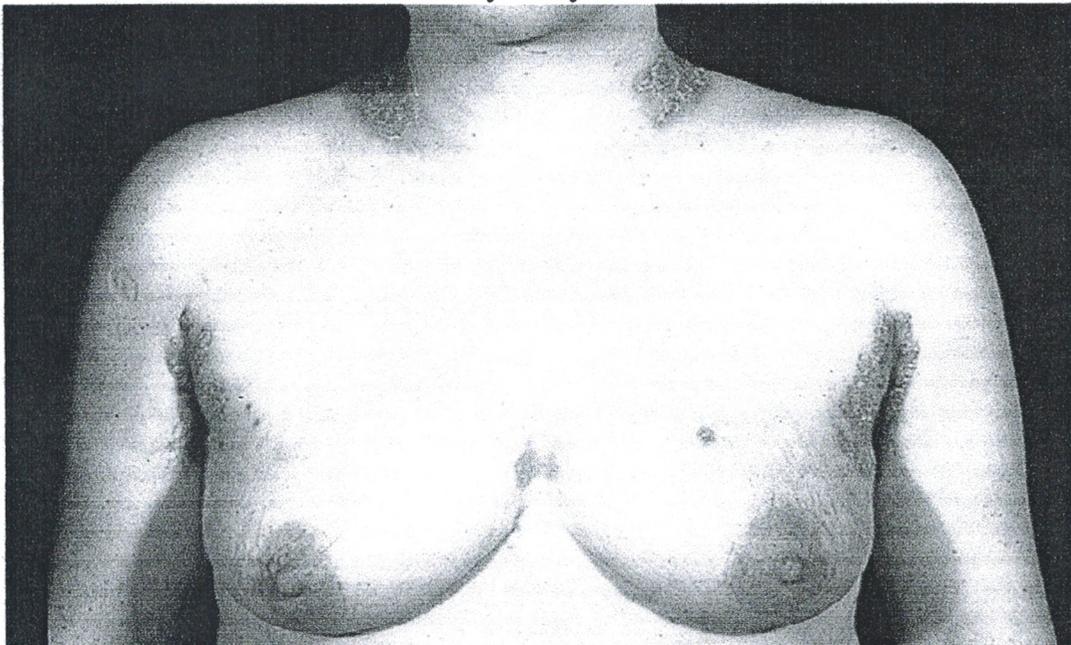
IL peut réaliser une kératodermie en îlots ou diffuse (photo 6).

**E-Psoriasis du visage :**

rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique Les localisations à la conque et au conduit auditif externe sont classiques



**Photo 4:** Psoriasis unguéal avec dépressions cupuliformes et Discrète onycholyse



**Photo 5:** psoriasis des plies.



Photo 6: Kératodermie palmaire diffuse psoriasique

### 5-3 Formes graves:

#### *A-Psoriasis érythrodermique:*

Il s'agit d'un psoriasis généralisé à plus de 90 % des téguments, dont les lésions sont le siège d'une desquamation abondante ( photo 7).

L'érythrodermie peut être provoquée par des traitements généraux (corticothérapie). L'ensemble du tégument est rouge chaud infiltré tendu et prurit intense.

Elle peut se compliquer de surinfections, de troubles de la thermorégulation et d'anomalies hydro électrolytiques et doit entraîner l'hospitalisation du malade

#### *B-Psoriasis arthropathique:*

Il se rencontre chez environ 20 % des malades psoriasiques et peut donner 3 tableaux cliniques

Oligo- ou mono arthrite++++ Atteinte MCP (métacarpe phalangienne), IPP (inter phalango phalangienne) des Doigts ou orteils boudinés. Polyarthrite ++ Atteinte des IPD Peu destructrice Sérologie rhumatoïde négative.

Rhumatisme axial + Atteinte vertébrale et sacro-iliaque (proche spondylarthrite ankylosante) association avec HLAB27 moins forte que dans SPA (photo 8).



Photo : érythrodermie psoriasique.

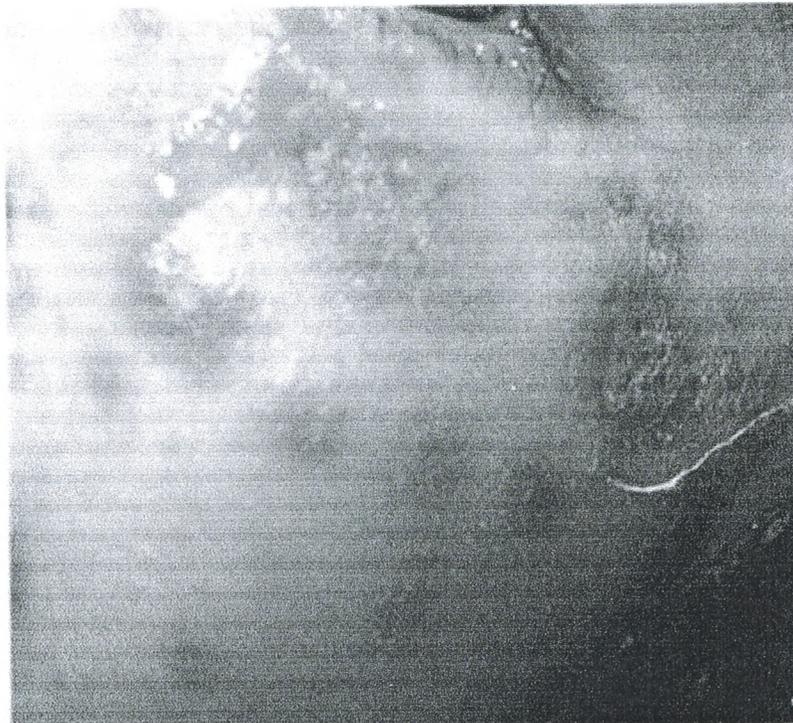


Photo : psoriasis pustuleux généralisé.



**Photo 8:** Rhumatisme psoriasique périphérique.

### **C-Psoriasis pustuleux:**

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

- le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire. Il s'agit :
  - De pustules jaunâtres évoluant par poussées .
  - Le handicap fonctionnel (difficultés du travail Manuel ET de la Marche) qu'il génère est souvent important.
- le psoriasis pustuleux généralisé (dit de von Zumbusch) :
  - Début brutal avec une altération de l'état général, une fièvre ET des placards rouge vif qui se couvrent de pustules superficielles pouvant confluer en larges nappes essentiellement localisées sur le tronc, D'évolution parfois grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

L'unicité des deux formes de psoriasis pustuleux est histologique : présence d'une pustule spongiforme, multiloculaire et aseptique, ce qui la différencie des pustules d'origine infectieuse

**5-4 Forme selon le terrain:****A-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.

**C-Psoriasis de L'Enfant:**

Le psoriasis du nourrisson est souvent localisé à la zone des Langes (« napkin psoriasis ») (photo 9)

Le psoriasis de l'enfant est souvent aigu, en gouttes et peut succéder à une infection rhino pharynges streptococcique.

