

PLAN

PLAN	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES GRAPHIQUES	7
LISTE DES TABLEAUX	8
INTRODUCTION	9
MATÉRIELS ET MÉTHODES	12
I. Présentation de l'étude	13
II. Méthode d'étude.....	13
III. Échantillon	13
1. Critères d'inclusion	13
2. Critères d'exclusion	14
IV. Mode de recueil des données	14
RÉSULTATS	16
I. Les données épidémiologiques.....	17
1. L'incidence annuelle	17
2. Répartition selon l'âge de survenue	18
3. Répartition selon le sexe	18
II. Les données de l'anamnèse.....	19
1. Répartition selon le motif de consultation.....	19
2. Répartition selon les ATCDs	19
3. Répartition selon l'âge de début du psoriasis.....	21
4. Répartition selon les facteurs déclenchants ou aggravants	22
5. Répartition selon le mode évolutif	23
6. Répartition selon la symptomatologie	24
7. Répartition selon le retentissement sur la qualité de vie.....	25
III. Les données de l'examen clinique	26
1. Répartition selon la lésion initiale	26
2. Répartition des patients selon la distribution des lésions au niveau palmoplantaire	35
3. Répartition selon le siège des lésions	40
4. Répartition selon la surface atteinte.....	46

5. Autres localisations associées du psoriasis	47
6. Répartition selon l'IMC et le tour de taille	50
7. Atteinte systémiques (articulaire, digestif)	51
IV. Les données paracliniques.....	52
1. Biologie	52
2. Anatomico-pathologie	52
3. Radiologie.....	52
V. Répartition selon les comorbidités.....	53
VI. Répartition selon la sévérité	53
VII. Les données thérapeutiques	54
1. Traitement reçu	54
2. Réponse au traitement	55
3. Évolution sous traitement.....	56
DISCUSSION.....	57
I. Epidémiologie	58
1. Incidence et prévalence	58
2. L'âge	62
3. Le sexe	65
II. Les données de l'anamnèse.....	68
1. Le motif de consultation	68
2. Les ATCDs personnels et familiaux.....	69
3. L'âge de début du psoriasis	73
4. Les facteurs aggravants ou déclenchants	74
5. La symptomatologie associée	78
6. Le retentissement sur la qualité de vie	82
III. Les données de l'examen clinique	85
1. La lésion initiale	85
2. La distribution des lésions au niveau palmoplantaire	87
3. Le siège des lésions	90
4. La surface atteinte par le psoriasis.....	91
5. Autres localisations associées du psoriasis	92
6. L'IMC et TT	96

7. Atteintes systémiques (articulaire, digestif).....	100
IV. Les données paracliniques	102
1. Bilan biologique	102
2. Données anatomo-pathologiques.....	105
3. Bilan radiologique	106
V. Les comorbidités.....	108
1. Rhumatisme.....	109
2. Le syndrome métabolique	110
3. Dépression.....	112
4. MICI.....	115
VI. La sévérité	118
VII. Les données thérapeutiques.....	121
LIMITES ET PERSPECTIVES.....	125
CONCLUSION	128
RESUMÉS	131
ANNEXES	142
BIBLIOGRAPHIE.....	147

LISTE DES ABRÉVIATIONS

PPP	: Psoriasis Palmoplantaire
PP	: Palmoplantaire
ES	: Erythémato-squameuse
HMMIM	: Hôpital Militaire Moulay Ismaïl de Meknès
IMC	: Indice de masse corporelle
TT	: Tour de taille
NFS	: Numération formule sanguine
CRP	: Protéine C-réactive
IDM	: Infarctus du myocarde
AVC	: Accident vasculaire cérébral
CV	: Cardiovasculaire
MC	: Maladie de Crohn
RCH	: Rectocolite hémorragique

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Plaques ES au niveau plantaire, avec extension vers le dos du pied	27
Figure 2. Plaque ES au niveau plantaire, avec des fissurations.....	28
Figure 3. Plaques ES diffuses au niveau plantaire, avec la présence d'une macule ES bien limitée en regard de la malléole interne.....	29
Figure 4. Lésions hyperkératosiques plantaires	30
Figure 5. Pustules hémorragiques situées au niveau de la voûte plantaire.....	31
Figure 6. Lésions ES palmaires bilatérales	32
Figure 7. Macules palmaires bilatérales érythémateuses et fissuraires	33
Figure 8. plaques ES palmaires bilatérales avec présence de pulpites.....	34
Figure 9. Hyperkératose plantaire bilatérale avec la présence des fissures	36
Figure 10. Plaques ES palmaires bilatérales	37
Figure 11. Psoriasis pustuleux palmoplantaire unilatéral gauche	38
Figure 12. Psoriasis PP unilatéral gauche (Lésions pustuleuses au niveau palmaire associées à une hyperkératose plantaire).....	39
Figure 13. Plaques palmaires ES et fissuraires localisées au niveau des zones de pression	42
Figure 14. Lésions palmaires hyperkératosiques et fissuraires, localisées au niveau des zones de pression.....	43
Figure 15. Lésions plantaires bilatérales hyperkératosiques et fissuraires prédominantes aux zones de pression	44
Figure 16. Lésions hyperkératosiques et fissuraires diffuses sur l'ensemble de la plante du pied gauche	45
Figure 17. Plaques palmaires ES et fissuraires unilatérales gauche associées à des plaques ES sur la jambes droite.....	48
Figure 18. Lésions plantaires hyperkératosiques associée à une plaque ES sur le dos du pied	49

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Répartition des patients étudiés selon les années	17
Graphique 2. Répartition des patients étudiés par tranches d'âge.....	18
Graphique 3. Répartition des patients étudiés selon le sexe	18
Graphique 4. : Répartition des patients selon la lésion initiale	19
Graphique 5. Répartition des patients selon l'âge de début de psoriasis	21
Graphique 6. Répartition des cas selon les facteurs déclenchants	22
Graphique 7. Répartition des patients selon le mode évolutif	23
Graphique 8. Répartition des cas selon les signes associées.....	24
Graphique 9. Répartition des cas selon le retentissement sur la qualité de vie	25
Graphique 10. Répartition des cas selon la lésion initiale	26
Graphique 11. Répartition des cas selon la distribution des lésions au niveau palmoplantaire.....	35
Graphique 12. Répartition des cas selon Le siège des lésions	41
Graphique 13. Répartition des cas selon la surface atteinte	46
Graphique 14. Autres localisations associées du psoriasis.....	47
Graphique 15. Répartition selon l'IMC et le tour de taille	50
Graphique 16. Répartition des cas selon la sévérité.....	53
Graphique 17. Répartition des cas selon le traitement reçu	54
Graphique 18. Réponse au traitement reçu	55
Graphique 19. Évolution sous traitement	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des cas selon les ATCDs.....	20
Tableau 2. Répartition des patients selon les comorbidités.....	53
Tableau 3. Prévalence de l'atteinte PP dans le psoriasis : comparaison entre notre série et les données de la littérature.....	61
Tableau 4. L'âge de survenue de PPP selon différentes études	64
Tableau 5. Comparaison de la prédominance de sexe entre différentes études	67
Tableau 6. Comparaison selon le motif de consultation entre différentes études	69
Tableau 7. Comparaison des ATCDs familiaux selon différentes études.....	72
Tableau 8. Comparaison des ATCDs personnels selon différentes études	73
Tableau 9. Répartition des patients selon l'âge de début du PPP dans différentes études	74
Tableau 10. Comparaison entre différentes études sur les facteurs déclenchants du psoriasis PP.....	77
Tableau 11. la prévalence des symptômes associés aux psoriasis selon différentes études	81
Tableau 12. Comparaison de la lésion initiale du PPP selon différentes études	86
Tableau 13. Comparaison de la distribution des lésions au niveau PP entre différentes études	89
Tableau 14. Le siège le plus fréquent des lésions selon différentes séries.....	91
Tableau 15. Comparaison selon les autres localisations associées du psoriasis dans différentes études.....	95
Tableau 16. Atteinte articulaire des patients atteints de PPP selon différentes études	101
Tableau 17. Comparaison de la sévérité du psoriasis PP selon les différentes séries.....	120

INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose ES chronique imprévisible et incurable, qui se caractérise par une prolifération des cellules épidermiques associée à des anomalies de leur différenciation et un état cutané inflammatoire. Il s'agit d'une maladie dermatologique majeure à expression principalement cutanée et articulaire, impliquant des facteurs génétiques et environnementaux et pouvant altérer considérablement la qualité de vie des patients.

Le diagnostic du psoriasis repose principalement sur l'examen clinique, et bien que l'histologie puisse parfois être utile, elle n'est pas systématiquement nécessaire et elle n'est pas toujours concluante. Les tests biologiques ne sont pas essentiels pour poser le diagnostic, mais ils sont parfois indispensables pour la mise en route de certaines thérapeutiques.

Bien que les avancées récentes aient permis des progrès significatifs dans sa prise en charge, aucun traitement ne permet une guérison définitive du psoriasis. L'objectif thérapeutique est d'espacer les poussées, et de réduire les lésions jusqu'à un seuil tolérable pour le patient. Par ailleurs, une prise en charge psychosociale contribue à améliorer sa qualité de vie.

Le psoriasis peut apparaître sur différentes parties du corps, notamment les coudes, les genoux, le cuir chevelu et la région lombosacrée. Il peut aussi toucher les ongles, les plis cutanés, les paumes, les plantes des pieds et plus rarement le visage. Dans certains cas, il s'étend largement, comme dans le psoriasis érythrodermique.

Cette affection est généralement bénigne et évolue par poussées avec des périodes de rémission. Cependant, certaines formes graves peuvent avoir un impact fonctionnel et social important, soit en compliquant un psoriasis

classique, ou en apparaissant d'emblée. Parmi elles, les formes érythrodermique, pustuleuse, arthropathique et les psoriasis généralisés résistants aux traitements, ces formes nécessitent souvent une hospitalisation.

Le psoriasis PP est une forme rare et mal définie, dont le diagnostic peut être difficile, surtout en cas d'atteinte isolée. Il provoque des lésions épaisses, sèches, fissurées et parfois douloureuses, entraînant ainsi un handicap physique et psychique important en raison de son impact esthétique et fonctionnel. Il répond souvent moins bien aux traitements conventionnels, nécessitant parfois des thérapeutiques systémiques ou encore des thérapies photodynamiques (comme la PUVAthérapie). Des facteurs comme le tabac, les traumatismes locaux et les irritants chimiques aggravent les symptômes, rendant la prévention essentielle.

Le psoriasis est l'une des affections cutanées les plus courantes, affectant environ 2 à 3 % de la population mondiale et représente une partie importante des consultations en dermatologie. Le psoriasis PP représenterait 3 à 4% de l'ensemble des cas de psoriasis.

Le but de notre travail est d'évaluer le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif ainsi que le retentissement socioprofessionnel de la localisation PP du psoriasis, à travers l'analyse rétrospective de 49 cas de psoriasis PP, recensés dans le service de dermatologie de l'hôpital militaire de Meknès.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique colligeant tous les patients suivis au service de dermatologie de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès, pour une localisation PP du psoriasis, durant la période comprise entre le 1er janvier 2022 et 31 décembre 2024.

II. Méthode d'étude

Notre étude s'articule principalement sur une fiche d'exploitation qui a permis le recueil de données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et évolutives, afin de pouvoir comparer nos résultats à la lumière des données de la littérature.

III. Échantillon

1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les patients atteints par le psoriasis PP qui ont été hospitalisés ou suivis en consultation au service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, et dont le diagnostic de psoriasis PP a été posé devant:

- Des arguments épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs.
- Une biopsie cutanée chez les patients ayant une atteinte PP isolée ou associée à une autre atteinte non pathognomonique du psoriasis.

Ceci nous a permis de définir de manière plus précise le psoriasis PP et d'éviter la confusion avec d'autres dermatoses.

2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude :

- Tous les patients chez qui le diagnostic était incertain comme le chevauchement psoriasis-eczéma.
- Les patients dont les dossiers cliniques ne contenaient pas toutes les informations nécessaires à l'étude.

IV. Mode de recueil des données

Les données ont été collectées à partir des dossiers hospitaliers pour les patients hospitalisés et des fiches archivées pour ceux traités en ambulatoire, puis consignées sur une fiche d'exploitation préétablie.

Pour chaque dossier exploité, nous avons principalement relevé les renseignements suivants :

❖ Les données épidémiologiques :

- L'âge
- Le sexe
- Origine géographique
- La profession
- Niveau socioéconomique

❖ Les données de l'anamnèse :

- Les antécédents personnels et comorbidité
- Les antécédents familiaux
- Age de début du psoriasis
- Facteurs déclenchants

- Symptomatologie associée
- Retentissement sur la qualité de vie
- ❖ Les données cliniques :
 - L'état général
 - L'aspect clinique
 - Les localisations des lésions
 - Surface atteinte
 - Atteintes associées
 - Sévérité
- ❖ Les données paracliniques :
 - Biologiques
 - Anatomico-pathologiques
 - Radiologiques
- ❖ Le traitement :
 - Traitement prescrit et la durée
- ❖ L'évolution:
 - Réponse au traitement
 - Rechute de traitement

La saisie, l'analyse des données et les graphiques sont réalisées à l'aide de Microsoft office Excel. Les variables de distribution qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage, et les variables quantitatives sont exprimées en moyenne.

RÉSULTATS

I. Les données épidémiologiques

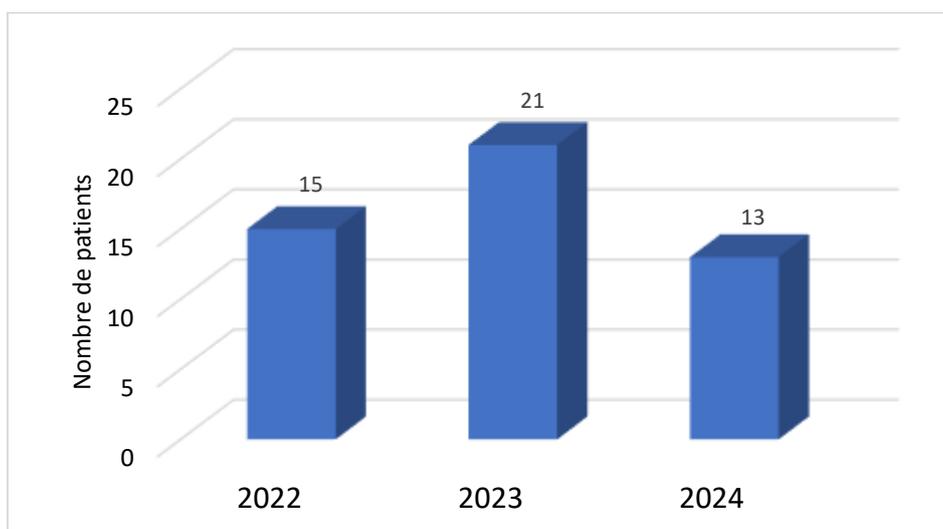
1. L'incidence annuelle :

Sur une période de trois ans, allant de janvier 2022 à décembre 2024, 49 cas de psoriasis PP ont été pris en charge au service de dermatologie de HMMIM, dont 40 en consultation ambulatoire et 9 en hospitalisation pour un psoriasis généralisé avec atteinte PP.

Nombre total des psoriasiques : 125 cas

Pourcentage de l'atteinte PP chez tous les psoriasiques : 39%

Le nombre moyen des consultants pour psoriasis PP à l'hôpital était de 16,3 malade / an.

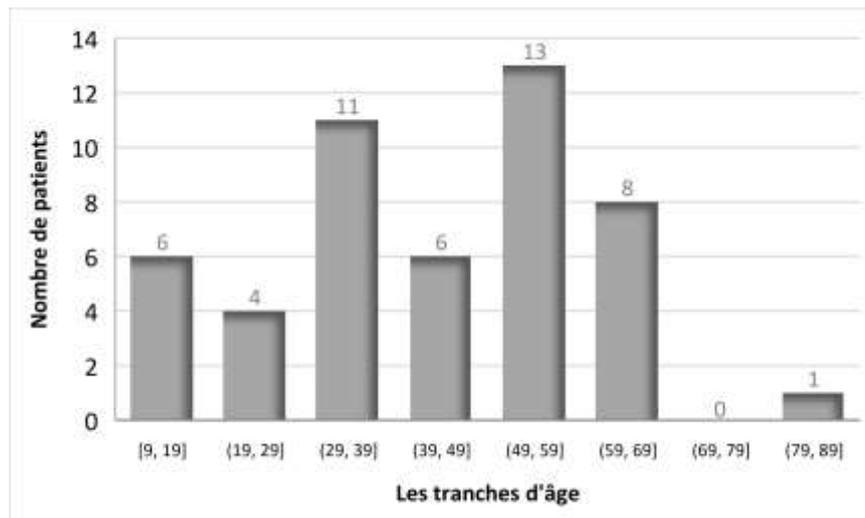


Graphique 1. Répartition des patients étudiés selon les années

2. Répartition selon l'âge de survenue :

La moyenne d'âge dans notre population était de 43,8 ans, avec des extrêmes allant de 9 à 80 ans.

Selon nos données, Le graphique révèle deux pics de fréquence, l'un entre 29 et 39 ans (22% des cas), et l'autre entre 49 et 59 ans (26.5% des cas).

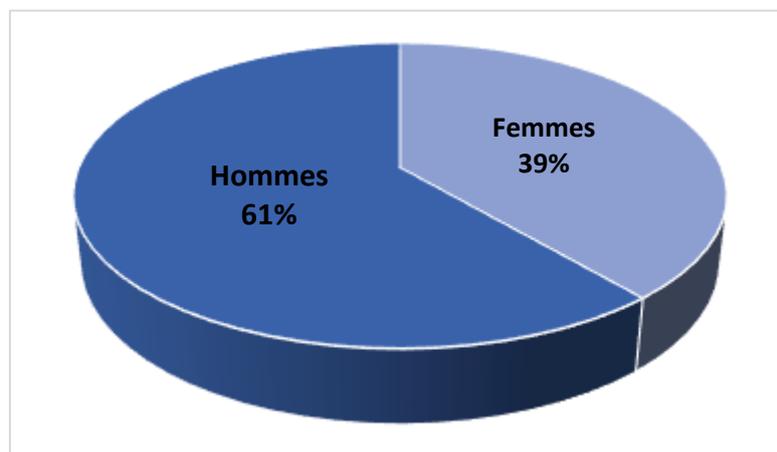


Graphique 2. Répartition des patients étudiés par tranches d'âge

3. Répartition selon le sexe :

La répartition en fonction du sexe de notre série comportait 30 hommes soit 61 % des cas et 19 femmes soit 39 % des cas.

Le sexe-ratio était de 1,57.

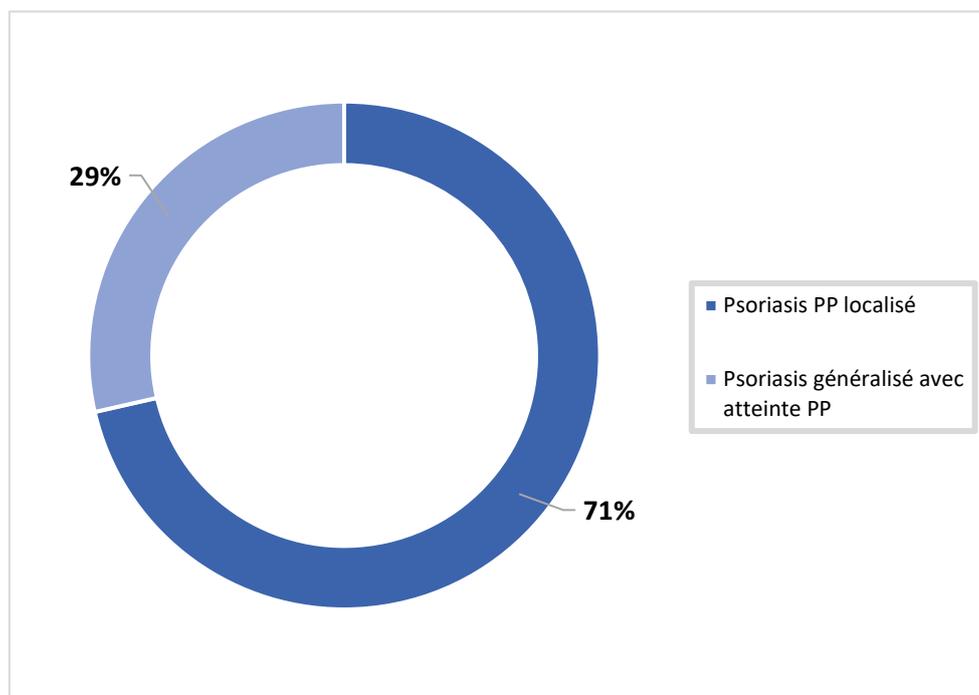


Graphique 3. Répartition des patients étudiés selon le sexe

II. Les données de l'anamnèse

1. Répartition selon le motif de consultation :

Dans notre série, l'atteinte PP localisé constituait le principal motif de consultation chez 35 patients (soit 71 % des cas), tandis que 14 patients présentaient un psoriasis généralisé d'emblée avec atteinte PP (soit 29 % des cas).



Graphique 4. : Répartition des patients selon la lésion initiale

2. Répartition selon les ATCDs :

Les antécédents personnels étaient présents chez 28 patients (57% des cas), tandis qu'ils étaient absents chez 21 patients (43% des cas).

La notion du tabagisme a été retrouvée chez 7 patients (14% des cas).

L'histoire familiale a été absente chez 44 patients (90% des cas), et présente chez 5 patients (10% des cas).

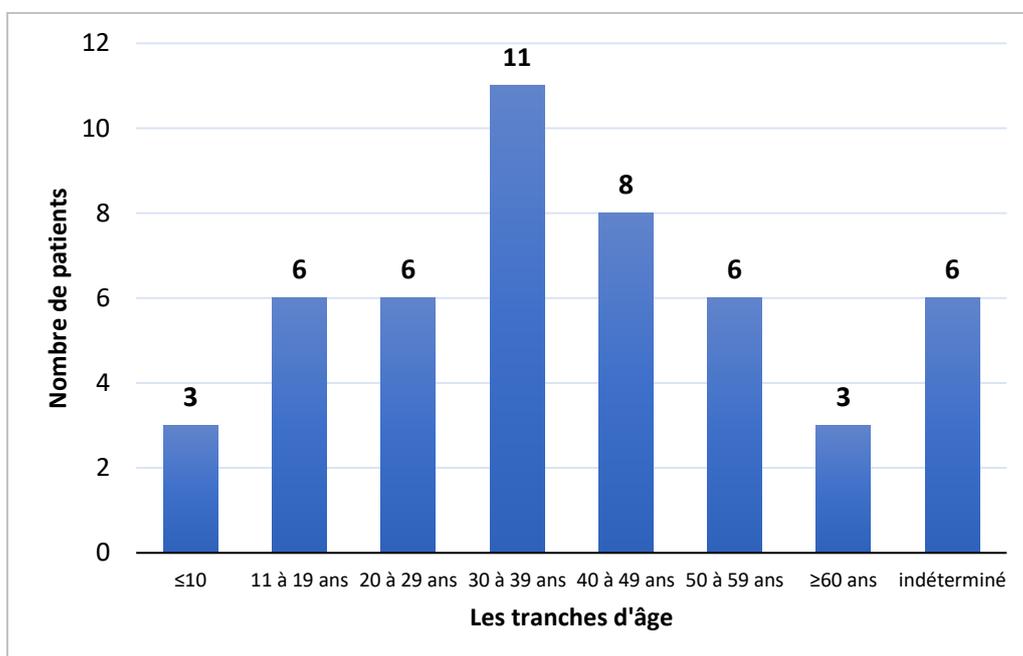
Tableau 1. Répartition des cas selon les ATCDs

Les ATCDs personnels :		
Les ATCDs médicaux :	Nombre de patients :	Pourcentage :
Diabétique	4	8%
HTA	1	2%
Épilepsie	1	2%
Béta-thalassémie hétérozygote	1	2%
Syndrome myélodysplasique	1	2%
Tuberculose pulmonaire traitée	1	2%
Les ATCDs chirurgicaux :		
Hernie discale	1	2%
Kyste ovarien	1	2%
Kyste hydatique pulmonaire	1	2%
Les ATCDs toxiques :		
Tabac	7	14%
Les ATCDs familiaux :		
psoriasis chez le père et la fratrie	1	2%
eczéma	1	2%
diabète	2	4%
dyslipidémie	1	2%

3. Répartition selon l'âge de début du psoriasis :

L'analyse de la répartition des âges de début du psoriasis PP dans notre série révèle une prédominance de la tranche d'âge de 30 à 39 ans, représentant 22 % des cas (n = 11), suivie par la tranche de 40 à 49 ans, qui représente 16% des cas (n = 8).

L'âge moyen de début de la maladie est de 35,4 ans.

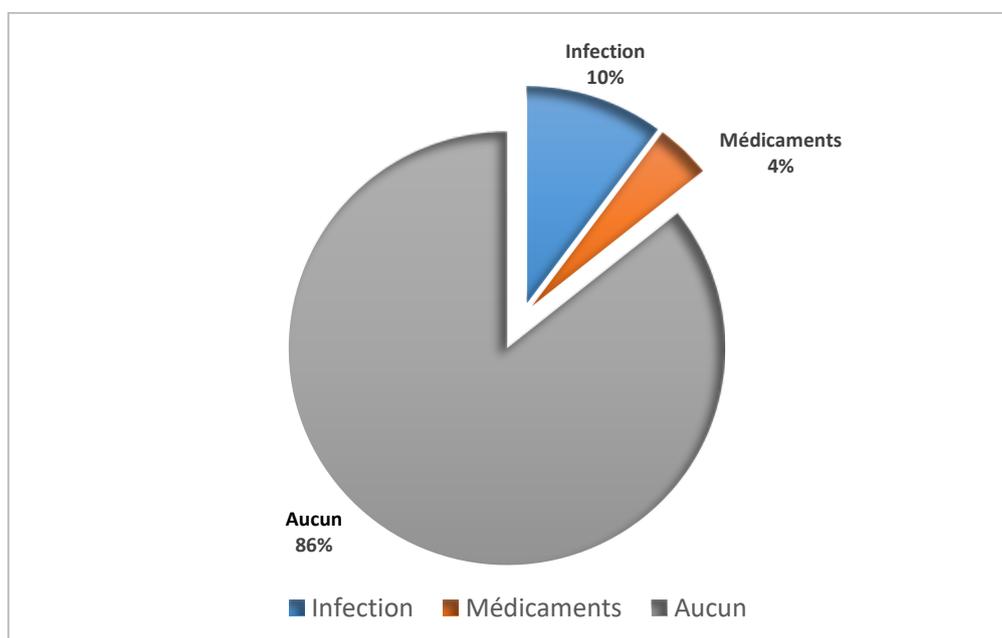


Graphique 5. Répartition des patients selon l'âge de début de psoriasis

4. Répartition selon les facteurs déclenchants ou aggravants :

Dans notre série, l'infection a été identifiée comme facteur déclenchant chez 5 patients (soit 10 % des cas), tandis que les médicaments ont été impliqués chez 2 patients (soit 4 % des cas).

Toutefois, aucun facteur déclenchant n'a été retrouvé chez 42 patients (soit 86 % des cas).

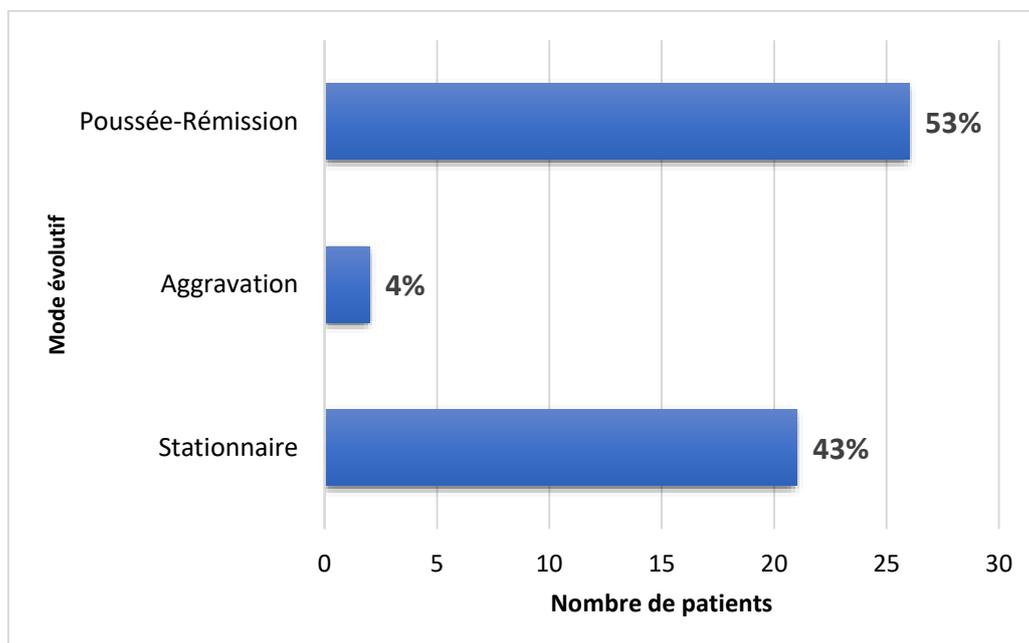


Graphique 6. Répartition des cas selon les facteurs déclenchants

5. Répartition selon le mode évolutif :

Au sein de notre série, l'évolution de la maladie était caractérisée par :

- Des poussées et des rémissions chez 26 patients (soit 53% des cas)
- Un caractère stationnaire chez 21 patients (soit 43% des cas)
- Une aggravation chez 2 patients (soit 4% des cas)

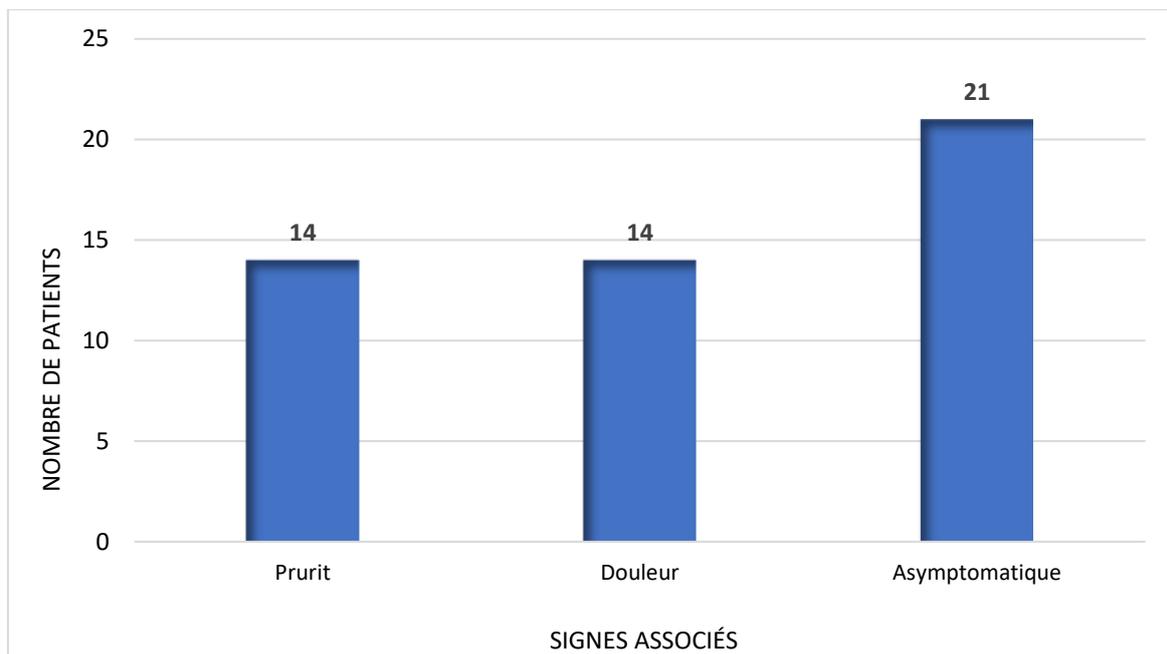


Graphique 7. Répartition des patients selon le mode évolutif

6. Répartition selon la symptomatologie :

Dans notre étude, 28 patients (57%) présentaient un psoriasis PP symptomatique. Parmi ceux-ci, 14 patients (28,5%) ont signalé des démangeaisons, tandis que 14 autres (28,5 %) ont évoqué des douleurs.

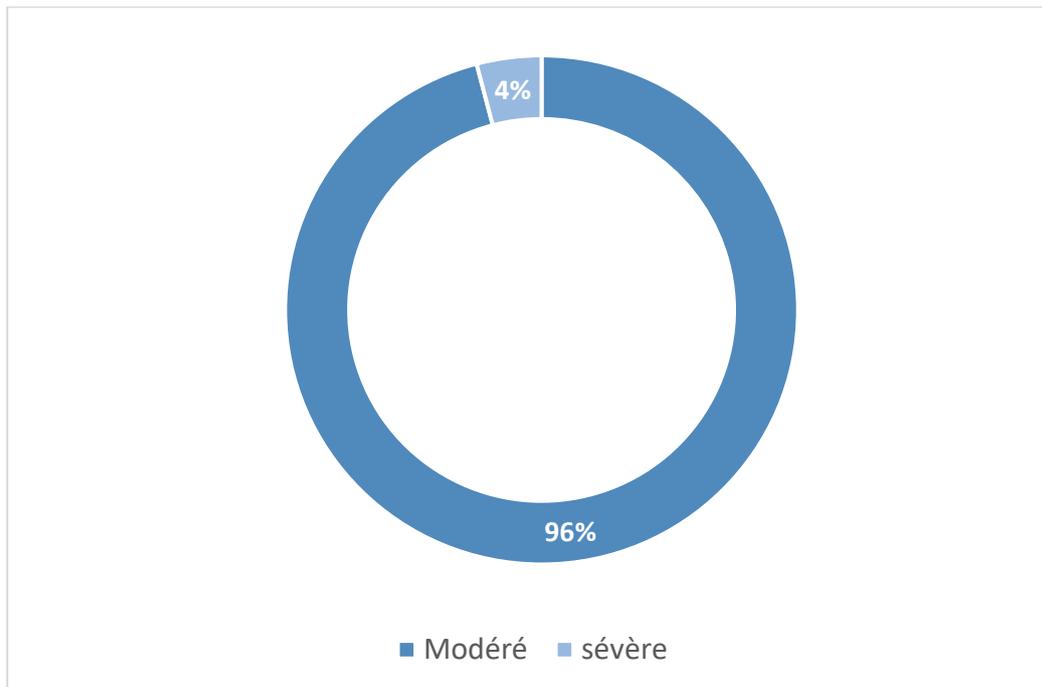
En revanche, 21 patients (43 %) étaient asymptomatiques.



Graphique 8. Répartition des cas selon les signes associées

7. Répartition selon le retentissement sur la qualité de vie :

La quasi-totalité de nos patients présentait un retentissement modéré sur la qualité de vie, soit 47 patients (96% des cas), tandis que 2 patients ont montré un retentissement sévère (4% des cas).



Graphique 9. Répartition des cas selon le retentissement sur la qualité de vie

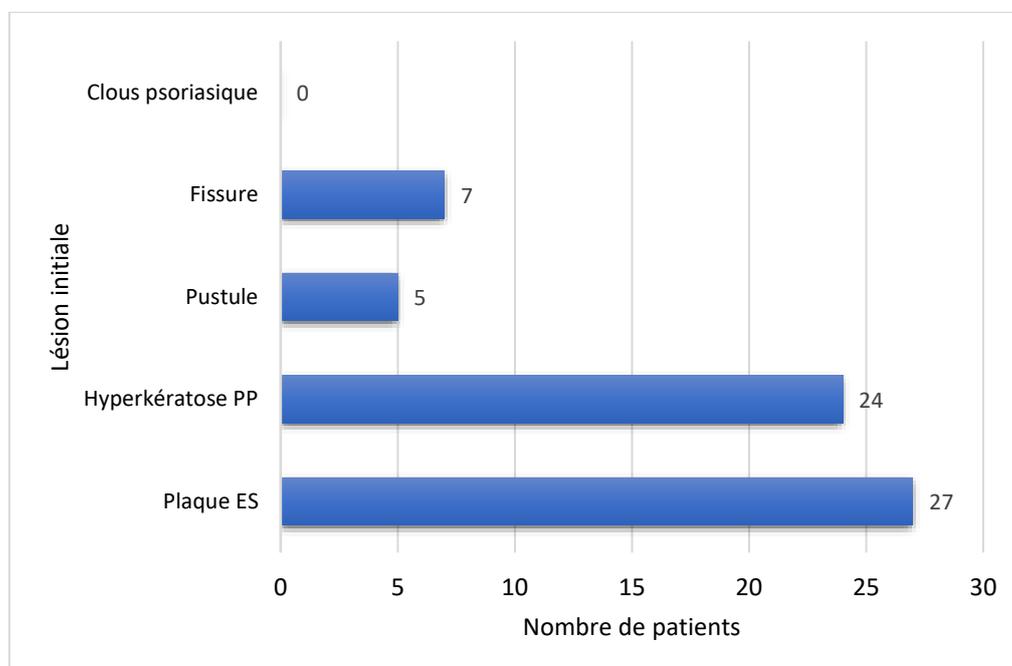
III. Les données de l'examen clinique

1. Répartition selon la lésion initiale :

Les formes cliniques observées dans notre étude se répartissent comme suit :

- Plaques ES chez 27 patients (soit 43% des cas)
- Hyperkératose PP chez 24 patients (soit 38% des cas)
- Pustules chez 5 patients (soit 8% des cas)
- Fissures chez 7 patients (soit 11% des cas)
- Aucun cas de clous psoriasiques n'a été recensé

Toutefois, plusieurs associations ont été observées, la plus fréquente étant celle des plaques ES avec l'hyperkératose PP chez 8 patients (16% des cas).



Graphique 10. Répartition des cas selon la lésion initiale



Figure 1. Plaques ES au niveau plantaire, avec extension vers le dos du pied

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 2. Plaque ES au niveau plantaire, avec des fissurations

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 3. Plaques ES diffuses au niveau plantaire, avec la présence d'une macule ES bien limitée en regard de la malléole interne

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 4. Lésions hyperkératosiques plantaires

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 5. Pustules hémorragiques situées au niveau de la voûte plantaire

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 6. Lésions ES palmaires bilatérales

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 7. Macules palmaires bilatérales érythémateuses et fissuraires

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 8. plaques ES palmaires bilatérales avec présence de pulpites

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

2. Répartition des patients selon la distribution des lésions au niveau palmoplantaire :

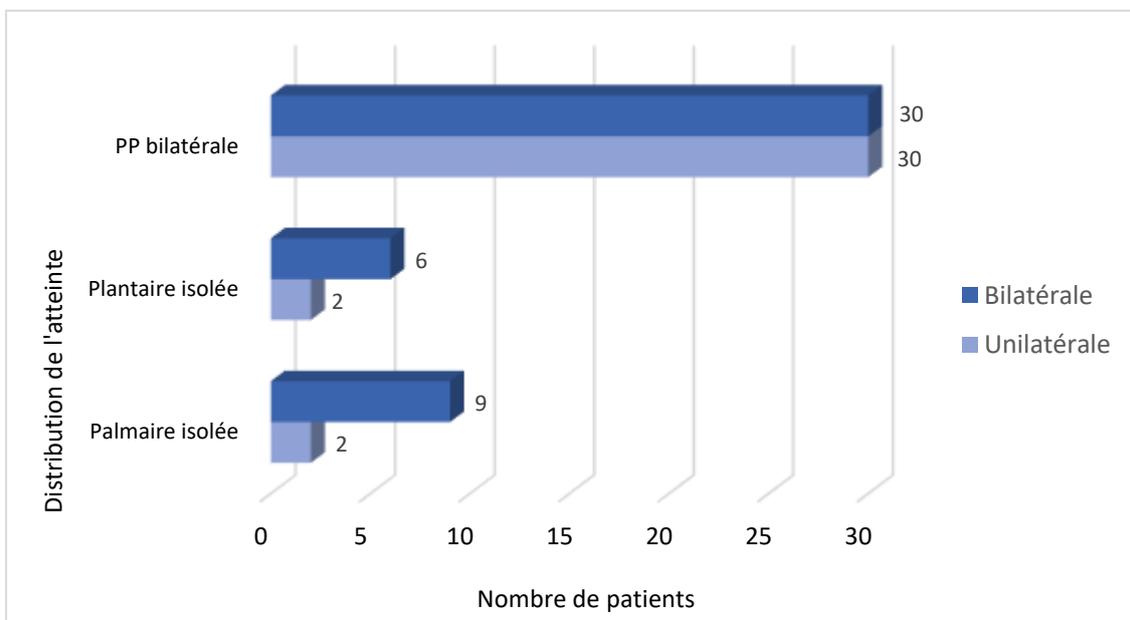
Dans notre série, l'atteinte PP bilatérale a été observée chez 30 patients (61 % des cas).

L'atteinte plantaire sans atteinte palmaire a été présente chez 8 patients (16% des cas) :

- 2 cas unilatéraux (soit 4%)
- 6 cas bilatéraux (soit 12%)

La localisation palmaire sans atteinte plantaire a été observée chez 11 patients (23% des cas) :

- 2 cas unilatéraux (soit 4%)
- 9 cas bilatéraux (soit 19%)



Graphique 11. Répartition des cas selon la distribution des lésions au niveau palmoplantaire.



Figure 9. Hyperkératose plantaire bilatérale avec la présence des fissures

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 10. Plaques ES palmaires bilatérales

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 11. Psoriasis pustuleux palmoplantaire unilatéral gauche

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 12. Psoriasis PP unilatéral gauche (Lésions pustuleuses au niveau palmaire associées à une hyperkératose plantaire)

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

3. Répartition selon le siège des lésions :

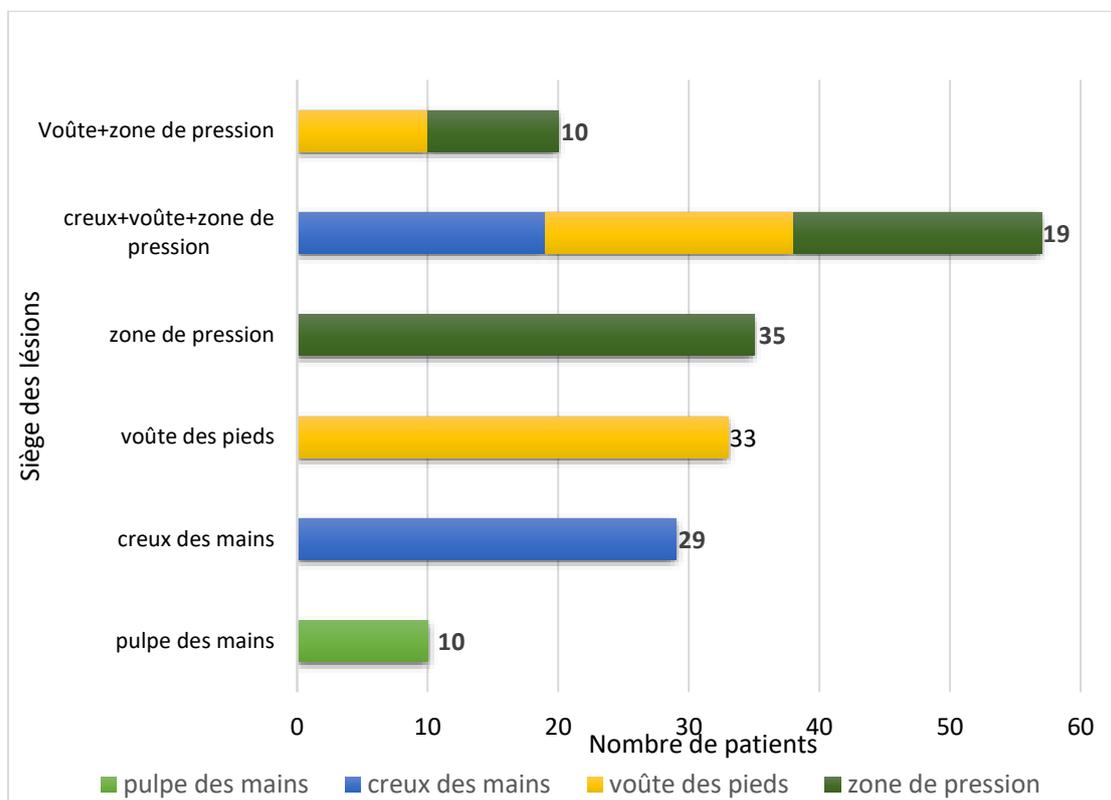
L'analyse de la distribution des lésions chez les patients étudiés a mis en évidence une atteinte prédominante de certaines régions anatomiques :

- Pulpe : 10 cas (soit 9%)
- Creux : 29 cas (soit 27%)
- Voûte : 33 cas (soit 31%)
- Zone de pression : 35 cas (soit 33%)

Les associations de sièges étaient fréquentes, observés chez 39 patients (80% des cas) :

- La combinaison la plus courante était l'association de l'atteinte des creux des mains + la voûte plantaire + les zones de pression, observée chez 19 patients (39 %).
- Suivie par l'association de l'atteinte de la voûte plantaire + les zones de pression, retrouvée chez 10 patients (20% des cas).

Ces données mettent en évidence la variabilité des localisations lésionnelles, avec une prépondérance des atteintes associant plusieurs sièges, en particulier les zones de pression.