Le visage est plus souvent atteint que chez l'adulte.



### **6-Diagnostic différentiel:**

#### **6-1Forme classique:**

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

#### **A-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 se fait en 6 à 8 semaines et permet de trancher les cas litigieux.

### B- Dermatite séborrhéique :

Habituellement localisée au visage (plis nasogéniens), au cuir chevelu et à la région médio-thoracique, elle est de diagnostic plus délicat. La présence de lésions psoriasiques à distance aide au diagnostic.

### C- Dermatite atopique:

Elle est différente dans :

- sa topographie (visage et plis) ;
- ses associations (rhinite allergique, asthme) ;
- ses examens biologiques (augmentation des IgE).

### 6-2 Formes particulières:

Il s'agit :

- **du psoriasis des plis** : qui pose le problème des intertrigos d'origine bactérienne ou mycosique
- **du psoriasis palmo-plantaire** : qui fait partie des kératodermies palmo-plantaires de causes diverses (génétiques, acquises) ;
- **de l'érythrodermie psoriasique** : qui doit être distinguée des autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes, eczéma) ;
- **du psoriasis pustuleux généralisé** : qui pose le problème de certaines toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;
- **du rhumatisme psoriasique** : qui 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.

### 7- Evolution — complications:

La maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune. Ces psoriasis de début précoce sont plus souvent familiaux, associés aux antigènes d'histocompatibilité et graves contrairement aux psoriasis débutant plus tardivement.

-L'évolution est chronique et se fait par poussées entrecoupées de rémissions pendant lesquelles les lésions sont minimales. Ces rémissions sont plus fréquentes en été à cause de l'effet bénéfique des rayons ultraviolets.

-Les poussées, souvent imprévisibles, sont parfois déclenchées par des facteurs psychologiques, des médicaments ou/et des infections ORL. Les traumatismes cutanés (griffures, vaccinations, chirurgie) peuvent être le siège d'une efflorescence de lésions psoriasiques (phénomène de Koebner).

-La surinfection (bactérienne rare, plus fréquente [plis] par *Candida albicans*) peut entretenir ou aggraver les lésions.

-L'eczématisation (survenue d'un suintement, d'un prurit intense) peut être expliquée par une mauvaise tolérance à certains traitements locaux (rechercher une sensibilisation à un topique médicamenteux).

-Même en dehors des formes graves (érythrodermies, rhumatisme et formes pustuleuses) le psoriasis est une maladie qui peut altérer profondément la *qualité de vie* lorsque les lésions sont affichantes ou gênantes pour un travail manuel.

-La gravité de ce retentissement est souvent sous-estimée par le par le médecin.

### **8-TRAITEMENT:**

#### **8-1 But:**

-Diminuer l'épaisseur et la surface lésionnelle et amélioration de la qualité de vie.

-Deux temps :

- 1) Induction pour régression des lésions.
- 2) Entretien pour empêcher la récurrence.

**8-2 Le contexte:**

Le médecin doit pouvoir répondre à trois questions pas toujours abordées par le patient:

- A quelle contrainte va t –il être soumis ?
- Quels sont les risques auxquels il va être exposé?
- Quels bénéfices il peut obtenir de la thérapeutique?

**8-3 Règles générales:**

Nécessité d'une bonne relation médecin-malade.

- Faire comprendre que les traitements actuels n'entraînent pas la guérison définitive de l'affection, mais permettent la disparition transitoire plus ou moins complète des lésions.
- Prise en compte impérative dans le choix thérapeutique, non seulement de la gravité et de l'étendue des lésions mais aussi du retentissement sur la qualité de vie, du préjudice fonctionnel, esthétique, professionnel, relationnel, du retentissement psychologique de la maladie et du désir de rémission du malade.
- Prise en compte des effets secondaires potentiels à court et à long terme des traitements et introduire la notion d'un « capital thérapeutique » à gérer sur du long terme (information du patient).
- Nécessité d'un soutien (ou d'une prise en charge) psychologique.
- Il n'est pas utile de traiter les psoriasis très limités et/ou psychologiquement bien acceptés par les malades.
- Ne pas oublier que les traitements majeurs ont des effets secondaires importants et ne doivent être utilisés que dans un faible pourcentage de cas graves.

**8-4 Moyens thérapeutique:****8-4-1 Traitements locaux:**

Ils sont surtout représentés par les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D3 ou leur association.

### a-Dermocorticoïdes:

Ils sont surtout utilisés en pommade (lésions sèches). Les crèmes sont réservées aux plis et les lotions au cuir chevelu. Leurs effets secondaires sont nombreux et il est conseillé d'effectuer des traitements de durée limitée et de contrôler les quantités utilisées (nombre de tubes).

- en dehors des lésions du visage, utiliser dans le psoriasis au moins un dermocorticoïde de classe III ;
- une seule application par jour est suffisante dans la plupart des cas (effet « réservoir » de la couche cornée) ;
- optimisation de l'efficacité par l'occlusion (pénétration accrue) ;
- association possible avec les autres traitements du psoriasis.

### b-Analogues de la vitamine D:

Ils comprennent :

- le calcipotriol (*Daivonex*) ;
- le tacalcitol (*Apsor*) ;
- le calcitriol (*Silkis*).

La conduite du traitement recommande :

- 2 applications par jour (calcipotriol et calcitriol), 1 application par jour (tacalcitol) ;
- 1 association possible avec les dermocorticoïdes ;
- ne pas dépasser 100 g de topique appliqué par semaine.

Par rapport aux dermocorticoïdes :

- activité globalement comparable, mais plus lente ;
- pas d'effet secondaire atrophiant ;
- irritation cutanée surtout sur le visage et dans les plis.

Une association dermocorticoïde et calcipotriol (*Daivobet*) permet une efficacité supérieure à 1 application par jour. Elle ne doit pas dépasser 4 semaines.

### **c-Autres traitements topiques:**

#### **-Bains et emollients:**

Les bains et les émoullients sont utiles pour décaper les lésions et soulager le prurit ; l'huile de cade est moins employée.

#### **-Acide salicylique:**

L'acide salicylique est une molécule dont l'effet kératolytique peut être utile, utilisé dans un excipient gras (vaseline), pour décaper des lésions très squameuses en préalable à tout autre traitement local ou avant une PUVAthérapie. Il est contre-indiqué chez l'enfant (risqué d'intoxication salicylée). Il ne faut pas dépasser la concentration de 10 % (20 % en cas d'utilisation très limitée [paumes, plantes]).

#### **-Tazarotène (Zorac):**

C'est un rétinoïde topique dont l'utilisation est réservée à des psoriasis très limités (< à 10 % de la surface corporelle).

Un effet irritant peut être observé. Il est contre-indiqué en cas de grossesse.