Graphique 12. Répartition des cas selon Le siège des lésions



Figure 13. Plaques palmaires ES et fissuraires localisées au niveau des zones de pression

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 14. Lésions palmaires hyperkératosiques et fissuraires, localisées au niveau des zones de pression

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 15. Lésions plantaires bilatérales hyperkératosiques et fissuraires prédominantes aux zones de pression

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 16. Lésions hyperkératosiques et fissuraires diffuses sur l'ensemble de la plante du pied gauche

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

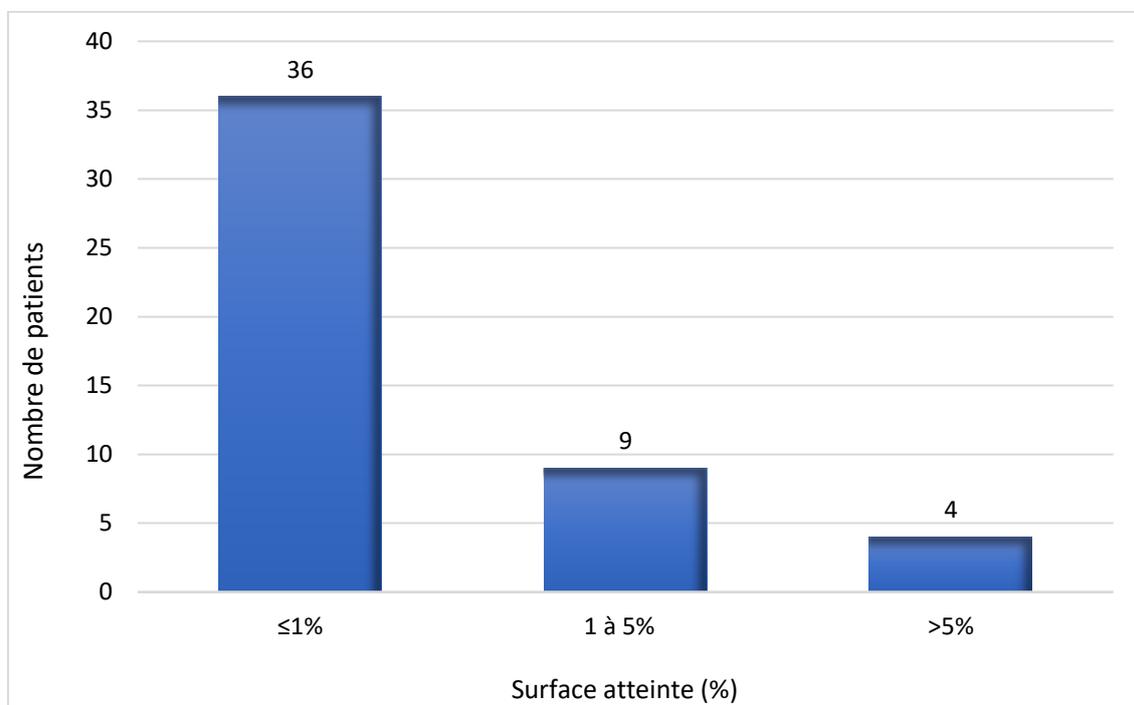
4. Répartition selon la surface atteinte :

Dans notre étude, l'analyse de la surface corporelle atteinte a montré une prédominance des formes limitées, avec une atteinte de 1 % de la surface corporelle chez 36 patients (73% des cas), représentant la majorité des cas.

Une atteinte de 1% à 5% de la surface corporelle a été observée chez 9 patients (soit 19% des cas).

Une atteinte de 5% à 70% de la surface corporelle a été observé chez 4 patients (soit 8% des cas).

Ces résultats mettent en évidence une distribution majoritairement localisée des lésions, bien que certaines formes plus étendues existent, soulignant l'hétérogénéité des atteintes dans notre population étudiée.



Graphique 13. Répartition des cas selon la surface atteinte

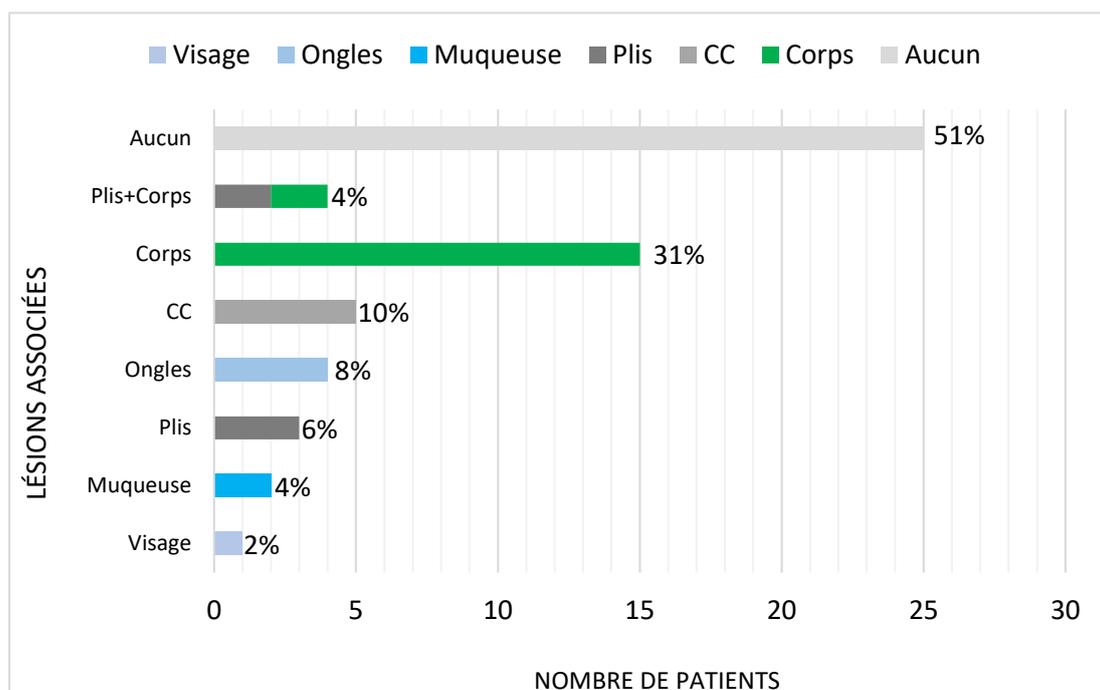
5. Autres localisations associées du psoriasis :

Dans notre série, la majorité des patients (25 cas, soit 51%) ne présentait aucune autre localisation associée.

Une atteinte supplémentaire était présente chez 24 patients (soit 49% des cas), elle concernait :

- Le plus souvent le corps (15 patients, soit 31% des cas)
- Le cuir chevelu (5 patients, soit 10% des cas)
- Les ongles (4 patients, soit 8% des cas)
- Les plis (3 patients, soit 6% des cas)
- Les muqueuses (2 patients, soit 4% des cas)
- Le visage (1 patients, soit 2% des cas)

Certaines formes associées étaient également rapportées, notamment l'atteinte simultanée des plis et du corps chez 2 patients (soit 4% des cas).



Graphique 14. Autres localisations associées du psoriasis



Figure 17. Plaques palmaires ES et fissuraires unilatérales gauche associées à des plaques ES sur la jambes droite

(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)



Figure 18. Lésions plantaires hyperkératosiques associée à une plaque ES sur le dos du pied

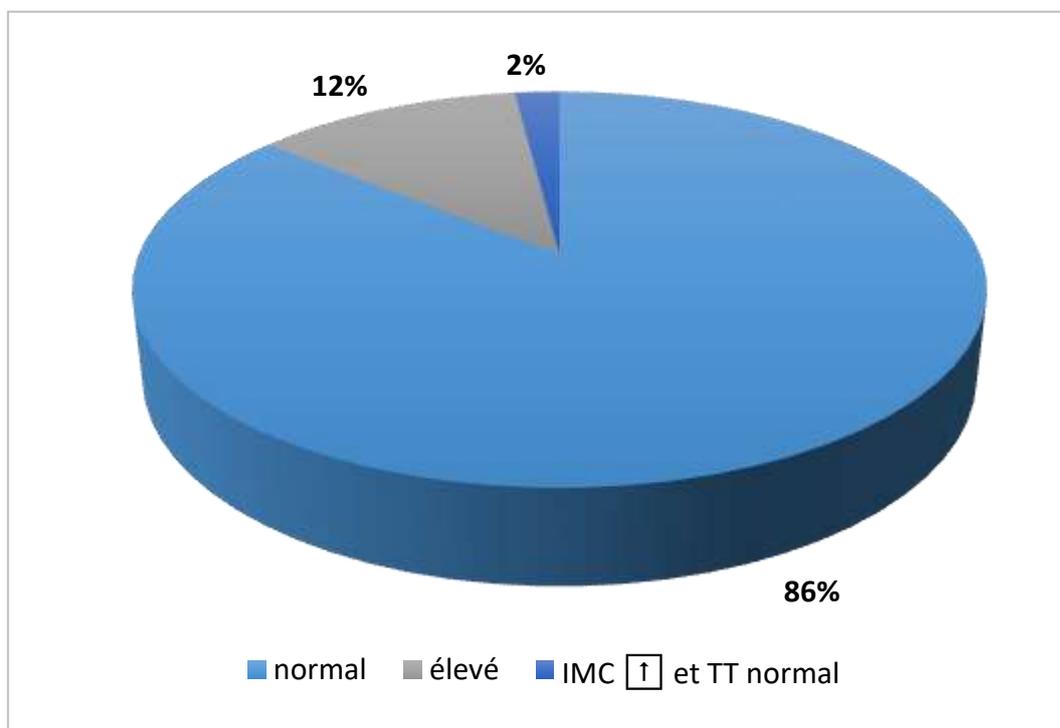
(Collection du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès)

6. Répartition selon l'IMC et le tour de taille :

Parmi les patients étudiés 42 patients présentaient un IMC et un tour de taille dans les normes (86 % des cas).

Une augmentation conjointe de l'IMC et du tour de taille a été observée chez 6 patients (12% des cas).

Par ailleurs, 1 patient avait un IMC de 22 avec un tour de taille normal (2% des cas).



Graphique 15. Répartition selon l'IMC et le tour de taille

7. Atteinte systémiques (articulaire, digestif) :

Dans notre série, l'atteinte articulaire a été rapportée chez 5 patients (10% des cas). Parmi eux :

- Un patient présentait des gonalgies mécaniques
- Un patient souffrait de rachialgies associées à une sacro-iléite
- Un patient avait des talalgies accompagnées de polyarthralgies inflammatoires
- Un patient souffrait de lombosciatalgies hyperalgiques,
- Un patient présentait des polyarthralgies.

IV. Les données paracliniques

1. Biologie :

La mesure de la CRP a été effectuée chez l'ensemble de nos patients. Les résultats étaient normaux pour 47 patients (96% des cas), tandis que 2 patients présentaient une CRP légèrement élevée (soit 4%).

En ce qui concerne la calcémie, elle a été réalisée chez 17 patients (soit 35% des cas), et tous les résultats sont revenus normaux.

La NFS, le bilan hépatique, le bilan rénal, l'ionogramme sanguin, le bilan lipidique, la protéinémie, la protéinurie totale, ainsi que les sérologies de l'hépatite B et C, du VIH et de la syphilis ont été réalisés chez 9 patients (soit 18% des cas), et tous les résultats sont revenus normaux.

Les tests ASLO et le bilan thyroïdien ont été réalisés chez un seul patient, et les résultats sont revenus normaux.

2. Anatomo-pathologie :

La biopsie palmaire ou plantaire a été réalisée chez 3 patients (6% des cas), et les résultats histologiques ont révélé des lésions caractéristiques du psoriasis.

3. Radiologie :

Deux patients ont bénéficié d'un bilan radiologique :

- Le premier a eu une radiographie du bassin, qui a révélé une sacro-iléite de stade III bilatérale, ainsi qu'une radiographie des mains montrant des géodes marginales et une périostite.
- Le second patient a eu une radiographie des pieds, dont les résultats étaient normaux.

V. Répartition selon les comorbidités

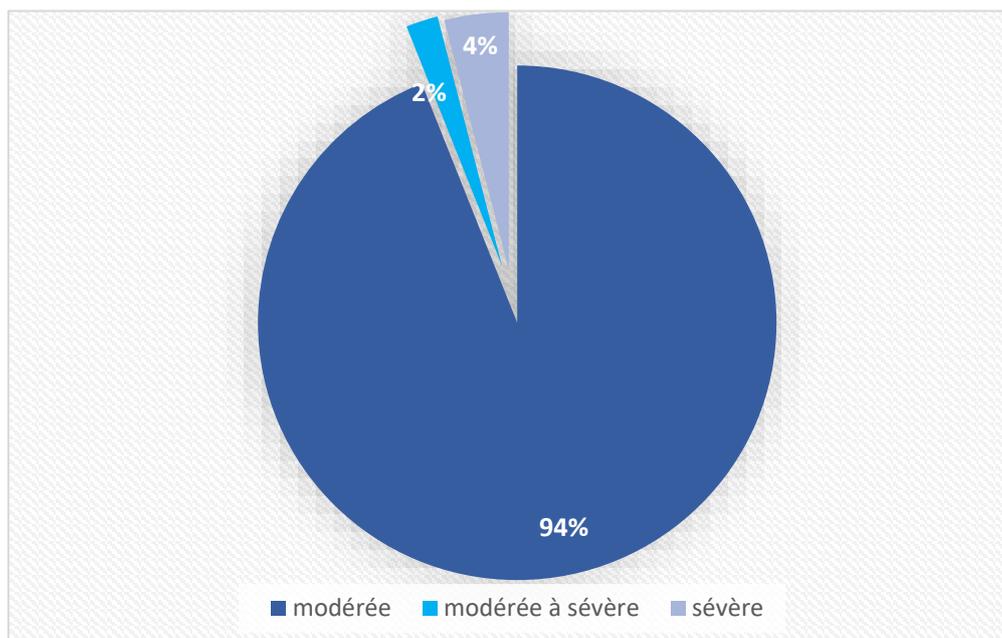
Dans notre série, les comorbidités étaient présentes chez 19 patients, soit 38 % des cas, et se répartissaient comme suit :

Tableau 2. Répartition des patients selon les comorbidités

Les comorbidités :	Nombre de patients :	Pourcentages :
le rhumatisme	8	16%
le syndrome métabolique	5	10%
la dépression	4	8%
MICI	2	4%

VI. Répartition selon la sévérité

Concernant la sévérité, 46 patients ont été classés comme modérés (94% des cas), 1 patient a été évalué comme présentant une sévérité modérée à sévère (2% des cas), et 2 patients ont été jugés sévères (4% des cas).



Graphique 16. Répartition des cas selon la sévérité

VII. Les données thérapeutiques :

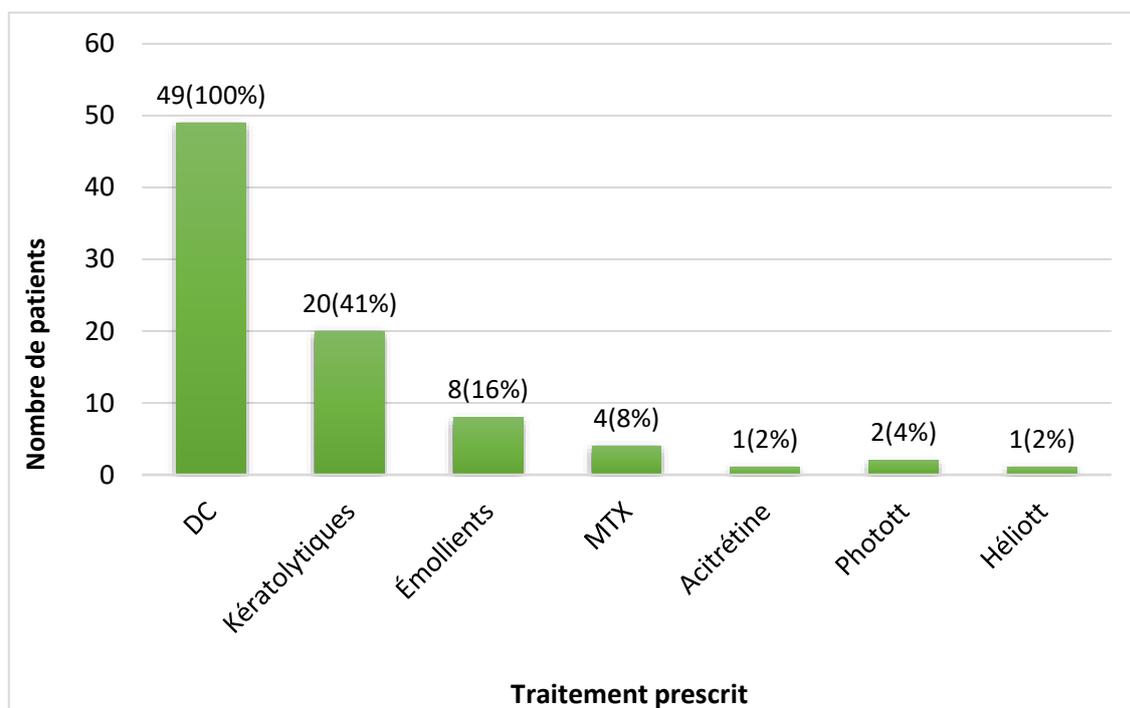
1. Traitement reçu :

Dans notre étude, tous les patients ont bénéficié d'un traitement local :

- Dermocorticoïdes : 49 patients, soit 100% des cas
- Kératolytiques : 20 patients, soit 41% des cas
- Émoullients : 8 cas, soit 16% des cas

7 patients ont reçu un traitement systémique (14% des cas), à savoir :

- Méthotrexate : 4 patients, soit 8% des cas
- Acitrétine : 1 patient, soit 2% des cas
- Photothérapie : 2 patient, soit 4% des cas
- Héliothérapie : 1 patient, soit 2% des cas

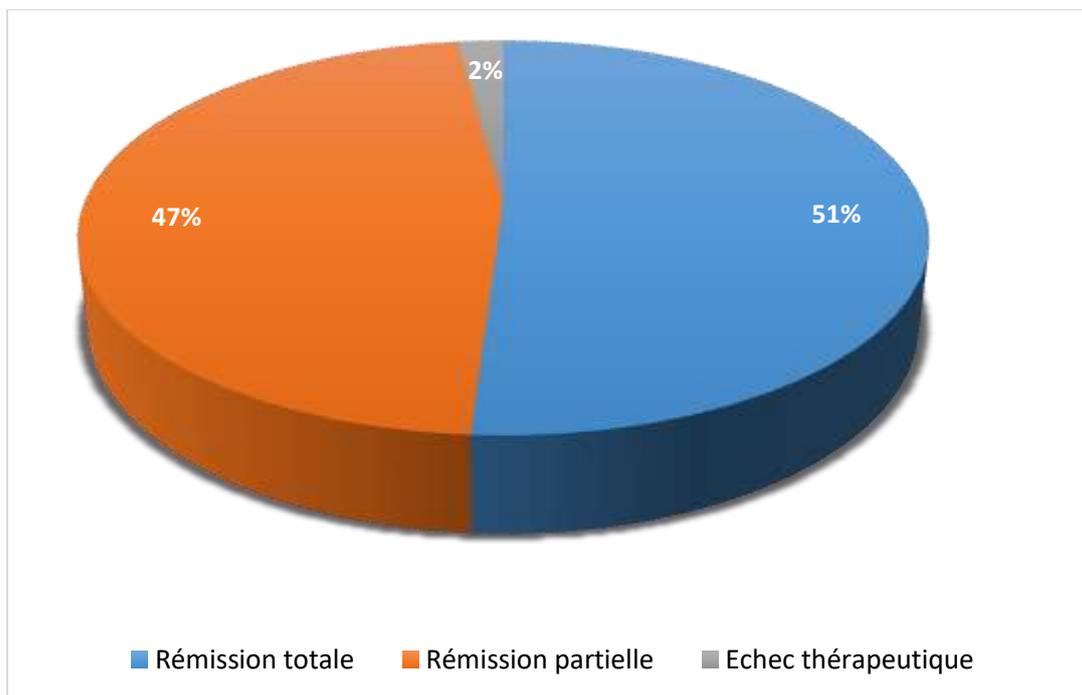


Graphique 17. Répartition des cas selon le traitement reçu

2. Réponse au traitement :

Au sein de notre série, la rémission a été obtenue en moins de 30 jours chez 48 patients (98% des cas), dont 25 ont connu une rémission complète (51% des cas) et 23 une rémission partielle (47% des cas).

Un patient a cependant présenté un échec thérapeutique (2% des cas).



Graphique 18. Réponse au traitement reçu

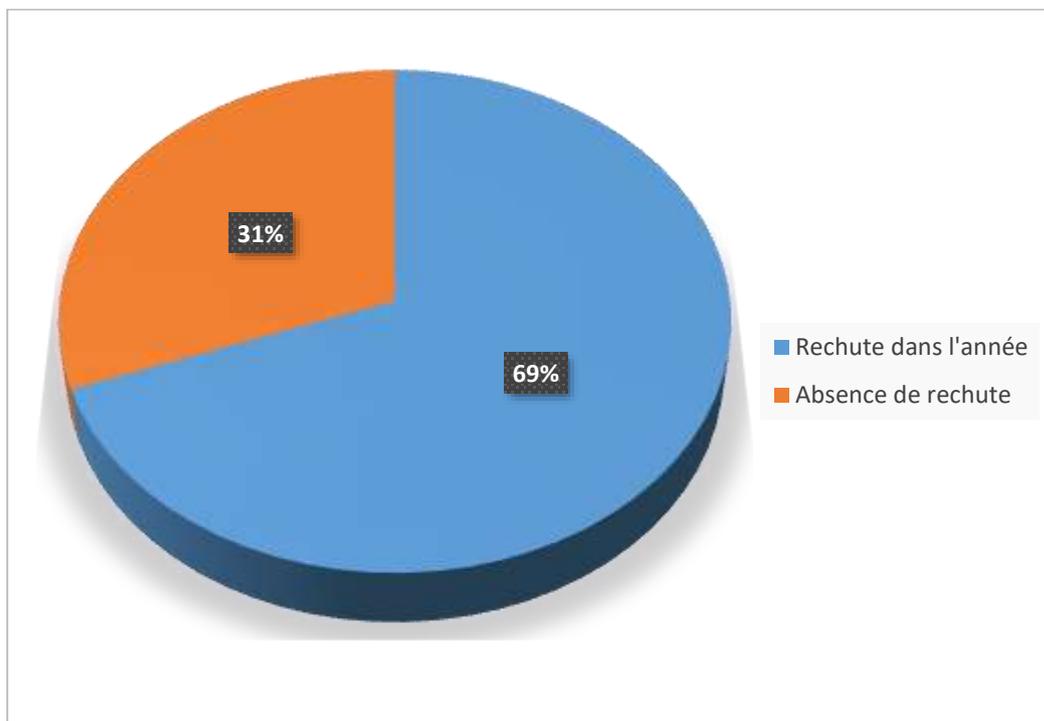
3. Évolution sous traitement :

Les rechutes ont été observées chez 34 patients (69% des cas) tandis que 15 patients n'ont pas présenté de rechute (31% des cas).

Les rechutes présentaient une sévérité identique chez 47 patients (96% des cas), tandis qu'elles étaient plus sévères chez 1 patient (soit 2% des cas) et moins sévères chez 1 autre (soit 2% des cas).

La reprise du traitement a concerné la totalité des patients (soit 100% des cas).

Le protocole suivi après la rechute est resté inchangé chez 43 patients (soit 88% des cas), tandis qu'un traitement systémique a été ajouté chez 6 patients (soit 12% des cas), incluant le méthotrexate chez 5 patients (10% des cas) et un rétinoïde chez 1 patient (2% des cas).



Graphique 19. Évolution sous traitement

DISCUSSION

I. Epidémiologie

1. Incidence et prévalence :

Bien que le psoriasis PP soit une forme particulièrement invalidante de la maladie, les études spécifiques à cette variante restent limitées. Les données disponibles proviennent majoritairement d'études portant sur le psoriasis en général, ce qui restreint la précision des informations épidémiologiques et cliniques le concernant.

Dans la littérature, l'implication des paumes et des plantes a été observée chez 2,8 % à 40,9 % des patients souffrant de psoriasis, selon plusieurs études (7).

Une vaste étude a été menée pour évaluer la prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale, englobant 24 études réalisées dans 13 pays différents (dont 8 en Inde, 2 aux États-Unis, 2 en Israël, 2 en Autriche, 2 en Allemagne, et une étude dans chacun des pays suivants : Japon, Canada, Koweït, France, Angleterre, Italie et Turquie). Au total, 2883 patients atteints de psoriasis PP ont été inclus. La prévalence de PPP dans le cadre de cette étude plus large sur le psoriasis a été rapportée dans six des études analysées. Elle variait de 10,1% à 59 %, atteignant même 76 % de l'ensemble des patients touchés par le psoriasis (1).

Une étude réalisée dans le nord de l'Inde entre 1993 et 2000, incluant 3065 patients atteints de psoriasis, a montré que des atteintes palmaires ou plantaires étaient présentes chez 540 patients, soit 17,6 % des cas (3).

Une étude menée aux États-Unis en 2003 pour déterminer la prévalence du psoriasis PP a impliqué 317 patients atteints de psoriasis. Parmi eux, 124 souffraient de psoriasis PP, représentant ainsi 39 % des cas (12).