### **8-4-2 Photothérapie:**

Les différentes photothérapies sont :

\* **PUVAthérapie** : association d'un psoralène photo sensibilisant (8-méthoxy-psoralène [*Méladinine*] ou 5-méthoxy-psoralène [*Psoraderm*]) et d'une irradiation UVA. Vingt séances en moyenne à raison de 3 séances par semaine sont nécessaires ;

\* **photothérapie UVB à spectre étroit** (TL-01) ne nécessitant pas la prise de psoralène préalable. Son efficacité est comparable à celle de la

PUVATHérapie. Vingt séances en moyenne à raison de 3 séances par semaine sont nécessaires

Les résultats sont une rémission dans environ 80 % des cas après 20 à 30 séances, comparable pour les deux méthodes.

➤ **Contre-indications :**

- antécédent de cancer cutané,
- femme enceinte
- enfant
- médicaments photosensibilisants

➤ **Précautions :**

- examen ophtalmologique préalable (contre-indication en cas de cataracte).
- protection des organes génitaux externe
- compte de la dose cumulée délivrée
- surveillance prolongée du tegument (carcinomes tardifs)

➤ **Effets secondaires:**

court terme

- érythème plus ou moins intense (surdosage, prise concomitante de médicaments photosensibilisants)
- troubles digestifs

long terme

- vieillissement prématuré du tégument
- cancers cutanés (carcinomes, mélanomes)
- cataracte

### **8-4-3 Traitements généraux:**

#### **a-Rétinoïdes Acitrétine (Soriatane):**

➤ **Contre indications:**

- Grossesse, allaitement, femme en âge de procréer n'ayant pas de moyen de contraception efficace
- Anomalies du bilan hépatique, du bilan lipidique

➤ **Posologie :**

Administration par voie orale, en 1 prise quotidienne 0,5 mg/kg/j à atteindre progressivement

➤ **Prescription et surveillance:**

- 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:**

- transaminases et Lipides

➤ **Effets secondaires:**

Habituellement bénins et dose-dépendants

- cliniques : chéilite, sécheresse cutanéomuqueuse, desquamation, chute capillaire, prurit
- biologiques : hyperlipidémies, élévations des transaminases

**b-Méthotrexate:**

➤ **Contre indications:**

- Anomalies de l'hémogramme
- Anomalies du bilan hépatique
- Insuffisance rénale
- Antécédent de néoplasie
- Infection évolutive
- ethylisme chronique

➤ **Posologie:**

- Doses faibles 7,5 à 10 mg/sem

-Administration hebdomadaire 1 injection musculaire unique, ou par voie orale

➤ **Prescription et surveillance:**

Surveillance biologique mensuelle stricte :

- hématologique : NFS
- hépatique : transaminases
- pulmonaire

— ponction biopsie hépatique discutée au cas par cas et en fonction des doses cumulative reçues et des autres facteurs de risque (alcool, médicaments associés)

➤ **Effets Secondaires:**

- *Cytopenie;macrocytose*
- *Fibrose pulmonaire*
- *Fibrose hépatique*

**c-Ciclosporine (Néoral):**

➤ **Contre indications:**

- HTA incontrôlée
- Insuffisance rénale
- Antécédent de néoplasie
- Infection chronique

➤ **Posologie:**

- Faibles (au maximum : 5 mg/kg/j) Voie orale
- Durée limitée (mois),

➤ **Prescription et surveillance:**

Surveillance mensuelle :

- TA
- créatininémie et *uree*

➤ **Effets secondaires:**

- Néphrotoxicité (traitement prolongé)
- Hypertension artérielle

**d-Les traitements dits « biothérapies »** sont à visée anti-TNF (étanercept [*Enbre]* ; infliximab [*Remicade]* ; adalimumab [*Humira]*) ou à visée lymphocytaire T par inhibition de la liaison LFA1-ICAM1 (efalizumab [*Raptiva]*). Leur indication est réservée aux échecs ou aux contre-indications des traitements systémiques précédents et leur emploi est contingenté.

**8-5 Indications:**

Elles dépendent :

- de la gravité du psoriasis
- du retentissement sur la qualité de vie du patient ;
- des contre-indications éventuelles ;
- des antécédents du patient.

**8-5-1-Formes localisées:**

Le traitement local est suffisant.

**8-5-2-Formes très étendues:**

Le traitement comprend : photothérapie et/ou rétinoïdes ou méthotrexate ou ciclosporine.

**8-5-3- Formes cliniques particulières:**

**Pour les formes particulières suivantes :**

**a- psoriasis pustuleux :** acitrétine ;

**b- kératodermie palmo-plantaire invalidante :** acitrétine ;

**c- rhumatisme psoriasique invalidant :** méthotrexate ou ciclosporine.

**9-CONCLUSION:**

Le traitement sera prescrit en milieu spécialisé et veillant au respect des contre-indications, des règles d'utilisation et des modalités de surveillance.

Quelle que soit l'option thérapeutique choisie, la prise en compte du retentissement psychologique doit être mise en œuvre tout au long du suivi.

## **Chapitre II :**

# **Psoriasis et diabète**

### 1-diabète :

#### a-Définition :

le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme ne parvient pas à utiliser convenablement le sucre, qui est un carburant indispensable à son fonctionnement .le glucose ,mal absorbés par les cellules ,s'accumules alors dans le sang et ensuite diverse dans l'urines.

Cette concentration anormalement élevé de glucose dans le sang se nomme hyperglycémie.

Glycémie a jeun normale < 1,10 g/l.

Hyperglycémie à jeun modéré si glycémie >1,10 g/l et < 1,26 g/l.

Diabète sucre si :

Glycémie à jeun > 1,26 g/l à 02 reprises.

Ou glycémie post prandiale > 2g/l et signes clinique d'hyperglycémie.

### 2- Psoriasis et diabète :

#### 2-pathogénie :

Un réseau complexe de cytokine inflammatoire liée joue un rôle important dans la physiopathologie du psoriasis, le syndrome métabolique et d'autres troubles inflammatoires.

Le tissu adipeux en excès, une caractéristique du syndrome métabolique, constitue un réservoir métaboliquement actif des cytokines.

Le tissu adipeux répond à une variété de signaux métabolique activant la synthèse et la sécrétion par une foule d'adipocytes bioactifs des protéines spécifiques ( adipokine ) qui exercent des effets sur les processus inflammatoire , le métabolisme des graisses , le bilan énergétique et la sensibilités cellulaire à l'insuline.

Les adipokines comprennent des protéines innombrables, y compris les médiateurs pro-inflammatoires de type 1 comme le TNF $\alpha$ , IL-8 et IL-6, qui induit à son tour la production de CRP dans le foie .

La surproduction de cytokine de type 1 a été impliquée dans le développement de l'insu lino-résistance et diabète type 2.

Par ailleurs la surexpression de cytokines de type 1 entraîne la pathogénèse, l'entretien et l'intensité du psoriasis.