Une étude réalisée dans une clinique dermatologique à Yasuj, en Iran, entre 2013 et 2014, a inclus 164 patients atteints de psoriasis. Parmi eux, 25 patients présentaient une atteinte PP, soit 15,24 % des cas (9).

Une étude transversale réalisée sur une période de six mois, de janvier à juin 2014, dans le sud de l'Inde, a inclus 403 patients atteints de psoriasis. Parmi eux, 237 patients étaient touchés par le psoriasis PP, représentant environ 59 % des cas, ce qui est considérable (2).

Une grande étude prospective réalisée en 2016 aux États-Unis visait à décrire la prévalence des différents phénotypes du psoriasis. L'analyse a inclus 3179 femmes et 646 hommes. Les phénotypes de psoriasis observés étaient les suivants : psoriasis en plaques (55 %), cuir chevelu (52 %), PP (14 %), ongles (23 %) et psoriasis inversé (21 %) (5).

Une étude transversale a été menée à l'hôpital universitaire Khyber de Peshawar, au Pakistan, entre septembre 2016 et octobre 2017, afin de déterminer les caractéristiques cliniques et démographiques des patients atteints de psoriasis et leur impact sur la qualité de vie. Cette étude a inclus 168 patients atteints de psoriasis, parmi lesquels 24 présentaient une atteinte PP, soit 14,3 % des cas (10).

En Italie, une étude rétrospective réalisée entre juillet 2019 et janvier 2021 a colligé 180 patients atteints de psoriasis, parmi lesquels 44 patients avaient un psoriasis PP, soit 24,5% des cas (11).

Une étude transversale et descriptive menée sur une période de six mois, d'octobre 2020 à mars 2021 en Inde, a impliqué un total de 9821 patients ayant consulté en ambulatoire dans le service de dermatologie. Parmi ces patients, 430 étaient atteints de psoriasis, ce qui correspond à une prévalence de 4,4%. Parmi ces 430 patients, 151 présentaient une atteinte PP, représentant 35 % des cas (8).

Une étude descriptive prospective menée sur six mois, de janvier à juin 2021, en Tunisie a inclus 223 patients atteints de psoriasis. Parmi eux, 33 patients souffraient de psoriasis PP, ce qui représente une prévalence de 14,8% parmi tous les phénotypes de psoriasis (6).

Au Maroc, à Fès, une étude prospective menée sur deux ans, de décembre 2007 à novembre 2009, a inclus 120 patients. La prévalence de l'atteinte PP était de 18,3 % (soit 22 patients), avec une prédominance masculine (27).

Dans notre série, le nombre total de patients atteints de psoriasis au cours de la période de l'étude était de 125. Parmi eux, 49 patients avaient une atteinte PP, soit 39,2 % des cas. Ces résultats sont en accord avec les données généralement rapportées par la littérature, et suggèrent que le psoriasis PP représente une part significative des formes cliniques de psoriasis.

Tableau 3. Prévalence de l'atteinte PP dans le psoriasis : comparaison entre notre série et les données de la littérature.

Le pays	L'auteur	La durée de l'étude	Nombre de cas de psoriasis	Nombre de cas de PPP (prévalence)
le nord de l'Inde	Kumar Bhushan et al	1993-2000	3065	540 (17,6%)
États-Unis	Chung Jina et al	2003	317	124 (39%)
Iran	Saeedinezhad Z et al	2013-2014	164	25 (15,24%)
sud de l'Inde	Anandan Venkatesan et al	de janvier à juin 2014	403	237 (59%)
États-Unis	Merola et al	2016	3825	536 (14 %)
Pakistan	Rauf Sadaf et al	de septembre 2016 à octobre 2017	168	24 (14,3 %)
Italie	Giofrè Claudia et al	de juillet 2019 à janvier 2021	180	44 (24,5%)
Inde	S. Darsan et al	de octobre 2020 à mars 2021	430	151 (35%)
Tunisie	Elinkichari Dorsaf et al	de janvier à juin 2021	223	33 (14,8 %)
Maroc (CHU Fès)	Prof Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	de décembre 2007 à novembre 2009	120	22 (18,3 %)
Maroc (HMMI Meknès)	Notre série	de janvier 2022 à décembre 2024	125	49 (39,2 %)

2. L'âge :

Dans une étude menée aux États-Unis par Chung et al (12), les patients présentant un psoriasis PP étaient plus âgés que ceux atteints de psoriasis en plaques, avec une moyenne d'âge de 53,8 ans contre 48,7 ans respectivement.

Dans une étude menée dans l'est de l'Inde par Arun Achar et al (13), l'âge moyen des patients atteints de psoriasis PP était de 35 ans, avec un intervalle allant de 25 à 65 ans.

Une vaste étude qui a été menée par Timotijević Zorica Sojević et al (1), pour évaluer la prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale, englobant 24 études réalisées dans 13 pays différents a montré que l'âge des patients allait de 8 à 87 ans, avec un âge moyen allant de 37,4 ans à 58,5 ans.

En Inde, une étude menée par Kumar Bhushan et al (3), portant sur 3 065 patients a rapporté un âge moyen de $35,9 \pm 9,8$ ans, avec des âges allant de 6 à 73 ans.

En Inde, une autre étude menée par Suman Babu et al (14), entre 2011 et 2013, a recensé un total de 100 patients atteints de psoriasis PP. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 41 à 50 ans (26 %), suivie par celle de 51 à 60 ans (24 %). Ainsi, la moitié des patients (50 %) avaient entre 41 et 60 ans, correspondant à une population d'âge moyenne. L'incidence chez les patients de moins de 20 ans était de 8 %, tandis qu'elle atteignait 12 % chez ceux âgés de plus de 61 ans. L'âge moyen des patients inclus dans cette étude était de 44,54 ans.

En Inde, Rao Ashwin et al (15), ont réalisé une analyse rétrospective des biopsies réalisées entre 2012 et 2014 chez des patients atteints de psoriasis PP colligeant 31 patients (21 hommes et 10 femmes). L'âge moyen des patients était de $40,03 \pm 2,83$ ans, avec des extrêmes allant de 12 à 67 ans.

En Inde, une autre étude menée entre 2006 et 2008 par Khandpur Sujay et al (20), a recensé un total de 154 patients atteints de psoriasis PP. La majorité des cas, soit 103 patients (66,8 %), appartenaient à la tranche d'âge de 21 à 50 ans.

En Tunisie, une étude menée par Elinkichari Dorsaf et al (6), portant sur 223 patients atteints de psoriasis, parmi eux 33 patients atteints de PPP. L'âge moyen des patients atteints de psoriasis PP était de 45 ± 18 ans, avec des âges variant entre 9 et 69 ans. Trois enfants ont été inclus dans l'étude.

Au Maroc, à Fès, une étude prospective menée sur deux ans a montré que l'âge moyen a été de 36,5 ans avec des extrêmes de 4 ans et 73 ans (27).

Notre étude met en évidence deux pics de fréquence, l'un entre 29 et 39 ans (22 % des cas) et l'autre entre 49 et 59 ans (26,5 % des cas). L'âge moyen des patients était de 43,8 ans, avec des extrêmes variant de 9 à 80 ans. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, qui suggère que le psoriasis PP se manifeste souvent à l'âge adulte, avec une incidence notable à la fois à l'âge jeune et plus tard, à l'âge moyen. Cette répartition pourrait refléter des facteurs héréditaires, biologiques et environnementaux influençant l'apparition ou l'aggravation de la maladie à ces âges spécifiques.

Tableau 4. L'âge de survenue de PPP selon différentes études

Pays et référence bibliographique	Auteur	intervalle d'âge	L'âge moyen
États-Unis (12)	Chung Jina et al,	Non précisé	53,8 ans
Est de l'Inde (13)	Arun Achar et al	[25-65]	35 ans
13 pays (1)	Timotijević Zorica Sojević et al	[8-87]	de 37,4 ans à 58,5 ans
Inde (3)	Kumar Bhushan et al, (1993-2000)	[6-73]	35,9 ± 9,8 ans
Inde (14)	Suman Babu et al (2011-2013)	Non précisé	44,54 ans.
Inde (15)	Rao Ashwin et al (2012-2014)	[12-67]	40,03 ± 2,83 ans
Tunisie (6)	Elinkichari Dorsaf et al (de janvier à juin 2021)	[9-69]	45 ± 18 ans
Maroc (CHU Fès) (27)	Prof Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae (2007-2009)	[4-73]	36.5 ans
Maroc (HMMI Meknès)	Notre série (2022-2024)	[9-80]	43,8 ans

3. Le sexe :

Les données sur les différences entre le sexe dans le psoriasis restent limitées. Ce sujet mérite une attention accrue à l'avenir, notamment en ce qui concerne l'impact des particularités liées au sexe sur le pronostic et la prise en charge du psoriasis PP.

Une étude menée en Caroline du Nord (4), portant sur 317 patients atteints de psoriasis, a recensé 124 cas (39 %) de psoriasis PP. L'échantillon comprenait 136 hommes (43 %) et 181 femmes (57 %), avec un sex-ratio de 1,33 au profit des femmes.

Une étude transversale menée par Anandan Venkatesan et al (2), dans le sud de l'Inde sur une période de six mois, de janvier à juin 2014, a inclus 403 patients atteints de psoriasis. Parmi eux, 59,8 % (241) étaient des hommes et 40,2 % (162) des femmes, mettant en évidence une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,48.

Dans l'étude de Kumar Bhushan et al, en Inde (3), portant sur 3 065 patients atteints de psoriasis, 1 692 étaient des hommes et 1 373 des femmes (sexe ratio=1,23 avec prédominance masculine). Une atteinte palmaire et/ou plantaire a été observée chez 532 patients (17,4 %), dont 282 hommes et 250 femmes (sexe ratio=1,13 avec prédominance masculine). Le sex-ratio des patients avec une atteinte PP ne présentait pas de différence significative par rapport à celui de l'ensemble de la population psoriasique.

L'étude de Suman Babu et al (14), a recensé 100 patients atteints de psoriasis PP, comprenant 62 hommes et 38 femmes, avec un sex-ratio de 1,63 en faveur des hommes.

L'étude prospective de 6 mois menée en Tunisie de janvier à juin 2021 par Elinkichari Dorsaf et al (6), a recensé 33 patients atteints de psoriasis PP, avec un ratio homme/femme de 2,3 au profit des hommes.

Une étude menée en Inde par Khandpur Sujay et al (20), entre 2006 et 2008 a recensé un total de 154 patients atteints de psoriasis PP, dont 111 hommes (72 %) et 43 femmes (28 %) avec un sexe ratio de 2,58 au profit des hommes.

Dans l'étude menée par Timotijević Zorica Sojević et al (1), portant sur un total de 2 883 patients atteints de PPP, une prédominance masculine a été observée, avec 1 072 hommes touchés contre 841 femmes (sexe ratio=1,27).

Dans l'étude réalisée au Maroc par Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae (27), une nette prédominance masculine a été observée, avec un sexe ratio H/F de 2,14.

Dans notre série, 61 % des patients étaient des hommes et 39 % des femmes, avec un sexe-ratio de 1,57 en faveur des hommes, ce qui est en accord avec la majorité des études de la littérature, à l'exception de l'étude menée en Caroline du Nord, qui a révélé une prédominance féminine. Cette divergence peut être expliquée par des différences géographiques, ethniques, ou encore des facteurs environnementaux qui influencent l'incidence du psoriasis.

Tableau 5. Comparaison de la prédominance de sexe entre différentes études

Le pays et la référence bibliographique	L'auteur	Le sexe ratio
Caroline du Nord (USA) (4)	Petty Adam et al	1,33 au profit des femmes
Sud de l'Inde (2)	Anandan Venkatesan et al	1,48 au profit des hommes
Inde (3)	Kumar Bhushan et al	1,13 au profit des hommes
Inde (14)	Suman Babu et al	1,6 au profit des hommes
Tunisie (6)	Elinkichari Dorsaf et al	2,3 au profit des hommes
Inde (20)	Khandpur Sujay et al	2,58 au profit des hommes
13 pays (1)	Timotijević Zorica Sojević et al	1,27 au profit des hommes
Maroc (CHU Fès) (27)	Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	2,14 au profit des hommes
Maroc (HMMI Meknès)	Notre série	1,57 au profit des hommes

II. Les données de l'anamnèse

1. Le motif de consultation :

Dans l'étude menée en Inde (3), portant sur 3065 patients atteints de psoriasis, dont 532 étaient diagnostiqués avec un psoriasis PP, a révélé que 21% de ces derniers ont présenté les paumes et les plantes comme les premiers sites d'apparition des lésions.

Une étude rétrospective réalisée à Dallas Texas (26), entre août 2006 et mars 2008, a inclus 150 patients diagnostiqués avec un psoriasis PP. Parmi ceux-ci, 18 % ont consulté pour une atteinte localisée des mains et des pieds (27 patients).

Dans l'étude réalisée au Maroc par Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae (27), l'atteinte PP a été le motif principal de consultation dans 55% des cas.

Dans notre série, l'atteinte PP localisé constituait le principal motif de consultation dans 71 % des cas, tandis que 29% des patients présentaient un psoriasis généralisé d'emblée avec atteinte PP. Ces résultats ne correspondent pas à ceux rapportés dans la littérature et pourraient être expliqués par un biais de recrutement.

Tableau 6. Comparaison selon le motif de consultation entre différentes études

Le pays et la référence bibliographique	L'auteur	Nombre de cas de psoriasis PP	Atteinte localisée au niveau PP	Atteinte PP + D'autres localisations associées
Inde (3)	Kumar Bhushan et al	532	21%	79%
Texas (26)	Farley Elizabeth et al	150	18%	82%
Maroc (CHU Fès) (27)	Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	22	55%	45%
Maroc (HMMI Meknès)	Notre série	49	71%	29%

2. Les ATCDs personnels et familiaux:

Dans la littérature, les antécédents familiaux de psoriasis PP ont été rapportés chez des patients dans 3 % à 38,6 % des cas (6).

Dans l'étude réalisée en Inde entre 2006 et 2008 portant sur 154 patients atteints de psoriasis PP, des antécédents familiaux de psoriasis étaient présents uniquement chez 6 patients, soit 4 % des cas (20).

L'étude descriptive prospective, menée en Tunisie sur une période de six mois, de janvier à juin 2021 (6), et portant sur 33 patients atteints de psoriasis PP, a révélé la présence d'antécédents familiaux dans 24 % des cas. En ce qui concerne les antécédents personnels, 90 % des patients en étaient affectés, principalement par le tabagisme (36 %), la dyslipidémie (30 %), l'hypertension (27 %), l'obésité (21 %), la dépression ou l'anxiété (18 %), le rhumatisme psoriasique (18 %), le diabète (15 %) et l'hypothyroïdie (9 %).

L'étude rétrospective menée à Dallas, Texas (26), entre août 2006 et mars 2008, portant sur 150 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que 23% d'entre eux (soit 35 cas) avaient des antécédents familiaux de psoriasis. Toutefois, les données relatives aux antécédents personnels n'ont pas été précisées dans l'article.

Dans l'étude réalisée au Maroc par Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae (27), l'histoire familiale de psoriasis n'a été positive que chez 2 patients ce qui correspond à 9 % des cas. Concernant les antécédents personnels, des troubles thyroïdiens ont été rapportés dans 2 cas (9 %), le diabète dans 4,54 % des cas et l'hypercholestérolémie dans 4,54 % des cas. La notion du tabagisme a été retrouvée chez 4 patients, soit 18 % des cas.

Dans notre série :

- **L'histoire familiale n'a été positive que chez 5 patients (soit 10% des cas), ce qui concorde avec la plupart des études.**
- ▲ **Ce faible pourcentage pourrait être expliqué par l'apparition plus tardive du psoriasis PP par rapport au psoriasis touchant d'autres localisations, comme cela a été observé dans notre**

étude ainsi que dans la plupart des séries de la littérature. Cette caractéristique permet de classer le psoriasis PP comme un psoriasis de type 2 non familial, ce qui explique la faible prévalence d'antécédents familiaux dans cette localisation de psoriasis.

- Les antécédents personnels les plus fréquents étaient le tabagisme, retrouvé chez 14 % des patients, ce qui est en accord avec les autres séries, suivi du diabète (8 %) et de l'hypertension artérielle (2 %) :
 - ▲ Le tabagisme, présent chez 14 % des patients, correspond aux données de la littérature, où il est souvent retrouvé comme facteur associé au psoriasis, y compris au psoriasis PP. Ce lien pourrait être attribué à l'impact négatif du tabac sur la réponse immunitaire et les processus inflammatoires, exacerbant ainsi les manifestations du psoriasis.
 - ▲ Le diabète (8 %) et l'hypertension artérielle (2 %) sont également des comorbidités courantes dans les populations atteintes de psoriasis, avec des implications potentielles sur l'évolution de la maladie et la prise en charge thérapeutique.
 - ▲ Ces résultats suggèrent qu'il est essentiel d'effectuer une surveillance des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires chez les patients présentant un psoriasis, même dans sa forme localisée.

Tableau 7. Comparaison des ATCDs familiaux selon différentes études

Les ATCDs familiaux				
L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	Durée de l'étude	Nombre de cas de psoriasis PP	Pourcentage des ATCDs familiaux
Khandpur Sujay et al	Inde (20)	2006–2008	154	4%
Elinkichari Dorsaf et al	Tunisie (6)	de janvier à juin 2021	33	24%
Farley Elizabeth et al	Dallas, Texas (26)	2006–2008	150	23%
Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	Maroc, CHU Fès (27)	2007–2009	22	9%
Notre série	Maroc, HMMI Meknès	2022–2024	49	10%

Tableau 8. Comparaison des ATCDs personnels selon différentes études

Les ATCDs personnels	Diabète	HTA	Dyslipidémie	troubles thyroïdiens	Le tabagisme
Tunisie (6)	15 %	27 %	30 %	9 %	36%
Maroc, CHU Fès (27)	4,54 %	Aucun cas	4,54 %	9 %	18 %
Notre série	8%	2%	Aucun cas	Aucun cas	14%

3. L'âge de début du psoriasis :

L'étude descriptive et prospective, réalisée entre janvier et juin 2021 en Tunisie, portant sur 33 patients atteints de psoriasis PP a mis en évidence que l'âge moyen d'apparition de la maladie était de $37,19 \pm 17$ ans (6).

L'étude réalisée aux États-Unis, portant sur 579 patients atteints de psoriasis (12), a révélé que l'âge d'apparition du psoriasis était plus tardif pour le psoriasis PP (44 ans [34–53]) par rapport au psoriasis en plaques (25 ans [16–40]).

Dans notre série, l'âge moyen de début du psoriasis PP est de 35,4 ans, ce qui est considéré comme relativement tardif par rapport à d'autres formes de psoriasis, où l'apparition se fait souvent plus tôt. Cette constatation est en accord avec les données rapportées dans la littérature, qui suggèrent que le psoriasis PP tend à se manifester à un âge plus avancé. Ces résultats peuvent être expliqués par le caractère non familial de cette forme de psoriasis, ainsi

que par sa nature localisée, qui pourrait entraîner une évolution plus progressive et moins précoce que les formes plus étendues, souvent plus précocement diagnostiquées.

Tableau 9. Répartition des patients selon l'âge de début du PPP dans différentes études

L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	Le nombre de cas de psoriasis PP	l'âge de début de psoriasis
Elinkichari Dorsaf et al,	Tunisie (6)	33	37,19 ± 17 ans
Chung Jina et al,	États-Unis (12)	124	44 ans
Notre série	Maroc (HMMI Meknès)	49	35,4 ans

4. Les facteurs aggravants ou déclenchants :

Plusieurs facteurs peuvent déclencher ou aggraver le psoriasis, et doivent être pris en compte lors de l'évaluation et de la prise en charge du psoriasis. Notamment :

- ✚ **Infections** : bactériennes ou virales, comme les angines, la varicelle, ou les infections respiratoires, peuvent déclencher des poussées de psoriasis, notamment chez les personnes génétiquement prédisposées.
- ✚ **Traumatismes** : Les blessures cutanées, les coupures, les éraflures, ou même les piqûres d'insectes peuvent induire un phénomène appelé la

"loi de Koebner", où des plaques de psoriasis apparaissent sur les zones de traumatisme.

- ✚ **Médicaments** : Certains médicaments, comme les bêtabloquants, les antipaludéens ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), peuvent induire ou aggraver le psoriasis.
- ✚ **Stress psychologique** : Le stress émotionnel ou physique est un facteur majeur qui peut aggraver ou déclencher une poussée de psoriasis, en particulier chez les personnes ayant une prédisposition génétique.
- ✚ **Facteurs environnementaux** : L'exposition au froid, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, et l'obésité sont aussi des facteurs souvent associés à l'apparition ou l'aggravation du psoriasis.
- ✚ **Changements hormonaux** : Les fluctuations hormonales, en particulier celles liées à la grossesse ou à la ménopause, peuvent influencer l'évolution du psoriasis chez certaines patientes.

Une étude réalisée en Inde entre 2006 et 2008, par Khandpur Sujayet al (20) incluant 154 patients atteints de psoriasis PP, a révélé des variations saisonnières chez 62 patients (40,25 %), avec une exacerbation des symptômes en hiver pour 44 cas. Dix patients (6,5 %) ont rapporté une aggravation de la maladie liée à l'utilisation du savon, deux à la réalisation des tâches ménagères (1,3 %), et un patient a noté une aggravation après un traumatisme, le port de pantoufles ou les travaux agricoles.

Une autre étude réalisée en Inde par Suman Babu et al (14), entre 2011 et 2013, dans un service de dermatologie, a inclus 100 patients atteints de psoriasis PP. Parmi ces patients, 66 % n'ont pas présenté de facteurs

déclenchants, 32 % ont rapporté une exacerbation des symptômes en hiver, et 2 % ont observé une aggravation estivale de leur maladie.

Dans l'étude menée au Maroc par Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae (27), aucun facteur déclenchant ou aggravant n'a été observé dans 50 % des cas. Parmi les facteurs identifiés, le soleil et les émotions occupaient le premier rang, avec un pourcentage de 21 % pour chacun. Venaient ensuite les médicaments et le traumatisme, chacun étant associé à 4% des cas.

Dans notre série, l'absence de facteur déclenchant identifié dans 86 % des cas est cohérente avec les données de la littérature qui montrent également que, dans la majorité des cas, il n'existe pas de facteur déclenchant clairement identifiable pour le psoriasis PP. Cette constatation suggère que, bien que des facteurs environnementaux ou externes puissent influencer l'évolution de la maladie, le psoriasis PP pourrait être en grande partie influencé par des mécanismes biologiques ou génétiques sous-jacents encore mal compris.

L'infection a été reconnue comme facteur déclenchant dans 10 % des cas, ce qui reste relativement faible, mais elle demeure un facteur reconnu dans l'aggravation de certaines formes de psoriasis. Tandis que les médicaments ont été impliqués dans 4 % des cas, un pourcentage qui reste modeste, mais qui souligne l'importance de prendre en compte l'historique médicamenteux des patients lors de l'évaluation des facteurs potentiels de déclenchement du psoriasis.

Ces résultats mettent en lumière la complexité de cette pathologie, où les facteurs déclenchants sont souvent difficiles à définir, et souligne la nécessité de mener des recherches supplémentaires pour mieux comprendre les éléments précipitants spécifiques à cette forme de psoriasis.

Tableau 10. Comparaison entre différentes études sur les facteurs déclenchants du psoriasis PP

L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	La durée d'étude	Nombre de cas de psoriasis PP	Facteurs déclenchants absents (%)	Facteurs déclenchants présents (%)
Khandpur Sujayet al	Inde (20)	2006–2008	154	51,3%	48,7 %
Suman Babu et al	Inde (14)	2011–2013	100	66 %	34 %
Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	Maroc, CHU Fès	2007–2009	22	50 %	50 %
Notre série	Maroc, HMMI Meknès	2022–2024	49	86 %	14 %

5. La symptomatologie associée :

Dans la littérature, le prurit est considéré comme un symptôme fonctionnel prédominant du psoriasis, avec une fréquence dépassant 90 % dans certaines études. Toutefois, sa prévalence varie selon les sous-types de psoriasis rapportés dans les publications scientifiques. Jaworecka et al, n'ont pas observé de distinction significative entre ces différents sous-types (16).

L'étude menée en Inde entre 1993 et 2000, portant sur 3 065 patients atteints de psoriasis, a identifié 532 cas présentant des lésions palmaires ou plantaires. Parmi ces patients, 392 (73,7 %) ont rapporté des démangeaisons et/ou une gêne à la marche, souvent causée par un épaissement irrégulier de la plante des pieds et des fissures cutanées. Les lésions sur les paumes des mains réduisaient la mobilité des doigts et compliquaient l'exécution des tâches ménagères. De plus, la fissuration des paumes et des plantes des pieds, en plus de provoquer de la douleur, favorisait fréquemment l'apparition d'infections secondaires (3).

Une étude menée auprès de patients hospitalisés pour psoriasis entre février 2000 et février 2002 dans les services de l'Istituto Dermopatico de l'Immacolata à Rome, en Italie, a inclus 936 patients atteints de cette pathologie. Parmi eux, 63,8 % souffraient de prurit, 59,7 % d'irritation, 46,1 % de sensations de brûlure ou de picotements, 39 % de sensibilité cutanée, 26 % de douleurs, 25,4 % de saignements et 23,9 % ressentait une gêne au contact de l'eau. Au cours de cette étude, Sampogna et al, ont observé que le psoriasis PP était la forme la plus fréquemment associée au prurit. Par ailleurs, Damiani et al, ont mis en évidence que le psoriasis pustuleux était la forme la plus liée

au prurit. De plus, la prévalence de ces symptômes était significativement plus élevée chez les femmes et augmentait avec la sévérité clinique de la maladie (17) (18).

L'étude menée en Inde entre 2006 et 2008, portant sur 154 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que 126 patients (81,8 %) présentaient des symptômes. Parmi eux, 51 % (80 cas) souffraient de douleurs, 9 % (15 cas) rapportaient des démangeaisons et 20 % (31 cas) présentaient des fissures. En revanche, 18,2 % des patients (28 cas) étaient asymptomatiques (20).

Une autre étude menée en Inde entre 2011 et 2013, incluant 100 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que la principale plainte rapportée était le prurit, présent chez 46 % des patients, suivi des fissurations et des douleurs, observées chez 34 % d'entre eux. Ces symptômes entraînaient une incapacité à accomplir les activités quotidiennes, y compris la marche, impactant significativement la qualité de vie des patients. La restriction de la mobilité des mains compliquait l'exécution des gestes du quotidien. Par ailleurs, 24% des patients présentaient des démangeaisons intenses, perturbant leur sommeil (14).

Une étude transversale réalisée dans le sud de l'Inde sur une période de six mois, de janvier à juin 2014, a inclus 403 patients atteints de psoriasis, parmi lesquels 237 présentaient un psoriasis PP. Parmi eux, environ 10 % étaient asymptomatiques, tandis que la majorité souffrait de divers symptômes, notamment des irritations (40 %), des fissures (30 %), des difficultés à la marche (48 %), des limitations dans les activités manuelles (33 %) et des douleurs (16 %) (2).

L'étude réalisée en Tunisie entre janvier et juin 2021, portant sur 223 patients atteints de psoriasis, dont 33 présentant une forme PP, a montré que le prurit était le symptôme fonctionnel le plus fréquent, avec une prévalence de 82 %. La douleur était rapportée par 24 % des patients, tandis que la sensation de brûlure concernait 12 % des cas. Aucun patient ne présentait une forme asymptomatique de la maladie (6).

Dans l'étude réalisée au Maroc par le Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae entre 2007-2009 (27), 86 % des patients étaient symptomatiques. Les signes associés incluaient principalement le prurit, observé dans 72,7 % des cas (16 patients), ainsi que des arthralgies, présentes dans 13,6 % des cas (3 patients).

Dans notre étude, 57 % des patients étaient symptomatiques, ce qui est en accord avec la majorité des études. Cependant, contrairement à d'autres séries qui rapportent que le prurit est le symptôme fonctionnel le plus fréquent, notre série a montré que la douleur et le prurit étaient présents dans des proportions égales (28,5 % chacun).

Cette divergence pourrait être expliquée par plusieurs facteurs. Il est possible que la répartition des formes de psoriasis dans notre série soit différente de celle des autres études, avec peut-être une proportion plus importante de patients présentant des formes plus inflammatoires et douloureuses. De plus, la perception individuelle des symptômes peut varier, certains patients étant plus sensibles à la douleur que d'autres. Il est également possible que des facteurs culturels ou psychologiques influencent la manière dont les patients rapportent leurs symptômes. Ces résultats

soulignent l'importance de prendre en compte à la fois le prurit et la douleur dans la gestion de cette affection, car les deux symptômes peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients.

Tableau 11. La prévalence des symptômes associés aux psoriasis selon différentes études

Le pays et la référence bibliographique	L'auteur	Caractère symptomatique (La prévalence)	Les signes associées
Inde (3)	Kumar Bhushan et al,	Symptomatique (non précisée)	Prurit(73,7 %)
Italie (17)	Sampogna et al,	Symptomatique (non précisée)	Prurit(63,8%), d'irritation(59,7%), sensible cutanée(39%), douleurs(26%) suivie sensibilité
Inde (20)	Khandpur Sujay et al,	Symptomatique (81,8 %)	Douleurs(51%), fissures(20 %), prurit(9 %)
Inde (14)	Suman Babu et al,	Symptomatique (non précisée)	Prurit(46%), Douleurs(34%), fissures(34%)
sud de l'Inde (2)	Anandan Venkatesan et al,	Symptomatique(90%)	difficultés à la marche(48 %), irritations (40%), fissures (30%), limitations dans les activités manuelles(33%) ,douleurs(16 %)
Tunisie (6)	Elinkichari Dorsaf et al,	Symptomatique(100%)	Prurit(82%), Douleur(24%), brûlure(12%)
Maroc (CHU Fès) (27)	Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	Symptomatique(86%)	Prurit(72,7%), Arthralgies(13,6%)
Maroc (HMMIM Meknès)	Notre série	Symptomatique(57%)	Prurit(28,5%), Douleur(28,5%)

6. Le retentissement sur la qualité de vie :

D'après les données de la littérature, les patients souffrant de psoriasis PP ont rapporté une plus grande incapacité fonctionnelle, accompagnés d'une altération plus marquée de leur qualité de vie liée à la santé, par rapport à ceux atteints d'autres formes de psoriasis (24). Ces différences sont cruciales pour l'élaboration de stratégies thérapeutiques adaptées et pour mieux comprendre les attentes des patients concernant leurs traitements (4).

L'étude réalisée entre janvier et juin 2021 en Tunisie, impliquant 223 patients atteints de psoriasis, dont 33 souffrant de psoriasis PP, a montré que la qualité de vie de 14 patients (soit 42 %) était altérée par le PPP. Parmi ces patients, 11 ont vu leur vie professionnelle ou scolaire impactée, avec des cas d'absentéisme (7 patients), une exemption du port de chaussures militaires pour les soldats actifs (5 patients), et des difficultés à écrire ou à tenir un stylo pour deux enfants inclus dans l'étude (6).

L'étude qui a été menée dans 13 pays différents pour évaluer la prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale, et qui a regroupé un total de 2883 patients atteints de psoriasis PP, a montré que contrairement au psoriasis en plaques, le PPP présente une discordance notable entre la surface corporelle touchée (SC) et l'impact sur la qualité de vie des patients. Bien que le PPP n'affecte qu'une petite proportion de la surface corporelle, les patients souffrant de cette forme de psoriasis rapportent souvent une détérioration plus marquée de leur qualité de vie par rapport à ceux atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère (1).

Une étude transversale menée aux États-Unis entre février 2010 et juin 2011 a comparé les caractéristiques cliniques et les résultats rapportés par les patients atteints de psoriasis en plaques (N=1153) et de psoriasis palmoplantaire (N=66) recevant actuellement un traitement, afin d'évaluer l'impact du psoriasis PP sur la qualité de vie. Les résultats ont montré que les patients atteints de psoriasis PP présentent une altération plus marquée de leur qualité de vie liée à la santé et sont plus susceptibles d'utiliser intensivement des prescriptions topiques que ceux atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère. En particulier, par rapport au psoriasis en plaques modéré à sévère, le psoriasis PP est associé de manière indépendante à un impact plus important sur la qualité de vie liée à la peau, une altération plus grande de la mobilité, de l'auto-assistance et des activités quotidiennes, ainsi qu'une dépendance accrue aux traitements topiques. Il est également important de noter que les patients atteints de psoriasis PP ont rapporté davantage de difficultés dans leurs activités de la vie quotidienne, bien qu'aucune différence significative n'ait été observée en ce qui concerne la douleur générale, l'inconfort, l'anxiété ou la dépression. Ces résultats suggèrent que l'inconfort ressenti par les patients avec psoriasis PP pourrait être lié au fait que le psoriasis affecte des zones essentielles pour la fonction (12).

Dans notre étude, 96 % des patients ont rapporté un impact modéré de leur psoriasis PP sur leur qualité de vie. Ce résultat diffère de celui de la plupart des études, qui montrent généralement une altération plus marquée de la qualité de vie chez ces patients. Plusieurs éléments pourraient expliquer cette

différence. Il est possible que dans notre série, les formes modérées ou localisées de psoriasis PP prédominent, ce qui entraîne un impact moindre sur la qualité de vie par rapport aux formes plus sévères souvent observées dans d'autres études. En outre, les facteurs psychosociaux, tels que l'adaptation personnelle à la maladie, le soutien social, et les stratégies de gestion du stress, peuvent jouer un rôle déterminant dans la perception de l'impact de la maladie. Ainsi, ces résultats suggèrent que l'impact sur la qualité de vie des patients atteint de psoriasis PP pourrait être influencé par des facteurs variés et qu'une évaluation plus fine des éléments contextuels pourrait expliquer ces différences.

III. Les données de l'examen clinique

1. La lésion initiale :

L'étude rétrospective menée à Dallas, au Texas, entre août 2006 et mars 2008, colligeant 150 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que 52 % des patients (soit 78 cas) présentaient des lésions PP hyperkératosiques, ce qui représentait le phénotype dominant. Des lésions pustuleuses ont été observées dans 16 % des cas (24 patients), des lésions combinées dans 12 % (18 patients) et un phénotype indéterminé dans 20 % des cas (30 patients) (27).

L'étude qui a été menée dans 13 pays différents pour évaluer la prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale, et qui a regroupé un total de 2883 patients atteints de psoriasis PP a montré que le psoriasis PP peut se manifester sous diverses formes cliniques, notamment des morphologies hyperkératosiques, pustuleuses ou mixtes. Parmi les patients inclus, les lésions PP hyperkératosiques étaient les plus fréquentes, suivies des lésions pustuleuses et de leur combinaison (1).

Dans l'étude menée au Maroc par le Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae entre 2007 et 2009 (27), la forme hyperkératosique dominait dans 54,5% des cas, suivie des macules ES et des clous psoriasiques, représentant chacun 18% des cas. Une combinaison de forme hyperkératosique et pustuleuse a été observée dans 4,5 % des cas, tandis que la pulpite n'a pas été recensée.

Dans notre série, les plaques ES constituaient la forme clinique prédominante, représentant 43 % des cas, suivies de l'hyperkératose PP dans 38 % des cas. Ce résultat contraste avec la majorité des études qui rapportent que le phénotype hyperkératosique est généralement le plus fréquent. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la majorité de nos patients ont déjà reçu des traitements kératolytiques avant de se présenter à notre service.

Tableau 12. Comparaison de la lésion initiale du PPP selon différentes études

Le pays et la référence bibliographique	L'auteur	Nombre de cas de psoriasis PP	Le phénotype dominant (%)
Dallas, Texas (26)	Farley Elizabeth et al	150	Hyperkératose PP (52%)
13 pays (1)	Armstrong April W et al	2883	Hyperkératose PP (non précisé)
Maroc, CHU Fès (27)	Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae entre	22	Hyperkératose PP (54,5 %)
Maroc, HMMI Meknès	Notre série	49	plaques ES (43 %)

2. La distribution des lésions au niveau palmoplantaire :

En Inde, l'étude qui a été menée sur 3065 patients atteints de psoriasis et qui a révélé que, parmi eux 532 patients souffraient d'une atteinte PP, a montré que l'atteinte à la fois palmaire et plantaire était la plus fréquente, observée chez 47,5 % des patients, suivie du psoriasis plantaire chez 44,3 % et du psoriasis palmaire chez 8,1 %. Lorsque l'atteinte est palmaire isolée, une atteinte unilatérale de la paume a été observée chez 3,7 % des patients. En revanche, lorsque l'atteinte est plantaire isolée, une atteinte unilatérale de la plante des pieds a été constatée chez 3,8 % des patients. La nature presque toujours bilatérale des lésions de PPP a été clairement mise en évidence dans cette étude, avec 96,3 % des patients présentant ce schéma d'atteinte (3).

Une étude transversale réalisée au sud de l'Inde entre janvier et juin 2014 a inclus 403 patients atteints de psoriasis, parmi lesquels le psoriasis PP représentait environ 59 % des cas (237 patients). Les lésions étaient bilatéralement symétriques chez près de 90 % des patients. L'atteinte exclusivement palmaire était plus fréquente que l'atteinte exclusivement plantaire, avec respectivement 28 % et 20 % des cas (2). Contrairement à l'étude de Kumar et al, (3) où l'atteinte plantaire était deux fois plus fréquente que l'atteinte palmaire.

Dans une étude réalisée en Inde entre 2011 et 2013 incluant 100 patients atteints de psoriasis PP, il a été constaté que la majorité des patients (68 %) souffraient d'une atteinte combinée des paumes et des plantes, tandis que 20 % présentaient une atteinte exclusivement palmaire et 12 % une atteinte

exclusivement plantaire. Cette étude a également mis en évidence que le psoriasis plantaire était plus fréquent que le psoriasis palmaire (14).

Une autre étude menée en Inde entre 2006 et 2008, portant sur un total de 154 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que 48,7 % des cas étaient des atteintes PP combinées (75 patients). En outre, une atteinte exclusivement palmaire a été observée dans 15,6 % des cas (24 patients), et une atteinte exclusivement plantaire dans 14,3 % des cas (22 patients) (20).

L'analyse des résultats de l'étude qui a été menée dans 13 pays différents pour évaluer la prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale, et qui a regroupé un total de 2883 patients atteints de psoriasis PP a montré que près des trois cinquièmes (59 %) des patients atteints de PPP présentaient une atteinte à la fois palmaire et plantaire, tandis que l'atteinte exclusivement palmaire a été observée chez 21 % des patients et l'atteinte exclusivement plantaire chez 20 % des patients (1).

Dans notre série, l'atteinte PP chez nos patients était le plus souvent bilatérale et symétrique, 61 % des patients présentaient une atteinte combinée palmaire et plantaire, tandis que l'atteinte exclusivement palmaire était observée dans 23 % des cas et l'atteinte exclusivement plantaire dans 16 % des cas. Cette répartition est en accord avec la majorité des études rapportées dans la littérature, qui montrent une prédominance des formes bilatérales et symétriques du psoriasis PP, à l'exception de l'étude de Kumar et al (3), où l'atteinte plantaire était deux fois plus fréquente que l'atteinte palmaire. Cette discordance pourrait être due à des différences dans les critères de sélection

des patients, ou encore des facteurs géographiques et environnementaux pouvant influencer la présentation clinique du psoriasis PP.

L'aspect bilatéral et symétrique observé dans notre série est également en ligne avec le phénomène de symétrie dans les atteintes psoriasiques, qui est fréquemment constaté dans de nombreuses formes de psoriasis.

Tableau 13. Comparaison de la distribution des lésions au niveau PP entre différentes études

L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	Nombre de cas de psoriasis PP	la distribution la plus fréquente des lésions au niveau PP (%)
Kumar Bhushan et al	Inde (3)	532	L'atteinte à la fois palmaire et plantaire (47,5%)
Anandan Venkatesan et al	sud de l'Inde (2)	237	L'atteinte à la fois palmaire et plantaire -(90 %)
Suman Babu et al	Inde (14)	100	L'atteinte à la fois palmaire et plantaire (68 %)
Khandpur Sujay et al	Inde (20)	154	L'atteinte à la fois palmaire et plantaire (48,7 %)
Timotijević Zorica Sojević et al	13 pays (1)	2883	L'atteinte à la fois palmaire et plantaire (59 %)
Notre série	Maroc-HMMI Meknès	49	L'atteinte à la fois palmaire et plantaire (61 %)

3. Le siège des lésions :

En Inde, l'étude qui a été menée sur 3065 patients atteints de psoriasis et qui a révélé que, parmi eux, 532 patients souffraient d'une atteinte PP a montré que la répartition des lésions selon leur localisation était la suivante : 32,3 % des cas touchaient les zones de pression des mains, 24,2 % concernaient les zones de pression des pieds, 28,8 % affectaient le creux de la main, et 30,2 % impliquaient les voûtes plantaires (3).

Dans l'étude transversale menée dans le sud de l'Inde sur une période de six mois, de janvier à juin 2014, portant sur 403 patients atteints de psoriasis, dont 237 cas de psoriasis PP, il s'est avéré que, sur les paumes, les plaques se localisaient principalement sur les zones de pression, tandis que le centre de la paume était relativement épargné. De même, les zones de pression de la plante des pieds étaient particulièrement affectées (2).

L'étude menée en Inde entre 2006 et 2008, incluant un total de 154 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que les lésions sur les paumes se localisaient principalement au niveau des zones de pression, notamment les éminences thénar et hypothénar, tandis que la partie centrale ou distale était moins souvent affectée. De même, les zones de pression au niveau des plantes des pieds étaient fréquemment impliquées (20).

Dans notre étude, les lésions se localisent principalement au niveau des zones de pression dans 33 % des cas, ce qui est en accord avec les données rapportées dans la littérature. Ces résultats confirment que les zones de pression représentent des sites privilégiés pour le développement des lésions

du psoriasis PP, soutenant ainsi l'idée que les facteurs mécaniques jouent un rôle clé dans la genèse et l'aggravation de cette pathologie.

Tableau 14. Le siège le plus fréquent des lésions selon différentes séries

L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	Nombre de cas de psoriasis PP	Le siège le plus fréquent des lésions (%)
Kumar Bhushan et al	nord de l'Inde (3)	540	Les zones de pression (56,5%)
Anandan Venkatesan et al	sud de l'Inde (2)	237	les zones de pression (non précisé)
Khandpur Sujay et al	Inde (20)	154	Les zones de pression (non précisé)
Notre série	Maroc-HMMI Meknès	49	Les zones de pression (33%)

4. La surface atteinte par le psoriasis :

Selon les données de la littérature, l'atteinte des paumes et des plantes des pieds concerne généralement moins de 5 % de la surface corporelle totale (24).

L'étude rétrospective menée à Dallas, Texas, entre août 2006 et mars 2008, colligeant 150 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que près de 20% des patients avaient une maladie limitée aux mains et aux pieds, 33 % avaient une atteinte ne dépassant pas 10 % de leur surface corporelle, tandis que 47%

des patients avaient une atteinte supérieure à 10 % de leur surface corporelle totale (26).

Dans notre étude, nous avons constaté une prédominance des formes limitées, avec 73 % de nos patients présentant une atteinte de moins de 1 % de la surface corporelle. Ce résultat est en contraste avec l'étude réalisée à Dallas, où la majorité des patients présentaient une atteinte supérieure à 10 % de leur surface corporelle totale. Toutefois, nos résultats sont en accord avec les données rapportées dans la littérature, qui indiquent généralement une forme plus localisée du psoriasis PP.

Les résultats de l'étude de Dallas, qui montre une atteinte plus étendue, pourraient refléter des variations géographiques, des différences dans les critères d'inclusion des patients, ou peut-être une sévérité plus marquée dans la population étudiée.

5. Autres localisations associées du psoriasis :

En Inde, l'étude portant sur 3 065 patients atteints de psoriasis, recensant parmi eux 532 patients (17,4 %) présentant une atteinte PP, a montré que des lésions psoriasiques typiques ailleurs sur le corps n'étaient observées que chez 30,3 % de ces patients. Parmi eux, 94 % avaient un psoriasis en plaques sur le corps, 4 % présentaient des lésions du cuir chevelu et 2 % des plaques associées à des pustules (3).

L'étude rétrospective réalisée à Dallas, Texas, entre août 2006 et mars 2008, portant sur 150 patients atteints de psoriasis PP, a révélé que 60 % des patients (90 cas) présentaient une atteinte psoriasique des ongles (26).

L'étude menée en Inde entre 2006 et 2008, incluant 154 patients atteints de psoriasis PP, a rapporté qu'une atteinte palmaire et/ou plantaire associée à des lésions psoriasiques sur d'autres parties du corps était présente dans 21,4 % des cas (33 patients) (20).

L'étude transversale menée dans le sud de l'Inde sur une période de six mois (de janvier à juin 2014), incluant 403 patients atteints de psoriasis, et révélant que 273 d'entre eux présentaient un psoriasis PP (59 % des cas), a montré que 39 % parmi eux présentaient des modifications psoriasiques des ongles, tandis qu'environ 18 % des patients avaient des lésions psoriasiques sur d'autres parties du corps (2).

L'étude menée sur le psoriasis à l'échelle mondiale, englobant 24 recherches réalisées dans 13 pays et totalisant 2 883 patients atteints de psoriasis PP, a montré que près de 40 % des patients présentaient une forme isolée de PPP, sans atteinte cutanée sur d'autres zones du corps (1).

Dans l'étude menée au Maroc par le Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae entre 2007 et 2009 (27), les autres localisations associées étaient dominées par l'atteinte unguéale, observée chez 15 patients, suivie d'une atteinte du cuir chevelu chez 11 patients. L'atteinte faciale concernait 7 patients, tandis que l'atteinte muqueuse était présente chez 2 patients. Par ailleurs, 6 patients présentaient une érythrodermie.

Dans notre série, 51 % des patients (25 cas) n'ont montré aucune autre localisation associée, ce qui est en accord avec les résultats rapportés dans la majorité des études. Lorsqu'une atteinte supplémentaire était présente, elle concernait principalement le corps (31 % des cas), ce qui est cohérent avec les

résultats de l'étude menée par Kumar Bhushan et al. en Inde (3). Les autres localisations observées étaient le cuir chevelu (10 %) et les ongles (8 %).

L'atteinte unguéale moins fréquente dans notre étude par rapport à d'autres séries pourrait refléter des variations géographiques ou des différences dans les critères de sélection des patients. Ces divergences mettent en lumière l'importance d'une analyse régionale des caractéristiques cliniques du psoriasis PP, qui pourrait être influencée par des facteurs génétiques, environnementaux ou des différences dans la prise en charge thérapeutique.