#### **a- Rôle des troubles psychiques :**

Fréquemment associés au psoriasis comme la dépression favorise raient le tabagisme mais également l'alcoolisme et son cortège de insu lino-résistance, hypertension artérielle, et cardiopathies.

#### **b- Rôle de sédentarité :**

En cas d'atteinte rhumatismale psoriasique à l'origine d'une mobilité réduite favorisent l'obésité et donc le risque de diabète type 2.

### **Conclusion :**

Le diabète est une complication possible du syndrome métabolique et il est plus fréquent chez les psoriasique sous sa forme de diabète de type 2.

Une étude épidémiologique récente chez des femmes américaines sur 14 ans chez 78000 patientes qui ont commencé le suivi entre 27 et 44 ans met en évidence chez les porteuses d'un psoriasis 63% de risque en plus de développer un diabète que les femmes qui n'avaient pas cette maladie.

### 1- Introduction:

- Le psoriasis est une dermatose érythémateux-squameuse chronique; la lésion associe des anomalies du kératinocyte à des phénomènes inflammatoires du derme et de l'épiderme, elle est sous la dépendance des facteurs génétiques révélés par divers facteurs de l'environnement.

L'association du psoriasis à d'autres maladies est possible, pour les maladies non dermatologiques, on relève la plus grande fréquence : l'obésité, diabète type 2, l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires obstructives.

Le syndrome métabolique est un terme qui désigne une association de plusieurs anomalies métaboliques, une personne sera définie comme atteinte du syndrome métabolique, si elle a une obésité centrale ajoutée à deux des quatre facteurs suivantes :

L'hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie, hypertension artérielle ou le diabète type 2

-L'objectif de cette étude a été d'identifier l'association du psoriasis et le diabète.

Le risque d'atteinte du diabète chez un psoriasique.

Quel type de diabète peut être en relation avec le psoriasis.

**2- Malades et méthodes:**

Cette études cohorte ,a été réalisé en une période d'une 02 mois dans le service de dermatologie du chu de Tlemcen ,nous avons étudier l'âge ,le sexe, les antécédents (personne et familiaux ),région ,profession, le type de diabète, le traitement, la durée d'évolution ,le type de psoriasis, durée d'évolution ,les différent traitement reçue.

Nous avons également relevé l'âge de début, l'évolution, l'examen somatique, les bilans biochimiques (lipidique, rénale, hépatique, glycémie).

Nous avons également relève les différents traitement reçue: dermocorticoïdes, rétinoïdes, méthotrexates, cyclosporines, puvathérapies, vitamines ainsi que les différents maladies métaboliques (maladies cardio-vasculaires, HTA, ( TA>14/09), l'hypercholestérolémie (cholestérol>02g/l), l'hyperglycémie (glycémie>1,26g/l) et l'obésité.

**3- Résultats:**

Nous avons colligés 65 cas avec 40 hommes (61,53%) et 25 cas femmes (38,46%) dont le sexe ratio était de 1,6.

L'anomalie (diabète) était retrouvée chez 11 cas (16,92%).

Alors le syndrome métabolique complet était retrouvé chez 05 cas.

**a-population masculine:**

-Le diabète était retrouvé dans 06/40 cas (15%).

- Dont les 06 cas retrouvés de diabète, j'ai retrouvés des autres anomalies:
  - HTA 01 cas (16,66%).
  - L'hypercholestérolémie 03 cas (50%).
  - L'hypertriglycéridémie 01 cas (16,66%).
  - L'obésité dans 02 cas (33,33%).
  - Les maladies cardio-vasculaires étaient retrouvées dont 01 cas (16,66%).
  - Alors aucune autre anomalie n'associe avec le psoriasis et diabète dont 02 cas (33,33%).
- L'âge: <50 ans dans 01 cas (16,66%), entre 50 ans à 60 ans dans 04 cas (66,66%), >60 ans dans 01 cas (16,66%).
- Niveau socio économique : mauvais dans 02 cas (33,33%), moyen dans 03 cas (50%), bon dans 01 cas (16,66%).
- Région : Tlemcen dans 04 cas (66,66%), Ain Te Mouchent 01 cas (16,66%), Mascara 01 cas (16,66%).
- Selon les antécédents familiaux de psoriasis:
  - on a un cas (16,66%)
  - Dans 05 cas pas d'antécédent de psoriasis (83,33%).
- Selon les antécédents familiaux de diabète: dans 02 cas (33,33%), alors dans 04 cas pas d'antécédent de diabète (66,66%).
- Selon les antécédents familiaux HTA : 03 cas (50%).
- Selon les antécédents familiaux de cholestérol: 01 cas (16,66%).

- La durée moyenne d'évolution du psoriasis était de 18 ans, concernant le type clinique du psoriasis, le psoriasis vulgaire était le plus fréquent 04 cas (66,66%), psoriasis arthropatique dans 01 cas (16,66%), psoriasis localise en plaque 01 cas (16,66%).
- Il y a 05 cas sous méthotrexate par voie générale (83,33%) ,01 cas par voie orale (20%) et 04 cas en intra musculaires (80%).
- Le psoriasis et diabète : la durée moyen pour l'apparition d'un diabète chez un psoriasique était 15 ans.
- L'âge d'apparition du diabète chez un psoriasique : pic à 50 ans
- La durée moyenne d'évolution du diabète:03 ans.
  - Le type de diabète: diabète non insu lino-dépendantes 06 cas (100%), diabète type 1:00 cas (00%).

### **b-POPULATION FEMINIME:**

-Le diabète était retrouvée 05 cas/25(24%).