Tableau 15. Comparaison selon les autres localisations associées du psoriasis dans différentes études

L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	Nombre de cas de psoriasis PP	Absence des autres localisations de psoriasis (%)	Présence des autres localisations de psoriasis présents(%)	Localisation la plus fréquemment associées au PPP (%)
Kumar Bhushan et al	Inde (3)	532	69,7%	30,3%	Le corps (94%)
Farley Elizabeth et al	Dallas, Texas (26)	150	–	–	Les ongles (60 %)
Khandpur Sujay et al	Inde (20)	154	78,6 %	21,4 %	-
Anandan Venkatesan et al	sud de l'Inde (2)	237	–	–	Les ongles (39 %)
Timotijević Zorica Sojević et al	13 pays (1)	2883	40 %	60%	–
Professeur Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae	Maroc-Fès (27)	22	–	–	l'atteinte unguéale (68%)
Notre série	Maroc-Meknès	49	51 %	49%	le corps (31 %)

6. L'IMC et TT

L'IMC est un indicateur utilisé pour évaluer la corpulence d'un individu. Il est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres). Un IMC considéré comme normal se situe généralement entre 18,5 et 24,9, ce qui reflète une corpulence saine. En revanche, lorsque l'IMC dépasse ces seuils, il est classifié comme pathologique :

- ▲ IMC insuffisant (sous-poids) : inférieur à 18,5
- ▲ Surpoids : entre 25 et 29,9
- ▲ Obésité modérée (obésité de classe 1) : entre 30 et 34,9
- ▲ Obésité sévère (obésité de classe 2) : entre 35 et 39,9
- ▲ Obésité morbide (obésité de classe 3) : supérieur ou égal à 40

Le périmètre abdominal ou TT désigne la circonférence de l'abdomen, mesurée généralement au niveau du nombril ou légèrement au-dessus, afin d'évaluer la répartition de la graisse corporelle. Il s'agit d'un indicateur clé pour évaluer le risque métabolique, notamment le risque de diabète et de maladies cardiovasculaires. Il est considéré comme pathologique lorsque ses valeurs dépassent certains seuils :

- ▲ Femmes : TT supérieur à 80 cm
- ▲ Hommes : TT supérieur à 94 cm

Le lien précis entre surpoids/obésité et le psoriasis n'est pas encore entièrement élucidé. Cependant, de nombreuses études ont mis en évidence une prévalence accrue de la surcharge pondérale chez les patients atteints de

psoriasis, tout comme une association inverse suggérant une influence réciproque (56).

Plusieurs études ont établi un lien entre la sévérité du psoriasis, l'IMC des patients et leur périmètre abdominal, ce dernier étant un indicateur d'un excès de masse adipeuse au niveau de l'abdomen. Or, ce tissu graisseux libère une quantité significative d'adipokines, des molécules pro-inflammatoires telles que le TNF-alpha et certaines interleukines. Cette production favorise ainsi un le processus inflammatoire. Cette interaction a également un impact sur la réponse aux traitements, car les patients psoriasiques en surpoids ou obèses semblent moins bien réagir aux thérapeutiques systémiques, qu'il s'agisse de traitements topique, systémique ou de biothérapies (57).

Pour mieux comprendre la nature des liens entre obésité et psoriasis, des chercheurs ont entrepris la première étude prospective d'une large cohorte représentative de la population générale pour analyser les liens entre poids, répartition corporelle des graisses et psoriasis en Norvège entre 1984 et 2008. Les résultats ont montré qu'une personne obèse avait un risque augmenté de 87 % de développer un psoriasis, par rapport à une personne ayant un IMC normal. Des résultats similaires ont été observés avec le périmètre abdominal (60).

Une ancienne étude scandinave réalisée en 1986 a révélé que la prévalence de l'obésité était particulièrement élevée chez les femmes souffrant de psoriasis. (62)

Une étude danoise, publiée dans *le Journal of Clinical Nutrition*, a mis en évidence que la perte de poids exerce un effet bénéfique significatif et durable

sur les symptômes du psoriasis ainsi que sur la qualité de vie des patients atteints de surcharge pondérale (65). Ces résultats concordent avec ceux d'une étude antérieure, présentée lors du *Congrès annuel de l'American College of Rheumatology* en 2015 à San Francisco. Les chercheurs avaient analysé les données de plus de 9 000 patients ayant subi une chirurgie bariatrique entre 2002 et 2013, parmi lesquels 86 étaient atteints de psoriasis et 21 avaient un rhumatisme psoriasique. Ils ont relevé que respectivement 55 % et 62 % de ces patients avaient constaté une amélioration subjective de leur maladie dans les mois suivant leur opération (59) (61).

Une étude réalisée en Utah, aux États-Unis, a révélé que la prévalence de l'obésité chez les patients souffrant de psoriasis dépasse celle observée dans la population générale. D'après les auteurs, l'obésité paraît plus être la conséquence qu'un facteur de risque du psoriasis (63).

Une autre étude réalisée aux États-Unis, ayant suivi 78 826 femmes pendant 14 ans, a révélé une association claire entre l'IMC et le risque de développer un psoriasis. En effet, les évaluations régulières (tous les deux ans) de l'IMC, du tour de taille et du rapport taille/hanches depuis l'âge de 18 ans ont permis de mettre en évidence que ces facteurs augmentent le risque d'apparition du psoriasis. D'après les auteurs, ce risque croît proportionnellement avec l'augmentation de l'adiposité, soulignant une relation dose-réponse nette et significative (64).

L'impact de l'IMC et du TT sur le Psoriasis PP : Plusieurs études ont exploré la relation entre l'IMC, le TT et le psoriasis, suggérant que l'excès de poids pourrait être un facteur de risque. Cependant, malgré l'abondance des

données concernant le psoriasis en général, peu d'études se sont spécifiquement intéressées à la relation entre ces facteurs et le psoriasis PP. Cette absence de données soulève des questions concernant les spécificités de cette forme de psoriasis et l'impact de l'IMC et du TT sur son développement et sa gravité.

Dans notre série, la majorité des patients étudiés (86 %) avaient un IMC et un tour de taille dans les normes, ce qui contraste avec les données de littérature qui montrent une association claire entre l'obésité et le psoriasis, notamment la forme sévère de la maladie. Cette discordance peut être expliquée par plusieurs facteurs. Tout d'abord, notre échantillon pourrait être biaisé, avec une majorité de patients moins susceptibles de présenter des formes sévères de psoriasis ou des facteurs associés à l'obésité. De plus, la forme PP du psoriasis pourrait ne pas être directement liée à l'obésité, ce qui expliquerait l'absence de corrélation évidente dans notre étude.

Cependant, il est intéressant de noter qu'une augmentation conjointe de l'IMC et du tour de taille a été observée chez 12% des patients. Ce résultat peut suggérer qu'il existe une minorité de patients chez qui un excès de poids, associé à un tour de taille accru, pourrait avoir un impact potentiel sur l'évolution de la maladie. La prise en charge de ces patients doit donc nécessiter une attention particulière en raison des effets potentiellement inflammatoires du tissu adipeux.

Globalement, bien que notre étude montre une prévalence élevée d'un IMC et d'un tour de taille dans les normes chez la majorité des patients, la présence d'un petit nombre de cas avec une augmentation conjointe de ces 2

paramètres soulève des questions intéressantes sur l'interaction potentielle entre ces facteurs et le psoriasis, particulièrement pour les formes plus sévères. Des recherches supplémentaires, avec un échantillon plus large et un suivi plus approfondi, seraient nécessaires pour mieux comprendre la relation exacte entre ces facteurs et la forme PP du psoriasis.

7. Atteintes systémiques (articulaire, digestif)

Une étude transversale réalisée en Espagne entre janvier et novembre 1999 a évalué les caractéristiques cliniques et épidémiologiques du psoriasis, incluant un total de 1774 patients. Ferrandiz et al, (21) ont rapporté une atteinte articulaire dans 17 % des cas de psoriasis, avec 10 % des patients signalant des arthralgies. L'arthrite psoriasique a été diagnostiquée chez 9,4% des patients, et une déformation articulaire a été observée chez 4,9 % d'entre eux (21).

Dans l'étude menée en Inde entre 2006 et 2008, portant sur 154 patients atteints de psoriasis PP (20), une atteinte articulaire associée a été observée dans 6 % des cas.

Dans l'étude menée en Caroline du Nord (4), qui a collecté un total de 317 patients atteints de psoriasis, dont 124 patients (39 %) présentant un psoriasis PP, les auteurs ont comparé cette population ayant une atteinte PP à celle des patients sans atteinte PP. Il a été observé que 51,6 % des patients ayant un PPP présentaient une atteinte articulaire.

Dans notre série, l'atteinte articulaire a été observée chez 10 % des patients atteints de psoriasis PP, ce qui se situe entre les résultats rapportés

par l'étude indienne (6 %) et l'étude espagnole (17 %), mais reste nettement inférieur aux 51,6 % rapportés en Caroline du Nord.

La disparité entre les études peut être liée aux critères de définition de l'atteinte articulaire. Certaines études incluent uniquement l'arthrite psoriasique confirmée par imagerie, tandis que d'autres considèrent toute symptomatologie articulaire (douleurs, raideur, gonflement). Ainsi, une différence dans la taille des échantillons et la sélection des patients peut également influencer les résultats.

Nos résultats confirment que l'atteinte articulaire dans le psoriasis PP n'est pas systématique mais reste présente dans une proportion variable selon les études. La forte prévalence observée en Caroline du Nord pourrait s'expliquer par un biais de recrutement (échantillon comportant plus de patients avec atteinte articulaire) ou par des critères diagnostiques plus sensibles. En revanche, nos résultats sont plus proches de ceux rapportés en Inde et en Espagne, ce qui renforce l'idée que l'atteinte articulaire dans le psoriasis PP est relativement peu fréquente.

Tableau 16. Atteinte articulaire des patients atteints de PPP selon différentes études

L'auteur	Le pays et la référence bibliographique	Atteinte articulaire (%)
Ferrándiz Carlos et al	Espagne (21)	17 %
Khandpur Sujay et al	Inde (20)	6 %
Pettey Adam et al	Caroline du Nord (4)	51,6 %
Notre série	Maroc–Meknès	10 %

IV. Les données paracliniques :

Le diagnostic du psoriasis repose sur l'examen clinique. Aucun examen paraclinique n'est requis pour poser le diagnostic lorsque les signes cliniques sont caractéristiques (18).

1. Bilan biologique

a. CRP :

De multiples études se sont intéressées à l'augmentation des niveaux de la CRP chez les patients souffrant de psoriasis, ainsi qu'à la fonction de ce marqueur dans l'évaluation de la gravité et du suivi de l'évolution de la maladie. Les données disponibles suggèrent que des taux élevés de CRP sont principalement observés dans les formes modérées à sévères du psoriasis, et qu'une réduction notable des niveaux de CRP survient généralement au cours du traitement (28).

Afin d'évaluer la réduction du taux sérique de protéine C-réactive (CRP) sous l'effet d'une thérapie par ultraviolets B à bande étroite (NB-UVB), une étude a été menée auprès de patients atteints de psoriasis en plaques, référés à l'hôpital Farshchian à Hamadan, en Iran, entre mars 2009 et mars 2010, incluant un total de 25 cas. Les concentrations initiales de CRP chez ces patients étaient supérieures aux valeurs normales. Après traitement, une diminution significative de ces taux a été observée, avec une baisse plus marquée chez les patients présentant une meilleure réponse thérapeutique.

Les individus atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère montraient une inflammation systémique active, attestée par des taux élevés de CRP, et une corrélation a été établie entre la sévérité des lésions cutanées et ces taux. La photothérapie a permis non seulement une amélioration des lésions psoriasiques, mais également une atténuation de l'inflammation systémique, se traduisant par une réduction des niveaux de CRP (30).

CRP, bien que non spécifique, est reconnue comme le biomarqueur le plus sensible de l'inflammation, son élévation étant proportionnelle à l'étendue des lésions tissulaires et à la sévérité du processus inflammatoire. De multiples études ont mis en évidence une corrélation entre l'augmentation des taux sanguins de CRP, l'activation des neutrophiles et le développement de pathologies cardiovasculaires, suggérant ainsi que la CRP pourrait constituer un facteur de risque indépendant de ces affections (31).

Une étude réalisée au sein du département de dermatologie d'un établissement de soins tertiaires dans le sud de l'Inde, entre septembre 2012 et décembre 2013, a impliqué 100 patients souffrant de psoriasis en plaques.

Cette étude a révélé que la protéine C-réactive (CRP) pourrait servir de marqueur pertinent pour évaluer la gravité du psoriasis et pourrait être utilisée pour surveiller l'évolution de la maladie ainsi que l'efficacité de son traitement. Par ailleurs, des niveaux élevés de CRP peuvent constituer un facteur de risque indépendant de maladies cardiovasculaires chez les patients psoriasiques (31).

La CRP dans le PPP : Bien que des données soient disponibles concernant le rôle de la CRP dans le psoriasis en général, aucune information spécifique n'a été trouvée sur l'implication de la CRP dans le psoriasis PP. Les

études existantes se concentrent principalement sur les niveaux de CRP dans le cadre du psoriasis cutané global, sans distinction particulière pour les formes PP.

Dans notre série, la CRP a été mesurée chez tous les patients afin d'évaluer l'intensité de l'inflammation et d'obtenir une idée sur la gravité du psoriasis. Les résultats étaient normaux dans 96 % des cas, tandis que la CRP était légèrement élevée dans 4% des cas, ce qui suggère que l'inflammation systémique, bien qu'observable dans les formes plus étendues de psoriasis, n'est pas significativement impliquée dans la forme PP. Cela pourrait indiquer que cette forme de psoriasis reste localisée, avec une réponse inflammatoire limitée à la peau, sans provoquer de réaction systémique notable.

Cependant, l'élévation modérée de la CRP dans certains cas pourrait suggérer une inflammation plus persistante ou la présence de facteurs sous-jacents nécessitant une investigation plus approfondie.

b. La calcémie :

La relation entre l'hypocalcémie et le psoriasis reste encore mal élucidée. Toutefois, les recherches ont mis en évidence le rôle essentiel du calcium en tant que régulateur des kératinocytes (32).

L'hypocalcémie peut être liée à une pustulose généralisée, qu'elle survienne chez un patient avec ou sans antécédents de psoriasis. Il apparaît que l'hypocalcémie pourrait jouer un rôle dans l'apparition de cette pustulose, dans la mesure où sa correction est souvent suivie d'une amélioration clinique. Bien que les mécanismes physiopathologiques sous-jacents ne soient pas

entièrement compris, certaines études ont identifié des mutations du gène IL36RN dans quelques cas (29).

Dans notre série, la calcémie n'a été dosée que chez les patients atteints de psoriasis pustuleux (soit 35% des cas) afin de dépister une éventuelle hypocalcémie, et tous les dosages sont revenus normaux. Ces résultats suggèrent une absence d'impact significatif sur le métabolisme calcique dans le PPP pustuleux chez la population étudiée.

Ces résultats normaux pourraient également signifier qu'il n'y a pas de comorbidités associées perturbant le métabolisme du calcium chez les patients ayant un psoriasis PP pustuleux, ce qui est rassurant en termes de gestion clinique.

2. Données anatomo-pathologiques

La biopsie cutanée n'est pas réalisée de manière systématique, elle est indiquée uniquement en cas de doute diagnostique face à des lésions atypiques (18).

En Italie, une étude rétrospective a été réalisée sur tous les cas de psoriasis PP répertoriés entre janvier 2017 et juillet 2022, dans le but de déterminer les caractéristiques histologiques associées à cette affection à partir d'une série de 21 cas. Bien qu'une biopsie ne soit généralement pas nécessaire lorsque les manifestations cliniques sont typiques, l'examen histopathologique reste essentiel dans les cas difficiles de diagnostic de PP. D'après les résultats trouvés, les caractéristiques histologiques les plus suggestives d'un diagnostic de PPP incluent la parakératose alternée avec des

zones orthécatiques, la perte de la couche granulaire et la présence de neutrophiles dans le stratum corneum, tandis que la spongiose et l'exocytose lymphocytaire ne permettent pas d'exclure ce diagnostic (25).

Dans notre étude, la biopsie palmaire ou plantaire a été réalisée dans 6% des cas, et les résultats histologiques ont révélé des lésions caractéristiques du psoriasis. Ce faible pourcentage de biopsies réalisées pourrait refléter une approche diagnostique principalement clinique, où la présentation typique suffit à établir le diagnostic, ce qui concorde avec les données de la littérature.

3. Bilan radiologique

L'imagerie est indiquée en cas de suspicion de rhumatisme psoriasique. Elle constitue un élément clé du diagnostic, permettant de mettre en évidence les caractéristiques spécifiques de la maladie et de la distinguer des autres spondyloarthrites (33).

Caractéristiques radiographiques du rhumatisme psoriasique : Les signes tardifs du rhumatisme psoriasique observés en radiographie conventionnelle incluent l'ossification des enthèses pouvant conduire à une fusion articulaire, des érosions périarticulaires et enthésopathiques, une périostite ainsi qu'une ostéolyse. Autrefois, l'imagerie était principalement corrélée à l'atteinte synoviale en tant que manifestation articulaire spécifique du rhumatisme psoriasique. Cependant, avec l'émergence de techniques d'imagerie avancées telles que l'IRM et l'échographie, il est désormais possible d'examiner « l'organe articulation » dans sa globalité et de mieux identifier l'élément fondamental du rhumatisme psoriasique : l'enthèse. L'avantage majeur de ces techniques réside dans leur capacité à détecter précocement les

altérations anatomiques, bien avant qu'elles ne deviennent visibles en radiographie conventionnelle (34).

Dans notre étude, la radiographie a été réalisée chez 2 patients présentant des manifestations articulaires fonctionnelles. Ce faible nombre de radiographies suggère que cet examen a été réservé aux cas où une atteinte articulaire était cliniquement suspectée. Cela souligne que dans les formes localisées de psoriasis PP, l'atteinte articulaire est moins fréquente, rendant ainsi l'utilisation de la radiographie rarement nécessaire.

V. Les comorbidités

Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique chronique qui est fréquemment associée à diverses comorbidités (47). Bien que le psoriasis affecte surtout la peau et les articulations, il s'agit d'un trouble inflammatoire systémique caractérisé par une altération de l'immunité adaptative et innée, avec des conséquences allant au-delà des lésions évidentes (48). Il est fortement associé à des manifestations cliniques du syndrome métabolique, notamment l'obésité, l'hypertension, la dyslipidémie, diabète de type 2, la résistance à l'insuline et la stéatose hépatique. La force de ces associations a été confirmée par plusieurs études (54).

Dans le psoriasis, les médiateurs pro-inflammatoires circulants déclenchent une réponse inflammatoire systémique, ce qui est responsable de l'apparition de ces comorbidités (47).

Le psoriasis a été lié à un risque accru d'événements cardiovasculaires indésirables ainsi qu'à une mortalité toutes causes confondues. Des études ont confirmé une élévation du risque d'IDM et d'AVC, avec un risque relatif qui augmente chez les jeunes patients et avec la sévérité de la maladie (53).

Une étude menée au Royaume-Uni a inclus 9 035 patients âgés de 25 à 64 ans atteints de psoriasis. Les résultats ont révélé que le psoriasis était globalement associé à une prévalence plus élevée de maladies chroniques, notamment la maladie pulmonaire chronique, le diabète avec complications systémiques et les maladies hépatiques (22).

Dans la littérature, les données sur les comorbidités associées spécifiquement au psoriasis PP sont rares. La plupart des études traitent des comorbidités du psoriasis en général, sans distinction particulière pour la forme PP.

1. Rhumatisme

Le rhumatisme psoriasique est une affection inflammatoire chronique qui affecte jusqu'à 40 % des patients atteints de psoriasis cutané. L'atteinte articulaire présente une variabilité clinique importante, certaines formes ressemblant à la polyarthrite rhumatoïde, tandis que d'autres se rapprochent des spondylarthropathies, et sont dès lors considérées comme faisant partie de cette entité. La prise en charge thérapeutique est adaptée au type d'atteinte, mais repose initialement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le méthotrexate, avec l'ajout d'un anti-TNF α si nécessaire. De nouvelles options thérapeutiques, ciblant des cytokines impliquées dans la physiopathologie du rhumatisme psoriasique, notamment l'IL-12, l'IL-23 et l'IL-17, sont désormais disponibles ou en cours d'évaluation (35).

Le rhumatisme psoriasique doit être envisagé en présence de douleurs inflammatoires caractéristiques, telles que des réveils nocturnes, une raideur matinale prononcée, et une aggravation des symptômes au repos, chez les patients atteints de psoriasis. Il peut affecter plusieurs régions ostéo-articulaires, incluant les enthèses, les articulations, le rachis et provoquer des dactylites (36).

Dans près de 80% des cas, l'atteinte articulaire se manifeste simultanément ou secondairement à l'atteinte cutanée. Toutefois, dans 20 % des cas, les manifestations cutanées peuvent apparaître après l'atteinte rhumatismale. Il existe également des rhumatismes psoriasiques sans psoriasis, où l'historique familial de psoriasis peut orienter le diagnostic (37).

Dans notre étude, le rhumatisme est apparu comme la comorbidité la plus fréquente, affectant 16 % des patients atteints de psoriasis PP. Ce taux suggère une association non négligeable entre cette forme de psoriasis et les manifestations rhumatologiques. Cela soulignent l'importance d'un dépistage systématique des symptômes articulaires chez les patients atteints de psoriasis PP, afin d'identifier précocement une éventuelle arthropathie psoriasique et d'optimiser la prise en charge.

2. Le syndrome métabolique

D'après les données de la littérature, Le syndrome métabolique est la comorbidité la plus courante chez les patients atteints de psoriasis et constitue un facteur de risque majeur pour les maladies CVx, qui sont une cause importante de mortalité dans cette population. Bien que la relation causale entre ces deux affections ne soit pas entièrement clarifiée, la physiopathologie sous-jacente suggère que des prédispositions génétiques et des mécanismes inflammatoires partagés jouent un rôle clé dans leur association (47). La pathogenèse du syndrome métabolique semble être liée à l'élévation des taux d'adipocytokines, telles que le facteur de nécrose tumorale et l'adiponectine. C'est pourquoi les agents biologiques, notamment les anticorps anti-TNF α ,

sont recommandés comme traitement de première intention pour les patients psoriasiques présentant un syndrome métabolique (47).

La prévalence du syndrome métabolique, un trouble complexe regroupant plusieurs pathologies augmentant le risque CV, varie entre 20 % et 50 % chez les patients souffrant de psoriasis, et tend à augmenter avec la sévérité de la maladie (47).

Une étude majeure réalisée au Royaume-Uni a montré une prévalence plus élevée du syndrome métabolique chez les participants atteints de psoriasis par rapport aux témoins. Cette étude a également été la première à démontrer une relation entre la sévérité du psoriasis et l'incidence du syndrome métabolique, avec une probabilité accrue de développement de ce syndrome de 22 %, 56 % et 98 % respectivement chez les patients atteints de psoriasis léger, modéré et sévère (49).

Des études épidémiologiques menées aux États-Unis, en Europe et au Japon ont mis en évidence une association entre le psoriasis et le syndrome métabolique. De plus, plusieurs rapports indiquent que le psoriasis constitue un facteur de risque indépendant pour le développement de maladies CVx (47).

Dans notre série, le syndrome métabolique était la deuxième comorbidité la plus fréquente, touchant 10 % de nos patients, cela confirme l'association bien établie entre le psoriasis et les troubles métaboliques, bien que les données spécifiques au psoriasis PP restent limitées. Nos résultats soulignent l'importance d'un dépistage des facteurs de risque métabolique chez les patients atteints de psoriasis, y compris ceux ayant une forme PP. Une

prise en charge précoce des troubles métaboliques permettrait de réduire le risque CVx, qui constitue une des principales causes de morbi-mortalité chez les patients psoriasiques.

3. Dépression

Selon les données de la littérature, les patients souffrant de psoriasis sont plus sujets à développer une dépression que la population générale (45). En effet, Le psoriasis est associé à une série de problèmes psychologiques, allant de l'estime de soi altérée à des troubles plus graves tels que l'anxiété, la dépression, et dans certains cas, des pensées suicidaires. Il est important de souligner que la gravité clinique des lésions cutanées ne correspond pas toujours à l'ampleur de l'impact émotionnel ressenti par les patients. Ainsi, des individus ayant un psoriasis modéré ou sévère peuvent éprouver des difficultés émotionnelles et psychologiques importantes, même si leurs lésions cutanées ne semblent pas aussi graves (39).

La dépression est généralement attribuée à des perturbations des niveaux de divers neurotransmetteurs dans le cerveau. Cependant, des études ont mis en évidence un chevauchement de plusieurs marqueurs inflammatoires entre le psoriasis et la dépression, suggérant une possible relation physiopathologique entre ces deux affections. L'inflammation systémique associée au psoriasis pourrait jouer un rôle dans l'apparition ou l'aggravation des symptômes dépressifs, renforçant ainsi l'importance d'une prise en charge globale incluant l'aspect psychologique chez ces patients (41).

L'étude de Raison et al (41), met en évidence le rôle des réponses immunitaires innées dans la dépression et explore leurs implications thérapeutiques. Les auteurs décrivent plusieurs marqueurs inflammatoires impliqués dans la pathogenèse de la dépression, suggérant que l'inflammation systémique pourrait être un facteur clé dans le développement et l'aggravation des symptômes dépressifs. Cette approche ouvre la voie à de nouvelles stratégies thérapeutiques ciblant l'inflammation pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de dépression associée à des maladies inflammatoires comme le psoriasis. Le traitement du psoriasis peut avoir un effet bénéfique sur la dépression. La dépression associée au psoriasis, en partie due à des niveaux élevés de cytokines pro-inflammatoires, peut être atténuée grâce à l'utilisation de traitements biologiques (44).

Une étude réalisée aux États-Unis visait à évaluer les effets du psoriasis sur la santé en le comparant à d'autres affections médicales, en collectant des données auprès de 35 patients âgés de plus de 18 ans. Les résultats ont montré que 82,9 % des patients ressentaient fréquemment ou constamment le besoin de cacher leur psoriasis, 74,3 % ont indiqué que leur confiance en soi était souvent ou toujours impactée par la maladie, et 45,7 % se sentaient souvent ou toujours déprimés à cause de celle-ci. De plus, 82,9 % évitaient régulièrement ou systématiquement des activités comme la natation et le sport à cause de leur psoriasis, et 35,3 % se sentaient souvent ou toujours gênés dans leurs relations sexuelles en raison de la maladie. Enfin, 22,9 % des patients ont mentionné que leur psoriasis avait influencé leur choix de carrière (38).

Une étude menée en Pologne a inclus 102 patients atteints de psoriasis, avec une moyenne d'âge de $45,2 \pm 17,2$ ans, et a révélé que la majorité des patients (72 %) souffraient de sentiments de stigmatisation liés à leur condition. Cette étude met en lumière l'impact psychologique du psoriasis et souligne la stigmatisation comme un problème majeur pour de nombreux patients atteints de cette maladie (40).

Deux études distinctes menées sur un échantillon de 127 patients par Gupta et al (56), ont mis en évidence qu'une augmentation des poussées de psoriasis et de la sévérité du prurit s'est avérée corrélée à une augmentation du stress et des symptômes dépressifs (56).

Des recherches menées par Akay et al (42), en Turquie, à Izmir, portant sur un total de 120 participants comprenant 50 patients atteints de psoriasis vulgaire, 30 souffrant de lichen plan et 40 sujets sains témoins, ont mis en évidence une corrélation entre le psoriasis et la dépression. Les scores de dépression étaient respectivement de 58 % chez les patients atteints de psoriasis vulgaire, 53 % chez ceux atteints de lichen plan et 20 % chez les témoins sains. De plus, parmi les affections dermatologiques, le psoriasis est la maladie associée au risque le plus élevé de développer une dépression (46).

Une étude réalisée en Italie visait à évaluer la prévalence des symptômes dépressifs chez les patients italiens atteints de psoriasis, afin d'analyser plus en détail la gravité de la maladie dans cette population. L'étude a impliqué 2 391 patients, dont 1 528 hommes (63,9 %) et 863 femmes (36,1 %). La symptomatologie dépressive a été observée chez 1 482 patients, soit 62 % au total (63 % chez les femmes et 61 % chez les hommes) (43).

Contrairement à l'idée reçue, ce n'est pas uniquement le psoriasis qui peut entraîner la dépression. De nombreuses études ont démontré que le psoriasis peut aussi être déclenché par une dépression majeure, en raison de mécanismes immunologiques et neurochimiques. Bien que la dépression soit généralement perçue comme un trouble de santé mentale, elle peut également provoquer des affections cutanées et affecter d'autres organes, comme le cœur (41).

La dépression a été observée chez 8 % des patients atteints de psoriasis PP, faisant d'elle la troisième comorbidité la plus fréquente dans notre série. Cette fréquence semble relativement faible comparée à celle observée dans les formes plus étendues de psoriasis, ce qui pourrait suggérer que les formes localisées, telles que le psoriasis PP, entraînent un impact psychosocial moins important que les formes plus sévères. Cela pourrait également refléter un biais de sélection, où les patients plus symptomatiques ou ayant des comorbidités psychiatriques sévères sont plus susceptibles de consulter.

Cette association démontrée entre la dépression et le psoriasis PP, souligne l'importance d'un suivi psychologique et d'une prise en charge globale, afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de favoriser une approche holistique dans le traitement du psoriasis.

4. MICI

Le psoriasis, la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique sont des affections inflammatoires chroniques présentant des bases génétiques communes. Cependant, les informations concernant la fréquence et le risque

de MC et de RCH chez les patients atteints de psoriasis restent limitées et mal comprises.

Une étude de cohorte nationale danoise, menée sur toutes les personnes âgées de 18 ans et plus, entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 2012, a examiné l'association entre le psoriasis et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MC et RCH). Les résultats ont révélé un risque accru de développer ces affections chez les patients atteints de psoriasis, particulièrement pour les formes sévères de la maladie. De plus, un risque accru de psoriasis a été observé chez les patients souffrant de maladies inflammatoires de l'intestin (50). Ces résultats suggèrent qu'une vigilance particulière concernant les symptômes gastro-intestinaux pourrait être justifiée chez les patients psoriasiques.

Des études épidémiologiques ont établi des associations fortes entre le psoriasis et les MICI, avec un risque accru de MC et de RC chez les patients atteints de psoriasis et vice versa (51).

Une étude réalisée aux Pays-Bas a analysé les données de tous les patients atteints de psoriasis ayant consulté entre 2009 et 2014. Il a été observé que la prévalence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez les patients psoriasiques était environ quatre fois plus élevée que dans la population générale (52).

Dans notre étude, 4 % de nos patients étaient atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Ce résultat met en évidence une possible association entre ces deux pathologies inflammatoires, même si la fréquence observée reste relativement faible, suggérant que, bien que cette

forme localisée de psoriasis puisse partager certains mécanismes physiopathologiques avec les MICI, l'association semble moins marquée que dans les formes plus sévères ou étendues.

Toutefois, cette comorbidité souligne l'importance d'une surveillance des symptômes digestifs chez les patients psoriasiques et du choix de stratégies thérapeutiques adaptées pour une prise en charge optimale.

VI. La sévérité

Une étude réalisée au Royaume-Uni par Yeung Howa et al, a inclus 9 035 patients âgés de 25 à 64 ans souffrant de psoriasis a montré que 51,8 % des patients présentaient une forme légère de psoriasis, 35,8 % une forme modérée et 12,4 % une forme sévère (22).

L'étude rétrospective réalisée par Farley Elizabeth et al, à Dallas, Texas, entre août 2006 et mars 2008, colligeant 150 patients atteints de psoriasis PP a montré que 18 % avaient une forme légère, 48 % une forme modérée et 34 % une forme sévère. La gravité de la maladie PP semble indépendante du degré d'atteinte de la surface corporelle (BSA) (26).

Une étude transversale réalisée par Chung Jina et al, aux États-Unis entre février 2010 et juin 2011 a révélé que 29,2 % des patients présentaient une forme légère, 52,3 % une forme modérée et 18,5 % une forme sévère de la maladie (12).

L'étude descriptive prospective réalisée par Elinkichari Dorsaf et al, sur une période de six mois, de janvier à juin 2021, en Tunisie, incluant 223 patients atteints de psoriasis, dont 33 souffraient de psoriasis PP, a révélé que parmi ces patients, 70 % présentaient une forme sévère de PPP. Cette étude met en évidence que le psoriasis PP est de plus en plus considéré comme un critère de gravité de la maladie psoriasique (6).

En 2016, l'Académie espagnole de dermatologie et de vénéréologie a précisé que les atteintes PP et génitale justifient un traitement systémique, quelle que soit la gravité de la maladie, en raison de leur impact fonctionnel.

Bien que la surface corporelle affectée soit relativement limitée, le psoriasis PP est désormais classé comme une forme sévère de psoriasis (19).

L'étude réalisée en Caroline du Nord, incluant 317 patients atteints de psoriasis, a comparé les patients souffrant de psoriasis PP (n = 124, 39 %) à ceux sans atteinte PP. Les résultats ont révélé que le groupe de patients présentant une atteinte PP avait une sévérité globale de la maladie plus élevée que celle observée chez les autres patients (4).

Une étude menée par Merola et al, (24) a montré que 34 % des patients souffraient d'une forme grave de la maladie, 48 % d'une forme modérée, et seulement 18 % présentaient une forme légère.

L'étude mondiale, regroupant 24 recherches menées dans 13 pays et totalisant 2883 patients atteints de psoriasis PP, a montré qu'il n'existe pas de définition universelle pour catégoriser la sévérité du PPP en termes de formes légères, modérées ou sévères. Toutefois, il est bien établi que la gravité du PPP semble indépendante du pourcentage d'atteinte de la surface corporelle (BSA), et qu'un psoriasis apparemment léger, localisé aux mains ou aux pieds, peut nécessiter un traitement plus intensif que des formes similaires sur d'autres parties du corps (1).

En termes de sévérité, nos résultats sont concordants avec ceux de Farley Elizabeth et al. (26), Chung Jina et al. (12) et Merola et al. (24), qui ont également rapporté une prédominance des formes modérées de psoriasis PP. En revanche, ils divergent de l'étude de Elinkichari Dorsaf et al. (6), qui ont observé une prépondérance de formes sévères, ainsi que de celle de Yeung Howa et al. (22), où les formes légères prédominaient.

Cette variabilité entre les études pourrait s'expliquer par des différences méthodologiques, notamment dans les critères de classification de la sévérité du psoriasis, la population étudiée et les facteurs de susceptibilité génétique et environnementale. De plus, la sévérité du psoriasis PP pourrait être influencée par la prise en charge précoce des patients, l'accès aux traitements et les comorbidités associées. Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation approfondie de chaque patient pour adapter la prise en charge en fonction du degré de sévérité observé.

Tableau 17. Comparaison de la sévérité du psoriasis PP selon les différentes séries

L'auteur et la référence bibliographique	Le degré de sévérité prédominant (%)
Yeung Howa et al (22)	Forme légère (51,8 %)
Farley Elizabeth et al (26)	Forme modérée (48 %)
Chung Jina et al (12)	Forme modérée (52,3 %)
Elinkichari Dorsaf et al (6)	Forme sévère (70 %)
Merola et al (24)	Forme modérée (48 %)
Notre série	Forme modérée (94%)

VII. Les données thérapeutiques

D'après les données disponibles dans la littérature, les traitements topiques à base de corticoïdes puissants et la photothérapie sont généralement considérés comme les options de première ligne pour le traitement du psoriasis PP. Toutefois, environ deux tiers des cas de psoriasis PP sont classés comme des formes sévères, nécessitant une approche thérapeutique systémique. Ces traitements incluent le méthotrexate, l'acitrétine, la cyclosporine A, ainsi que les thérapies biologiques plus récentes (23).

Le méthotrexate (MTX) est souvent considéré comme un traitement de première intention pour le psoriasis PP sévère en raison de son efficacité bien établie pour améliorer les scores de la maladie et l'indice de gravité. L'acitrétine, bien qu'efficace, est généralement considérée comme une alternative moins puissante que le MTX. Lorsque les traitements classiques échouent, les traitements biologiques peuvent être envisagés comme option thérapeutique, offrant une approche plus ciblée pour les cas résistants aux autres traitements (23).

L'introduction des biothérapies a constitué une avancée majeure dans la prise en charge du psoriasis PP. Ces traitements biologiques (comme l'adalimumab, l'ustekinumab ou le sécukinumab) agissent de manière ciblée sur des composants spécifiques du système immunitaire impliqués dans l'inflammation liée à cette pathologie (TNF- α , IL-12, IL-23, IL-17A). Leur efficacité, largement reconnue chez de nombreux patients atteints de formes modérées à sévères de psoriasis, représente un véritable espoir thérapeutique.

Toutefois, leur prescription doit être adaptée à un profil clinique précis, évalué par un dermatologue spécialisé (58).

L'étude descriptive prospective menée sur une période de six mois, de janvier à juin 2021 en Tunisie, colligeant 223 patients atteints de psoriasis, parmi lesquels 33 étaient diagnostiqués avec un psoriasis PP, a montré que 45% des patients ont reçu un traitement topique seul à base de dermocorticoïdes, alors que 55 % avaient reçu ou étaient en cours de traitement systémique et/ou de photothérapie (6).

En 2020, le consensus Delphi de l'International Psoriasis Council a établi une classification des patients psoriasiques en deux catégories de gravité : ceux qui peuvent être traités avec des traitements topiques et ceux qui nécessitent des traitements systémiques. Selon ce consensus, l'atteinte de zones particulières, telles que la zone PP est suffisante pour classer un patient dans la catégorie des candidats aux traitements systémiques, et ce, indépendamment de la surface corporelle affectée (28).

L'étude transversale réalisée aux États-Unis de février 2010 à juin 2011 comparant les caractéristiques cliniques et les résultats rapportés par les patients atteints de psoriasis en plaques (N=1153) et de psoriasis PP (N=66) a montré qu'un pourcentage plus élevé de patients atteints de psoriasis PP nécessitaient un traitement par voie orale, comparé à ceux atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère (55 % contre 37 %) (12).

L'étude rétrospective menée à Dallas, Texas, entre août 2006 et mars 2008 colligeant 150 patients atteints de psoriasis PP, a montré que parmi ces patients, 95 % ont nécessité un traitement systémique à un moment donné (142 cas), après l'échec d'un traitement topique intensif et, dans certains cas, de la photothérapie locale ou de la photochimiothérapie (psoralène plus ultraviolets A). Le traitement systémique le plus fréquemment utilisé, seul ou en association, a été l'acitrétine, administrée à 76 % des patients (114 cas). Les autres traitements incluaient les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale A (10 %), le méthotrexate (7 %) et l'efalizumab (5 %) (26).

Dans notre série, tous les patients ont reçu un traitement local, et 14 % ont bénéficié un traitement systémique dès le début. Au cours de l'évolution, 69 % des patients ont présenté une rechute, et parmi eux, 12 % ont nécessité l'introduction d'un traitement systémique. Ces résultats mettent en évidence la place centrale du traitement local dans la prise en charge du psoriasis PP, utilisé systématiquement chez tous les patients, ce qui rejoint les résultats rapportés dans la littérature. Toutefois, la nécessité d'un traitement systémique initial chez 14 % des patients suggère que certaines formes sont d'emblée plus sévères ou résistantes aux traitements locaux.

Le taux de rechute élevé (69 %) souligne le caractère chronique et récurrent du psoriasis PP, ce qui concorde avec les données de la littérature. La nécessité d'introduire un traitement systémique chez 12 % des patients après rechute reflète probablement une aggravation des symptômes ou une résistance aux traitements locaux prolongés.

Ces résultats insistent sur l'importance d'un suivi rigoureux des patients atteints de psoriasis PP, en adaptant les stratégies thérapeutiques en fonction de l'évolution et de la réponse au traitement. Ils suggèrent également que de nouveaux protocoles thérapeutiques pourraient être explorés pour améliorer le contrôle à long terme de la maladie et limiter les rechutes.

LIMITES ET PERSPECTIVES

I. Limites

Tout au long de notre étude, nous avons rencontré plusieurs défis qui ont compliqué l'avancement de ce travail :

- Un des principaux défis rencontrés a été le recueil des données, en raison de l'incomplétude de certains dossiers. De plus, les scores de sévérité (PASI, DLQI, etc.) n'étaient pas systématiquement utilisés dans notre pratique, en raison du nombre élevé de consultations dermatologiques quotidiennes réalisées au sein du service et du faible nombre de médecins impliqués.
- La population étudiée n'englobe pas l'ensemble des cas de la région, notamment en excluant les patients civils, qui sont rarement orientés vers l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès. L'étude a principalement concerné des patients militaires, présentant des caractéristiques et un mode de vie spécifiques à cette catégorie de malades psoriasiques. Ainsi, la population analysée pourrait ne pas être représentative de la population nationale dans son ensemble.
- Le manque d'études spécifiquement consacrées à la forme PP du psoriasis, tant au Maroc qu'ailleurs, a constitué l'une des principales difficultés rencontrées. En effet, la majorité des informations disponibles ont été collectées à partir d'études sur le psoriasis, où la forme PP n'en représente qu'une partie.

- Une proportion importante de nos patients n'était pas originaire de la région Meknès–Fès, ce qui a rendu le suivi et l'évaluation à long terme de la réponse au traitement plus difficiles pour ces patients.

II. Perspectives:

Vu ces limites, nous considérons les résultats de notre étude comme préliminaires et nécessitant d'être approfondis à l'avenir par les actions suivantes :

- Mener davantage d'études sur le psoriasis PP, une forme clinique non rare du psoriasis, avec des spécificités cliniques, thérapeutiques et fonctionnelles distinctes.
- Réaliser des études prospectives comparatives et multicentriques à plus grande échelle, avec des échantillons plus représentatifs tant sur le plan national qu'international, sur une période plus longue, et surtout avec un suivi prolongé et régulier. Cela devra se faire en utilisant des scores d'évaluation validés et largement utilisés afin de mesurer précisément la réponse au traitement et l'évolution à long terme de la maladie.

L'objectif est de mieux évaluer la prévalence réelle de la forme PP du psoriasis, son impact sur la qualité de vie des patients, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements.

CONCLUSION

À l'issue de cette étude, il apparaît que le psoriasis palmoplantaire est une forme topographique du psoriasis plus fréquente qu'on ne pourrait le penser, présentant des spécificités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Bien que les lésions soient variées, le diagnostic du psoriasis PP reste essentiellement clinique. La biopsie est rarement requise et n'est indiquée qu'en cas de doute diagnostique face à des lésions atypiques.

Le psoriasis PP, comme les autres formes de psoriasis, est une affection inflammatoire chronique. Il a été démontré qu'il existe une association significative entre le psoriasis et certaines maladies, notamment les affections rhumatismales, le syndrome métabolique et les troubles psychiques. Cette corrélation souligne la nécessité d'une prise en charge thérapeutique adaptée intégrant le traitement de ces comorbidités.

Les patients atteints de psoriasis PP présentent un retentissement fonctionnel et psychologique plus important, ainsi qu'une altération plus marquée de leur qualité de vie, comparés à ceux souffrant d'autres formes de psoriasis. Il est donc essentiel de prendre en compte ces éléments pour développer des stratégies thérapeutiques adaptées et assurer une prise en charge globale du patient, favorisant ainsi le contrôle de la maladie.

Le psoriasis PP demeure une forme difficile à traiter en raison de sa résistance aux traitements topiques, nécessitant souvent l'introduction de thérapies systémiques. Les biothérapies portent l'espoir concernant l'amélioration de la maladie et la qualité de vie mais elles se heurtent à un coût élevé et un recul assez court.

En tenant compte des résultats de notre étude, il apparaît crucial d'accorder une attention particulière à cette forme de psoriasis et de mener des recherches ciblées. Une meilleure compréhension de cette pathologie contribuera à une prise en charge optimisée des patients, ouvrant la voie à des traitements plus adaptés et efficaces.

RESUMÉS

RESUMÉ

Rapporteur : Pr ELBENAYE JALAL

Auteur : MOSSADAK FATIM EZAHRA

Titre de la thèse : Le Psoriasis palmoplantaire : Expérience du service de Dermatologie à l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès (À propos de 49 cas)

Introduction :

Le psoriasis est une affection cutanée fréquente touchant environ 2 à 3% de la population mondiale. Classiquement c'est une dermatose érythémato-squameuse chronique qui se caractérise par une prolifération des cellules épidermiques associée à des anomalies de leur différenciation et un état cutané inflammatoire.

Le psoriasis PP représenterait 3 à 4% de l'ensemble des cas de psoriasis et présente des particularités distinctes par rapport aux autres formes de psoriasis. Il se manifeste par des lésions très épaisses, sèches, fissurées et souvent douloureuses, parfois pustuleuses. Cette localisation est particulièrement invalidante gênant les activités quotidiennes et professionnelles.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique colligeant tous les patients suivis au service de dermatologie à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès, pour une localisation PP du psoriasis, durant la période comprise entre le 1er janvier 2022 et 31 décembre 2024.

Résultats :

49 cas de psoriasis PP ont été colligés. L'âge moyen était de 43 ans. Le sexe ratio était de 1.57 avec une prédominance masculine.

L'atteinte PP localisée constituait le principal motif de consultation dans 71 % des cas. Les antécédents personnels étaient présents dans 57 % des cas. L'infection a été identifiée comme facteur déclenchant le plus fréquent dans 10 % des cas.

Le psoriasis PP était symptomatique dans 57%. La forme clinique la plus fréquemment trouvée est le psoriasis en plaques ES dans 43% des cas, suivie de l'hyperkératose dans 38%.

L'atteinte PP bilatérale a été observée chez la plupart des patients, soit 61% des cas. Le siège le plus fréquemment touché était les zones de pression dans 33% des cas. L'analyse de la surface corporelle atteinte a montré une prédominance des formes limitées, avec une atteinte de 1 % de la surface corporelle dans 73% des cas. La majorité des patients (soit 51% des cas) ne présentait aucune autre localisation associée du psoriasis. L'atteinte articulaire a été rapportée chez 10% des cas.

La CRP était normale dans 96% des cas et les comorbidités étaient présentes chez 38 % des cas. 94% des patients avaient une sévérité modérée.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement local (Dermocorticoïdes), et 14% des patients seulement ont reçu un traitement systémique associé.

La rémission a été obtenue chez 98% des patients, complète dans 51% des cas. 69% des patients ont récidivé nécessitant un réajustement thérapeutique.

Discussion :

Notre étude est en parfaite concordance avec les données de la littérature.

En effet, la majorité des études rapporte une prévalence du PPP variant entre 10,1 % et 59 % parmi l'ensemble des patients atteints de psoriasis. La plupart des patients appartenait à une tranche d'âge moyenne, avec une prédominance masculine.

De nombreuses études ont rapporté que le PPP était généralement symptomatique, avec le prurit comme principal signe fonctionnel.

L'atteinte était le plus souvent bilatérale et symétrique, avec une prédominance du phénotype hyperkératosique, localisée le plus souvent au niveau des zones de pression.

Les patients souffrant de PPP ont rapporté une incapacité fonctionnelle importante, et une altération de la qualité de vie plus marquée par rapport à ceux atteints d'autres formes de psoriasis.

Le traitement de première intention reposait sur un traitement topique, avec les dermocorticoïdes comme pilier thérapeutique, permettant d'obtenir une rémission à court terme. Le traitement systémique était largement indiqué dans la prise en charge du psoriasis PP et récemment les biothérapies sont

utilisées pour les cas récalcitrants ou impactant considérablement la qualité de vie.