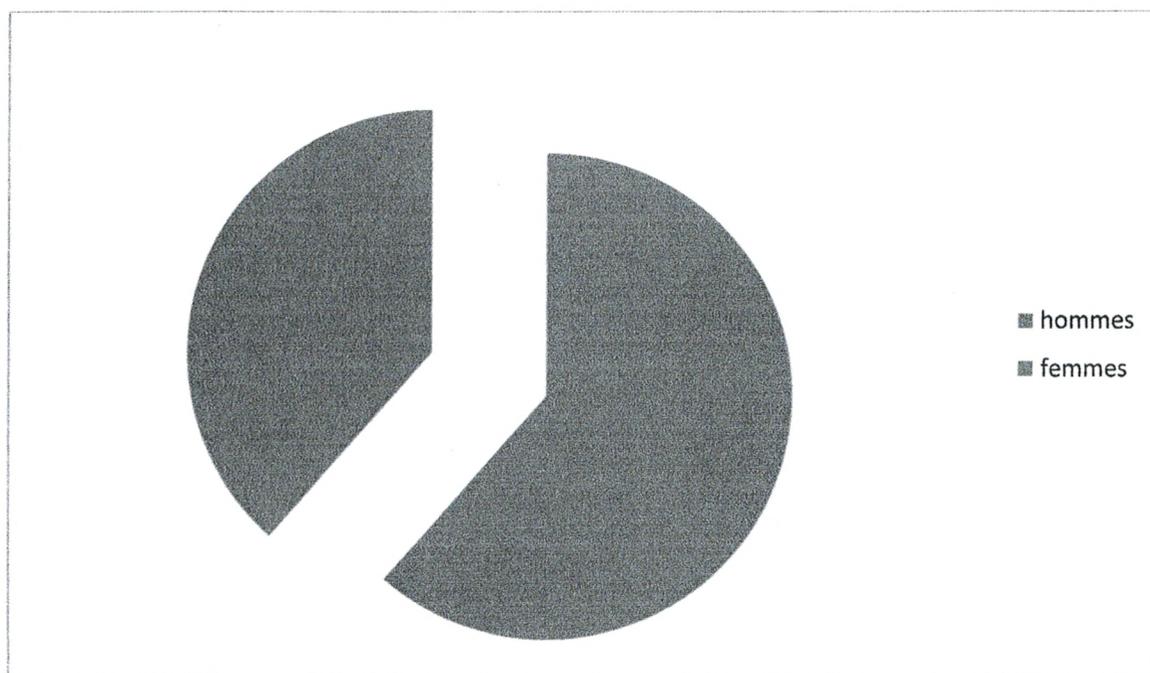
- Dont les 05 cas retrouvée, le diabète associe avec d'autre anomalies:
  - HTA dans 03 cas/05 (60%).
  - L'Hypercholestérolémie dans 02 cas/05 (40%).
  - L'Hypertriglycéridémie dans 01 cas (20%).
  - Maladies cardio vasculaires dans 00 cas (00%).
  - L'Obésité dans 02 cas (40%).
- L'âge :<50 ans 03 cas/05 (60%), entre 50 ans-60 ans 02cas/05 (40%),>60 ans 00 cas/05 (00%).
- Le niveau socio économique: mauvais dans 03 cas (60%), moyen dans 01 cas (20%) et bon dans 01 cas (20%).
- La région : tlemcen dans 02 cas (40%),ain témouchent dans 03 cas (60%) et mascara 00 cas (00%).
- Les antécédents familiaux de psoriasis: 00 cas/05(00%). Selon les antécédents familiaux de diabète : 01 cas/05 (20%).
- Selon les antécédents de HTA : 02 cas/05 (40%).
- Selon les antécédents familiaux de cholestérol: 00cas/05 (00%).
- Selon les antécédent familiaux de l'obésité : 03 cas (60%).
- La durée moyenne d'évolution du psoriasis était de 19 ans.

- Concernant le type clinique de psoriasis: psoriasis vulgaire le plus fréquent dans 03 cas/05 (60%), psoriasis arthropatique dans 01 cas (20%) et psoriasis des plis dans 01 cas (20%).
- Le traitement en générale par méthotrédiate 03 cas (60%), photothérapie dans un cas (20%) et un cas traitement locaux (20).
- La durée moyenne d'apparition du diabète chez un psoriasique:14 ans.
- L'âge d'apparition du diabète chez un psoriasique >40 ans avec pic entre 45 ans et 50 ans.
- La durée d'évolution du diabète était en moyenne 04 ans.
- Le type de diabète : diabète type 2 dans 05 cas (100%).
- Il y avait un cas qui était présente une trouble de la glycémie.

### 4-Présentation graphique:

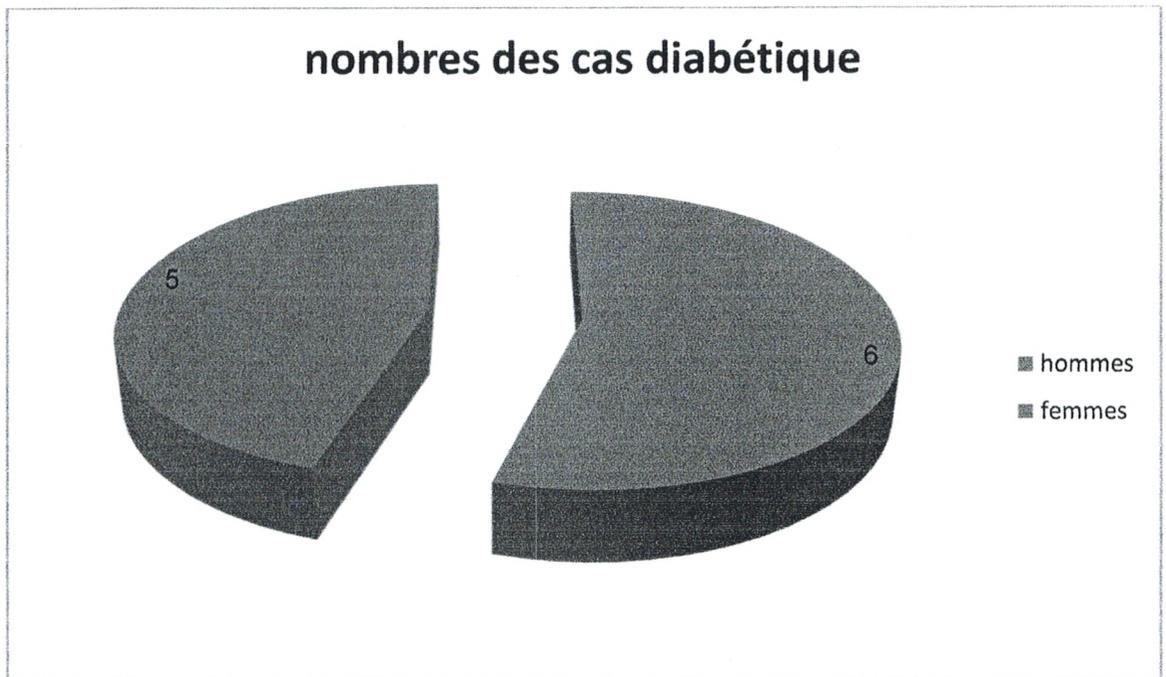
#### 1)Nombre total des cas:

	Hommes	Femmes	Total
Nombre des cas	40 (61,53%)	25 (38,46%)	65



Dans cette population psoriasique le nombre des hommes est plus élevé que les femmes avec sexe ratio 1,6.

### 2) Le psoriasis et diabète :

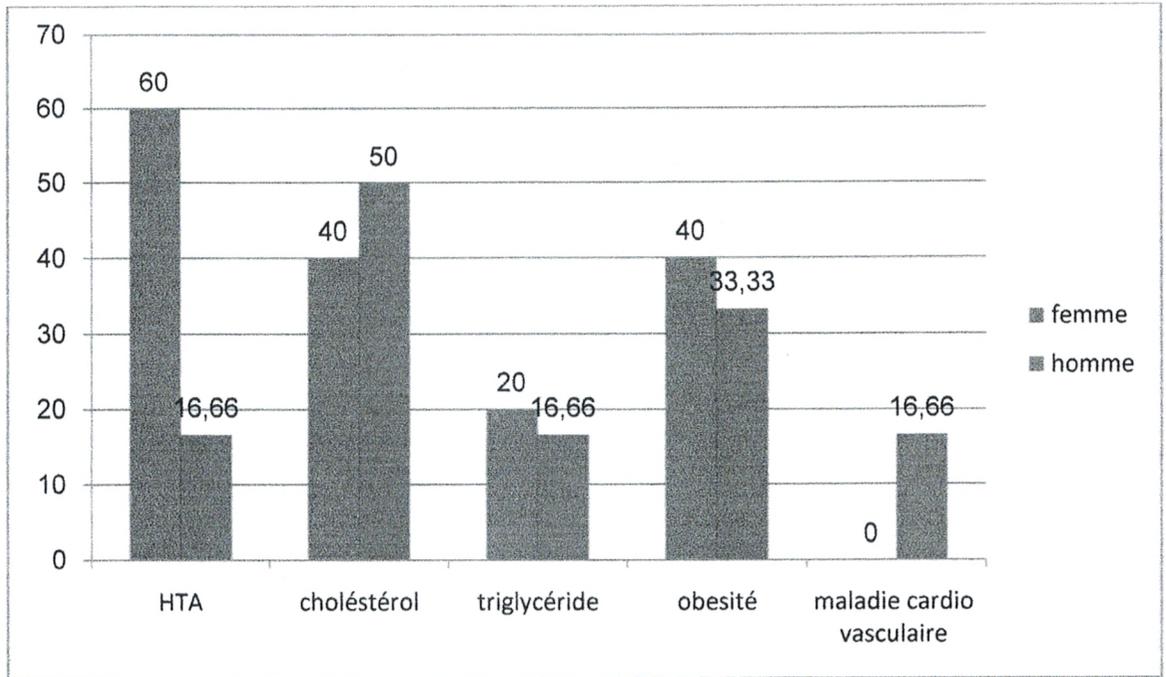


Dans cette population diabétique, le nombre des hommes est élevé que les femmes.

Dans notre étude, toute les malades on était atteint diabète type 2

### 3) Les anomalies retrouvées avec le diabète:

	homme	Femme
<b>HTA</b>	01 cas (16,66%)	03 cas(60%)
<b>Cholestérol</b>	03 cas (50%)	02 cas (40%)
<b>Triglycéride</b>	01 cas (16,66%°	01 cas (20%)
<b>Obésité</b>	02 cas (33,33%)	02 cas (40%)
<b>Maladies cardio vasculaires</b>	01 cas (16,66%)	00 cas (00%)



**Figure 3 : Les anomalies retrouvées avec le diabète**

On note une incidence supérieure de l'HTA dans la population féminine et maladies cardio vasculaire dans la population masculine.

**4) L'âge:**

Age	Homme	Femme
<50 ans	01 cas (16,66%)	03 cas (60%)
50 ans-60 ans	04 cas (66,66%)	02 cas (40%)
>60 ans	01 cas (16,66%)	00 cas (00%)

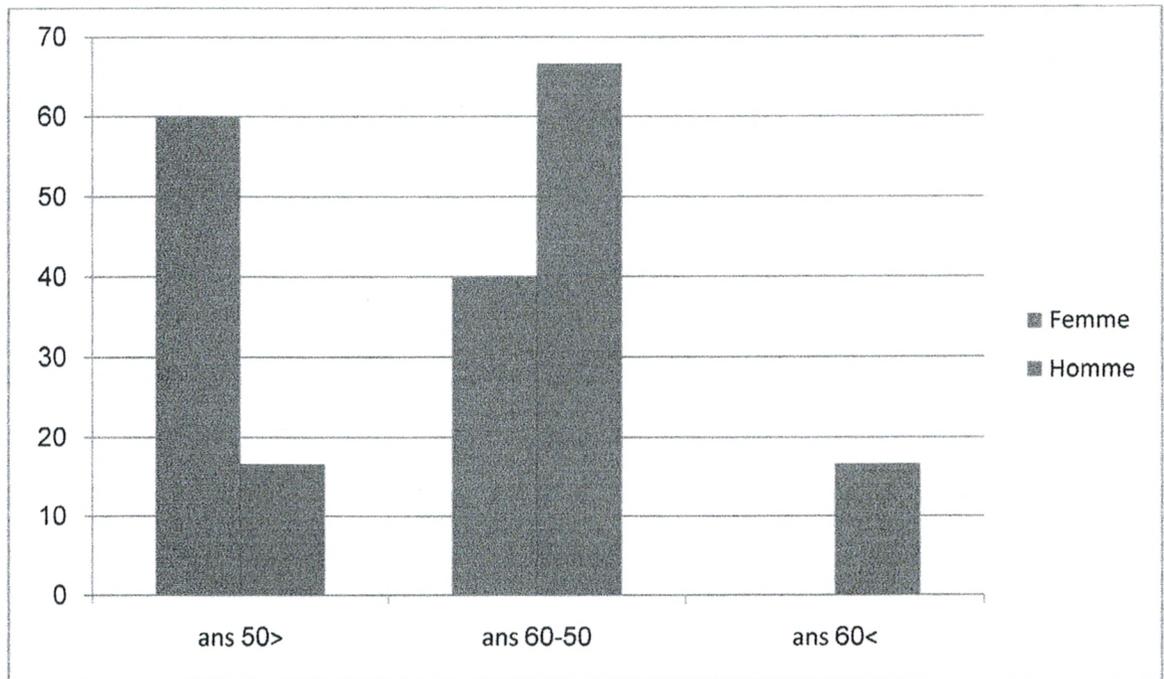


Figure 4: L'âge des patients présentant un diabète.

Plus le psoriasis est ancien, plus le risque de présenter un diabète est élevé.

L'âge d'apparition du diabète chez les femmes plus avancés que les hommes.

**5) Région:**

région	Homme	Femme
Tlemcen	04 cas (66,66%)	02 cas (40%)
Ain temouchent	01 cas (16,66%)	03 cas (60%)
Mascara	01 cas (16,66%)	00 cas (00%)

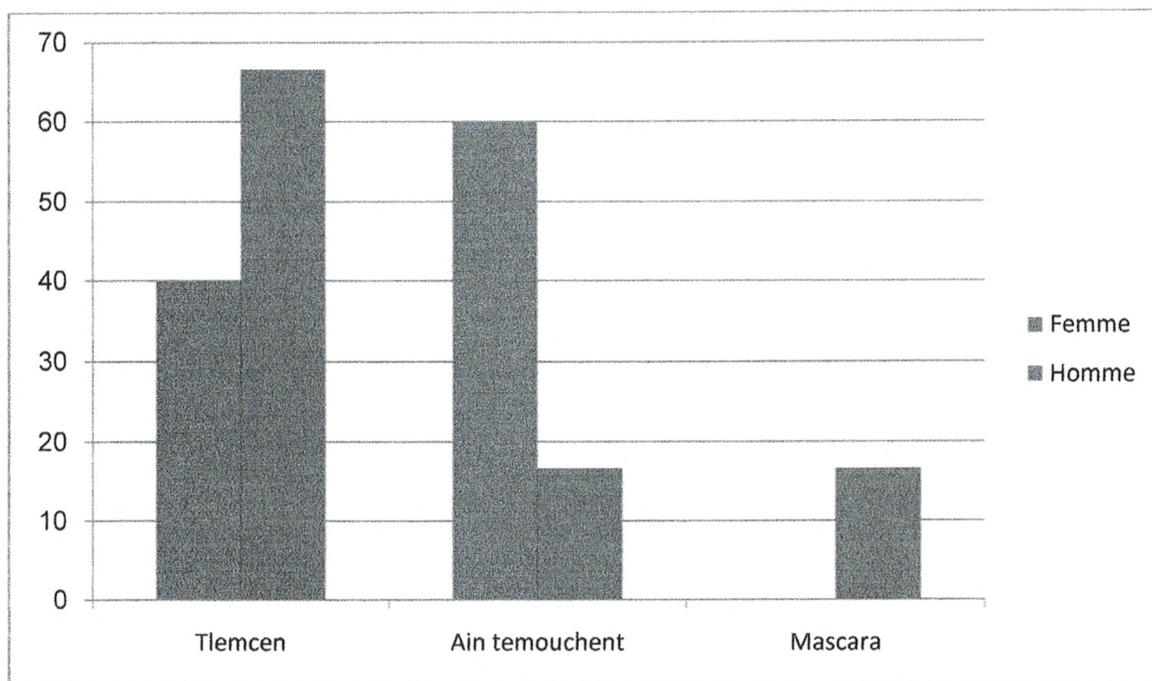


Figure 5: répartition de la maladie selon la région.

**6) Selon le niveau socio économique:**

NSE	Homme	Femme
Mauvais	02 cas (33,33%)	03 cas (60%)
Moyen	03 cas (50%)	01 cas (20%)
Bon	01 cas (16,66%)	01 cas (20%)

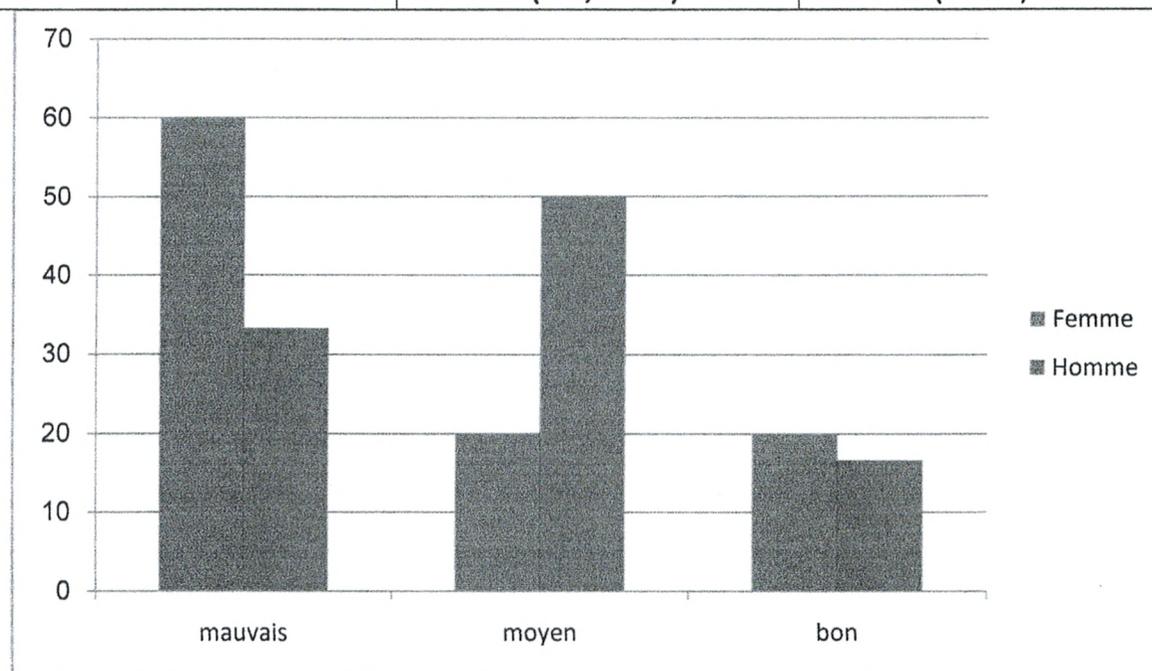
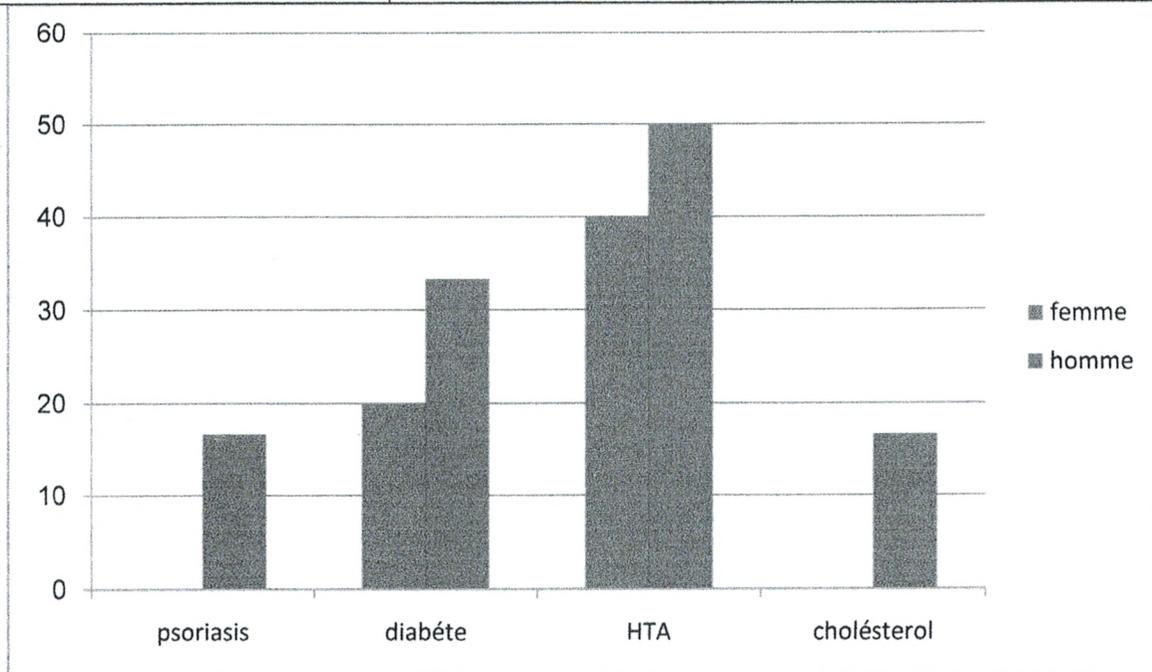


Figure 6: répartition de la maladie selon le niveau socio économique.

Le diabète toucher surtout les sujets avec un niveau socio économique bas.

**7) Selon les antécédents familiaux:**

maladie	homme	Femme
Psoriasis	01 cas (16,66%)	00
Diabète	02 cas (33,33%)	01 cas (20%)
HTA	03 cas (50%)	02 cas (40%)
cholestérol	01 cas (16,66%)	00



**Figure 7: les antécédents familiaux.**

**8) diabète et le type clinique de psoriasis:**

Type de psoriasis	Homme	Femme
Psoriasis vulgaire étendue	04 cas (66,66%)	03 cas (60%)
Psoriasis arthropatique	00	01 cas (20%)
Erythrodermie psoriasique	01 cas (16,66%)	00
Psoriasis des plies	00	01 cas (20%)

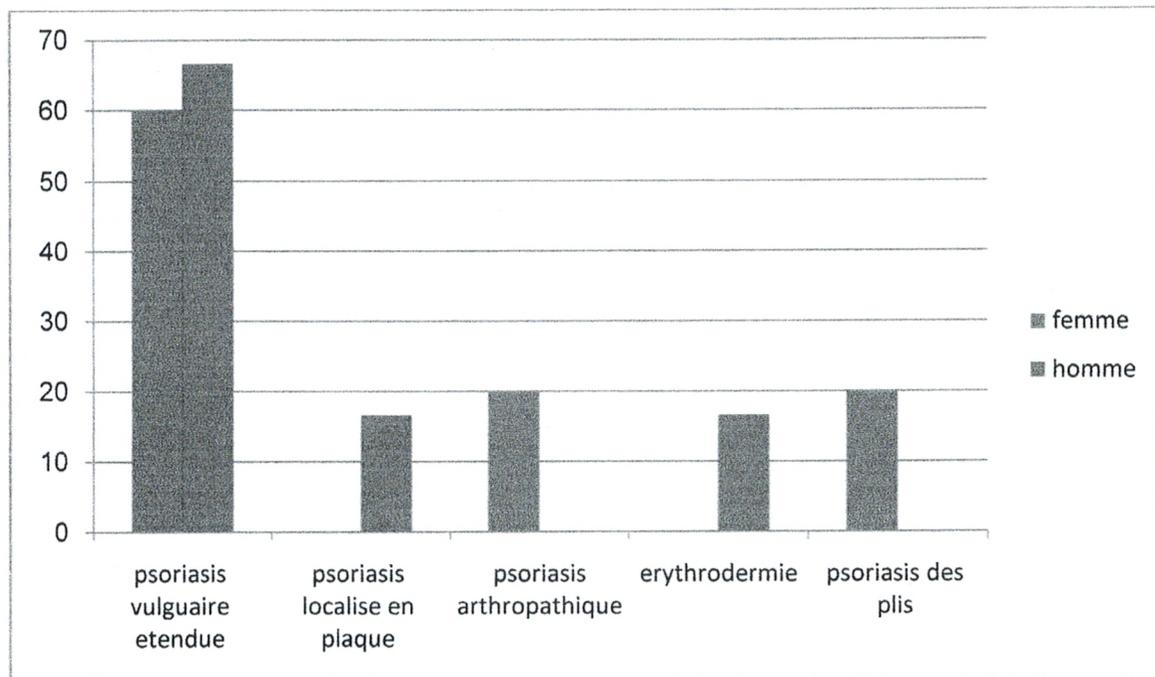


Figure 8 : répartition du diabète selon le type clinique de psoriasis.

Le diabète touche surtout les sujets qui atteint un psoriasis vulgaire étendue.

**9) la durée d'évolution du psoriasis et diabète :**

**a- psoriasis:**

	homme	Femme
Durée d'évolution	18 ans	19 ans

**b- diabète:**

	homme	Femme
Durée d'évolution	03 ans	04 ans

### 5-DISCUSSION:

Cette étude confirme le risque assez fréquent du survenue du diabète chez les psoriasiques avec égalité entre les deux sexes.

Elle a ainsi était mis en évidence que le diabète est développé principalement chez les patient ayant un âge >40 ans dans les deux populations étudiés:

Plus le psoriasis est ancien, plus le risque de présenter un diabète est élevé, mais il y a d'autre facteur entrant dans la survenue du diabète comme l'HTA, cholestérol, obésité.

L'HTA et hypercholestérolémie sont les facteurs de risque les plus développé avec une incidence supérieur dans les deux populations, dont l'hypercholestérolémie était le plus élevé chez les hommes, alors que chez les femmes était HTA.

L'obésité est considérée comme un facteur aggravant chez les psoriasiques.

On sait en effet, que depuis plus de dix ans, les éléments de connaissances s'accumulent, qui montrent le rôle des phénomènes inflammatoires dans l'émergence des maladies métaboliques, principalement cardio vasculaires, même que la cholestérolémie est considéré normale.

Dans cette étude il y a une faible prévalence des sujets qui ont des antécédents familiaux du psoriasis, mais ce résultat n'exclue pas le rôle de l'hérédité dans la survenue de la maladie.

### 6-CONCLUSION:

- Il existe une corrélation entre le psoriasis et le diabète type 2, le respect d'une bonne hygiène de vie est donc indispensable pour minimiser les risques : tous les patients atteints du psoriasis soient encouragés à adapter leur comportement pour maîtriser,.
- Ne pas fumer, éviter de manger trop sucré ou trop gras, ou encore faire du sport devrait normalement réduire les risques de présenter un syndrome métabolique.
- 
- Faire un test de dépistage chez les sujets (hémoglobine glyquée).
- Éviter les corticoïdes par voie générale.

# Référence

- 1-Annal de Dermato-Vénérologie :2003,130 :3S110-3S116.
- 2-Annale de Dermato-vénérologie :2006,113 :174-80 .
- 3-Forum Med Suisse :2006,6 :549-554.
- 4-Dermatologie et Vénérologie,JH Saurat, E.Grosshans ,P.Laugier , JM.Lachapelle ,Masson ,3 eme Edition ,1999.
- 5-Dermato Abrégés connaissance et pratique ,Masson 2000 .
- 6- Physiopathologie du psoriasis , Audrey Nosbum et Jeans .  
Français Nicolas , John Libbey Eurotext : 2009 Paris
- 7- Le Psoriasis en Médecine Générale , D.Bessis.P.Brun.J-J.  
Guilhou.M.Le Maitre ,J-P.Ortonne. Samuelson .
- 8- Site d'internet : [WWW.la conférence hippocrate.com](http://WWW.laconférencehippocrate.com).
- 9- PUB MED.