Conclusion :

Bien que le psoriasis PP soit une forme particulièrement invalidante de la maladie, les études spécifiques à cette variante restent limitées. Le handicap physique et psychique important qu'il cause est majoré par la difficulté de sa prise en charge. Les biothérapies portent l'espoir concernant l'amélioration de la maladie et la qualité de vie mais elles se heurtent à un cout élevé et un recul assez court.

Mots clés : Psoriasis, hyperkératose, pustule, qualité de vie, dermocorticoïdes, biothérapies

Summary

Thesis supervisor: Pr ELBENAYE JALAL

Author: Mossadak Fatim Ezahra

Title: Palmoplantar Psoriasis: Experience of the Dermatology Department, Moulay Ismail Military Hospital, Meknes (About 49 cases)

Introduction:

Psoriasis is a common skin condition affecting around 2–3% of the world's population. Classically, it is a chronic erythematous squamous dermatosis characterized by a proliferation of epidermal cells associated with abnormalities in their differentiation and an inflammatory state of the skin.

PP psoriasis accounts for an estimated 3% to 4% of all psoriasis cases, and has distinctive features compared to other forms of psoriasis. It manifests as very thick, dry, fissured and often painful lesions, sometimes pustular. This localization is particularly disabling, affecting daily and professional activities.

Materials and methods:

This is a retrospective, descriptive and analytical study collecting all patients followed up in the dermatology department of the Moulay Ismail Military Hospital in Meknes, for a palmoplantar localization of psoriasis, during the period between January 1, 2022 and December 31, 2024.

Results:

49 cases of PP psoriasis were collected. The mean age was 43 years. The sex ratio was 1.57, with a male predominance.

Localized PP involvement was the main reason for consultation in 71% of cases. Personal history was present in 57% of cases. Infection was identified as the most frequent trigger in 10% of cases.

PP psoriasis was symptomatic in 57%. The most frequent clinical form found was plaque psoriasis in 43% of cases, followed by hyperkeratosis in 38%.

Bilateral PP involvement was observed in most patients, i.e. 61% of cases. Pressure areas were the most frequently affected site in 33% of cases. Analysis of the body surface area affected showed a predominance of limited forms, with 1% of the body surface area affected in 73% of cases. The majority of patients (51% of cases) had no other associated psoriasis localization. Joint involvement was reported in 10% of cases.

CRP was normal in 96% of cases, and comorbidities were present in 38%. 94% of patients had moderate severity.

All patients received local treatment (Dermocorticoids), and only 14% of patients received associated systemic treatment.

Remission was achieved in 98% of patients, and was complete in 51%. 69% of patients had a recurrence, necessitating readjustment of treatment.

Discussion:

Our study is in perfect agreement with the data in the literature.

Indeed, the majority of studies report a prevalence of PPP ranging from 10.1% to 59% among all psoriasis patients. Most patients were middle-aged, with a predominance of males.

Numerous studies have reported that PPP is generally symptomatic, with pruritus as the main functional sign.

Involvement was most often bilateral and symmetrical, with a predominance of the hyperkeratotic phenotype, most often localized to pressure areas.

Patients suffering from PPP reported significant functional disability, and a more marked deterioration in quality of life than those with other forms of psoriasis.

First-line treatment relied on topical therapy, with dermocorticoids as the mainstay of therapy, achieving short-term remission. Systemic treatment was widely indicated in the management of PP psoriasis, and recently biotherapies have been used for cases that are recalcitrant or have a considerable impact on quality of life.

Conclusion:

Although PP psoriasis is a particularly disabling form of the disease, studies specific to this variant remain limited. The significant physical and psychological handicap it causes is compounded by the difficulty of its management. Biotherapies hold out the hope of improving the disease and quality of life, but they come up against high costs and a relatively short remission period.

Keywords: Psoriasis, hyperkeratosis, pustulosis, quality of life, dermocorticoids, biotherapies

ملخص

المشرف: الأستاذ البناي جلال

المؤلفة: مصادق فاطمة الزهراء

العنوان: الصدفية الراحية الأخمصية: تجربة مصلحة الأمراض الجلدية بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس (دراسة حول 49 حالة)

المقدمة:

الصدفية مرض جلدي شائع يصيب حوالي 2 إلى 3٪ من سكان العالم. وتُعرّف على أنها التهاب جلدي حشفي مزمن يتميز بتكاثر خلايا البشرة مصحوبًا باضطرابات في تمايزها وحالة التهابية في الجلد.

تمثل الصدفية الراحية الأخمصية حوالي 3 إلى 4٪ من جميع حالات الصدفية، وتتميز بخصائص مميزة مقارنة بالأشكال الأخرى من المرض. وتظهر على شكل آفات سميقة جدًا، جافة، متشققة وغالبًا ما تكون مؤلمة، وأحيانًا مترافقة مع بثور. هذا التوضع يعدّ معيّنًا بشكل خاص، حيث يؤثر على الأنشطة اليومية والمهنية.

المواد والطرق:

هذه دراسة استرجاعية وصفية وتحليلية شملت جميع المرضى الذين تمت متابعتهم في مصلحة الأمراض الجلدية بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس، بسبب إصابتهم بالصدفية الراحية الأخمصية، خلال الفترة الممتدة بين 1 يناير 2022 و31 ديسمبر 2024.

النتائج:

تم تسجيل 49 حالة من الصدفية الراحية الأخمصية، وكان متوسط العمر 43 سنة. بلغت نسبة المرض بين الجنسين 1.57 مع غلبة الذكور.

كانت الإصابة الراحية الأخمصية الموضعية السبب الرئيسي للاستشارة في 71٪ من الحالات. وُجدت سوابق شخصية للمرض لدى 57٪ من المرضى، وتم تحديد العدوى كأكثر العوامل المحفزة شيوعًا لدى 10٪ من الحالات.

كانت الصدفية الراحية الأخمصية عرضية لدى 57٪ من المرضى. وكان الشكل السريري الأكثر شيوعاً هو الصدفية اللويحية 43٪ من الحالات، تليها فرط التقرن في 38٪ من الحالات. تمت ملاحظة إصابة راحية أخمصية ثنائية الجانب لدى معظم المرضى، أي في 61٪ من الحالات. وكانت مناطق الضغط هي الأكثر تضرراً بنسبة 33٪. أظهرت دراسة نسبة سطح الجسم المصاب غلبة الأشكال المحدودة، حيث بلغت نسبة الإصابة 1٪ من سطح الجسم في 73٪ من الحالات. ولم يكن لدى غالبية المرضى (51٪ من الحالات) أي موضع آخر للصدفية. كما تم تسجيل إصابة مفصالية لدى 10٪ من الحالات.

كانت قيمة بروتين سي التفاعلي طبيعية في 96٪ من الحالات، وكانت الأمراض المصاحبة موجودة لدى 38٪ من المرضى. كما كانت شدة المرض متوسطة في 94٪ من الحالات. خضع جميع المرضى للعلاج الموضعي باستخدام الكورتيكوستيرويدات الجلدية، في حين تلقى 14٪ فقط علاجاً عاماً مصاحباً.

تم تحقيق خمود المرض لدى 98٪ من المرضى، وكانت هذا الخمود كاملاً في 51٪ من الحالات. ومع ذلك، عاود المرض الظهور لدى 69٪ من المرضى، مما استلزم تعديل العلاج.

المناقشة:

دراستنا تتوافق تماماً مع بيانات الدراسات العلمية. في الواقع، تشير معظم الدراسات إلى وجود انتشار للصدفية الراحية الأخمصية يتراوح بين 10.1٪ و 59٪ من إجمالي المرضى المصابين بالصدفية. وكان معظم المرضى ينتمون إلى فئة عمرية متوسطة، مع غلبة للذكور.

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الصدفية الراحية الأخمصية عادة ما تكون عرضية، مع الحكمة كأهم عرض وظيفي. وكان التضرر غالباً ثنائياً ومتناظراً، مع تفوق للنوع الفائق التقرن، وغالباً ما يكون متموضّعاً في مناطق الضغط.

يواجه مرضى الصدفية الراحية الأخمصية معاناة شديدة من الإعاقة الوظيفية وتدهور أكبر في جودة الحياة مقارنةً بالمرضى المصابين بأشكال أخرى من الصدفية.

كان العلاج الأولي يعتمد على العلاج الموضعي، مع الكورتيكوستيرويدات الجلدية كركيزة علاجية، مما يتيح تحقيق الخمود على المدى القصير. العلاج العام موصى به إلى حد كبير في

معالجة الصدفية الراحية الأخمصية، ومؤخرًا أصبحت العلاجات البيولوجية تُستخدم للحالات المقاومة أو تلك التي تؤثر بشكل كبير على جودة الحياة.

الخاتمة:

على الرغم من أن الصدفية الراحية الأخمصية تعتبر شكلاً معيّنًا بشكل خاص من المرض، إلا أن الدراسات المتخصصة في هذا التوضع من الصدفية لا تزال محدودة. إن الإعاقة الجسدية والنفسية الكبيرة التي تسببها هذه الحالة تزداد بسبب صعوبة معالجتها. تحمل العلاجات البيولوجية الأمل في تحسين المرض وجودة حياة المرضى، لكنها تواجه تحديات تتمثل في التكلفة المرتفعة وفترة التجربة القصيرة نسبيًا.

الكلمات المفتاحية: الصدفية، فرط التقرن، بثور قيحية، جودة الحياة، الكورتيكوستيرويدات الجلدية، العلاجات البيولوجية.

ANNEXES

Fiche d'exploitation « Psoriasis palmoplantaire »

Cas N° :

Identité

- ❖ Nom et prénom
- ❖ Age
- ❖ Sexe
- ❖ Profession
- ❖ Origine géographique
- ❖ Niveau socioéconomique : moyen élevé bas

ATCDs et HDM

❖ Personnels

- Consanguinité
- Maladies chroniques
- Prise médicamenteuse
- Habitudes toxiques
- Autres

❖ Familiaux

- Psoriasis
- Dermatose
- Autres

❖ Age de début du psoriasis

❖ Facteurs déclenchants

- Traumatisme infection médicaments émotions
- indéterminé
- Autre

- ❖ Atteinte localisée PP ou Psoriasis généralisé avec atteinte PP

- ❖ Lésion initiale
 - Plaque
 - Pustule
 - Hyperkératose
 - Fissure

- ❖ Symptomatologie
 - Prurit
 - Douleur
 - Asymptomatique
 - Autres

- ❖ Evolution
 - Stationnaire
 - Aggravation
 - Rémissions poussées

- ❖ Retentissement sur la qualité de vie

Examen clinique

- ❖ Obésité : IMC tour de taille
- ❖ Atteinte palmaire : unilatérale bilatérale
- ❖ Atteinte plantaire : unilatérale bilatérale
- ❖ Siège
 - Pulpe
 - Voute
 - Creux
 - Zone de pression
- ❖ Surface atteinte
- ❖ Atteintes associées
 - ongles muqueuse plis cuir chevelu
 - généralisé
- ❖ Atteinte articulaire
 - Si oui laquelle
- ❖ Autres atteintes :

Examens paracliniques

- ❖ Bilan inflammatoire : CRP Calcémie
- ❖ Biopsie cutanée : oui Non
- Si oui, résultat.....
- ❖ Autres :

ComorbiditésSyndrome métabolique MICI Rhumatisme Dépression **Sévérité****Retentissement sur la qualité de vie****Traitement**

- ❖ Local
 - Lequel :
- ❖ Systémique
 - Lequel :
- ❖ Photothérapie
- ❖ Biologiques

L'évolution

- ❖ Rémission : oui non
si oui :
 - Complète partielle
 - Temps pour obtention de rémission :
- ❖ Rechute : oui non
Si oui :
 - Durée de rémission
 - Fréquence : / An
 - Sévérité : plus idem moins
 - Reprise du traitement : oui non
 - Protocole

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Timotijević Zorica Sojević, Goran Trajković, Janko Jankovic, Milijana Relić, Dragica Đorić, Danica Vukićević, Goran Relić, Dragiša Rašić, Milan Filipović, et Slavenka Janković. « How frequently does palmoplantar psoriasis affect the palms and/or soles? A systematic review and meta-analysis ». *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii* 36, no 5 (octobre 2019): 595–603.
- (2) Anandan Venkatesan, Ramesh Aravamudhan, Saradha Kandasamy Perumal, Rajkumar Kannan, Vanathi Thirunavukkarasu, Shubhra Shukla « Palmoplantar Psoriasis– Ahead in the Race–A Prospective Study from a Tertiary Health Care Centre in South India ». *ResearchGate*, 22 octobre 2024.
- (3) Kumar Bhushan, Abir Saraswat, et Inderjeet Kaur. « Palmoplantar Lesions in Psoriasis: A Study of 3065 Patients ». *Acta Dermato–Venereologica* 82, no 3 (1 mai 2002): 192–95.
- (4) Pettey Adam, Rajesh Balkrishnan, Stephen R Rapp, Alan B Fleischer, et Steven R Feldman. « Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice ». *Journal of the American Academy of Dermatology* 49, no 2 (1 août 2003): 271–75.
- (5) Merola, J. F., T. Li, W.Q. Li, E. Cho, et A. A. Qureshi. « Prevalence of psoriasis phenotypes among men and women in the USA ». *Clinical and Experimental Dermatology* 41, no 5 (1 juillet 2016): 486–89

- (6) Elinkichari Dorsaf, Faten Rabhi, Kahena Jaber, et Raouf Dhaoui. « Palmoplantar Psoriasis: Epidemiological and Clinical Features and Impact on Quality of Life ». *Dermatology Practical & Conceptual* 14, no 3 (1 juillet 2024): e2024191.
- (7) Janagond A.B., A.J. Kanwar, et S. Handa. « Efficacy and Safety of Systemic Methotrexate vs. Acitretin in Psoriasis Patients with Significant Palmoplantar Involvement: A Prospective, Randomized Study ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 27, no 3 (mars 2013).
- (8) S. Darsan, Suruthi Purushothaman, Hasini Budeda, S. S. Ravi, et V. V. V. Satyanarayana. « A Clinical Study on Latest Trends of Psoriasis in Patients Attending Dermatology OPD in a Tertiary Care Center : Latest Trends in Psoriasis ». *Journal of Pakistan Association of Dermatologists* 32, no 2 (1 juin 2022): 264–68.
- (9) Saeedinezhad Z, Dabiri N. A Survey About Psoriasis Patients in Yasuj, Iran *Journal of Clinical car a skills*.2022;3(1):9–12.
- (10) Rauf Sadaf, Saddaf Akhtar, et Farhad Ali. « CLINICAL AND DEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH PSORIASIS AND ITS EFFECT ON THE QUALITY OF LIFE USING DERMATOLOGY QUALITY OF LIFE INDEX: A CROSS SECTIONAL STUDY ». *KHYBER MEDICAL UNIVERSITY JOURNAL* 11, no 4 (29 décembre 2019): 236–39.

- (11) Giofrè Claudia, Gabriella Fabbrocini, Concetta Potenza, Rossana Tiberio, Paolo Gisondi, Claudio Marasca, Carmen M. A. Nuzzo, et al. « Real-World Apremilast Use for Treatment of Plaque Psoriasis in Italy: Patient Perspective, Characteristics, and Clinical Outcomes from the DARWIN Study ». *Advances in Therapy* 40, no 7 (juillet 2023): 3021–37.
- (12) Chung Jina, Kristina Callis Duffin, Junko Takeshita, Daniel B. Shin, Gerald G. Krueger, Andrew D. Robertson, Andrea B. Troxel, Abby S. Van Voorhees, Emily Edson-Heredia, et Joel M. Gelfand. « Palmoplantar psoriasis is associated with greater impairment of health-related quality of life compared to moderate-to-severe plaque psoriasis ». *Journal of the American Academy of Dermatology* 71, no 4 (octobre 2014): 623–32.
- (13) Arun Achar, Loknath Ghoshal, Smriti Chowdhury, Samiran Bisai, Department of Anthropology & TS, Public Health & Nutrition Research Unit, Sidho Kanho Birsha University, Purulia, West Bengal, India
- (14) Suman Babu, et Shankargowda Ireddy. « CLINIC O EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF PALMOPLANTAR PSORIASIS ». *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare* 1, no 7 (6 septembre 2014): 656–660.
- (15) Rao Ashwin, Sujay Khandpur, et M. Kalaivani. « A Study of the Histopathology of Palmo-Plantar Psoriasis and Hyperkeratotic Palmo-Plantar Dermatitis ». *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* 84 (1 janvier 2018): 27.

-
- (16) Jaworecka, Kamila, Dominika Kwiatkowska, Luiza Marek, Funda Tamer, Aleksandra Stefaniak, Magdalena Szczegielniak, Joanna Chojnacka-Purpurowicz, et al. « Characteristics of Pruritus in Various Clinical Variants of Psoriasis: Results of the Multinational, Multicenter, Cross-Sectional Study ». *Life* 11, no 7 (juillet 2021): 623.
- (17) Sampogna F., P. Gisondi, C.F. Melchi, P. Amerio, G. Girolomoni, D. Abeni, et The Idi Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (Improve) Investigators. « Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis ». *British Journal of Dermatology* 151, no 3 (1 septembre 2004): 594–99.
- (18) Damiani G., S. Cazzaniga, R.r.z. Conic, L. Naldi, et Psocare Registry Network. « Pruritus Characteristics in a Large Italian Cohort of Psoriatic Patients ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 33, no 7 (2019): 1316–24.
- (19) Daudén E , L. Puig, C. Ferrándiz, J.L. Sánchez-Carazo, J.M. Hernanz-Hermosa, et the Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. « Consensus Document on the Evaluation and Treatment of Moderate-to-severe Psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 30, no S2 (mars 2016): 1–18.
- (20) Khandpur Sujay, Vijay Singhal, et Vinod K. Sharma. « Palmoplantar Involvement in Psoriasis: A Clinical Study ». *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* 77 (1 septembre 2011): 625.

- (21) Ferrándiz Carlos, Ramon M. Pujol, Vicente García-Patos, Xavier Bordas, et Joan A. Smandía. « Psoriasis of Early and Late Onset: A Clinical and Epidemiologic Study from Spain ». *Journal of the American Academy of Dermatology* 46, no 6 (juin 2002): 867-73.
- (22) Yeung Howa, Junko Takeshita, Nehal N. Mehta, Stephen E. Kimmell, Alexis Ogdie, David J. Margolis, Daniel B. Shin, Rosemary Attor, Andrea B. Troxel, et Joel M. Gelfand. « Psoriasis Severity and the Prevalence of Major Medical Comorbidity: A Population-Based Study ». *JAMA Dermatology* 149, no 10 (1 octobre 2013): 1173-79.
- (23) Klaudia Dopytalska, Piotr Sobolewski, Agata Błaszczak, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka Department of Dermatology, Centre of Postgraduate Medical Education, Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior, Warsaw, Poland
- (24) Merola Joseph F., Abrar Qureshi, et M. Elaine Husni. « Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails ». *Dermatologic Therapy* 31, no 3 (2018): e12589.
- (25) Broggi Giuseppe, Maria Failla, Andrea Palicelli, Magda Zanelli, et Rosario Caltabiano. « Palmoplantar Psoriasis: A Clinico-Pathologic Study on a Series of 21 Cases with Emphasis on Differential Diagnosis ». *Diagnostics* 12, no 12 (6 décembre 2022): 3071.

- (26) Farley Elizabeth, Shamin Masrour, Joanna McKey, et Alan Menter. « Palmoplantar Psoriasis: A Phenotypical and Clinical Review with Introduction of a New Quality-of-Life Assessment Tool ». *Journal of the American Academy of Dermatology* 60, no 6 (juin 2009): 1024–31.
- (27) Prof Mernissi Fatima Zahra et El Hatimi Asmae, « Le psoriasis palmoplantaire : quelle prise en charge ? (A propos de 22 cas) - Centre Hospitalier Universitaire Hassan II ».
- (28) Beygi S., V. Lajevardi, et R. Abedini. « C-reactive Protein in Psoriasis: A Review of the Literature ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 28, no 6 (juin 2014): 700–711.
- (29) El Alami J., H. Ouafa, N. Akhdari, et S. Amal. « Pustulose amicrobienne et hypocalcémie, quelle relation ? » *Annales d'Endocrinologie*, 35ème Congrès de la Société Française d'Endocrinologie, 79, no 4 (1 septembre 2018): 418.
- (30) Farshchian Mahmoud, Akram Ansar, Mohammadreza Sobhan, et Valiollah Hoseinpoor. « C-reactive protein serum level in patients with psoriasis before and after treatment with narrow-band ultraviolet B ». *Anais Brasileiros de Dermatologia* 91, no 5 (2016): 580–83.
- (31) Vadakayil Asha Ramay, Sukumar Dandekeri, Srinath M. Kambil, et Neema M. Ali. « Role of C-reactive protein as a marker of disease severity and cardiovascular risk in patients with psoriasis ». *Indian Dermatology Online Journal* 6, no 5 (2015): 322–25.

-
- (32) N. Lazar, L. El Azizi, H. Salhi, H. El Ouahabi. « Syndrome de Fahr révélé par un psoriasis ». Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, CHU Hassan II, laboratoire d'épidémiologie et de recherche en sciences de la santé, faculté de médecine et de pharmacie, Fès, Maroc, publié par Masson, Elsevier
- (33) Frédéric Lioté, Université de Paris, Centre Viggo-Petersen, service de rhumatologie et Inserm U1132, hôpital Lariboisière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France « Imagerie du rhumatisme psoriasique ». Société Française de Rhumatologie, publié par Masson, Elsevier.
- (34) Tan Ai Lyn, et Dennis McGonagle. « Rhumatisme psoriasique : corrélation entre radiologie et anatomopathologie ». Revue du Rhumatisme 77, no 3 (1 mai 2010): 246-51.
- (35) Berner, Jeanne, et Pascal Zufferey. « Rhumatologie: Rhumatisme psoriasique ». Rev Med Suisse 45657 (14 janvier 2015): 139-42.
- (36) Psoriasis, Association France. « Qu'est ce que le rhumatisme psoriasique ? » Association France Psoriasis (blog), 28 avril 2016.
- (37) Dougados M et al. Spondylarthrite en 100 questions. Ed NHA communication. Godeau P, Herson S, Piette JC- Traité de Médecine, 1996, 2056-58, 3e édition. Ed Flammarion.
- (38) Weiss Stefan C., Alexa B. Kimball, David J. Liewehr, Andrew Blauvelt, Maria L. Turner, et Ezekiel J. Emanuel. « Quantifying the Harmful Effect of Psoriasis on Health-Related Quality of Life ». Journal of the American Academy of Dermatology 47, no 4 (octobre 2002): 512-18.

- (39) Russo Paul AJ, Ralf Ilchef, et Alan J Cooper. « Psychiatric Morbidity in Psoriasis: A Review ». *Australasian Journal of Dermatology* 45, no 3 (2004): 155–61.
- (40) Ewa Hrehorów, Joanna Salomon, Łukasz Matusiak, Adam Reich and Jacek C. Szepietowski Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland
- (41) Sahi Faryal Mustansir, Ayesha Masood, Nuaman A Danawar, Andrew Mekaiel, et Bilal Haider Malik. « Association Between Psoriasis and Depression: A Traditional Review ». *Cureus* 12, no 8 (s. d.): e9708.
- (42) Akay. A, A Pekcanlar, Ke Bozdog, L Altintas, et A Karaman. « Assessment of Depression in Subjects with Psoriasis Vulgaris and Lichen Planus ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 16, no 4 (2002): 347–52.
- (43) Esposito Maria, Rosita Saraceno, Alessandro Giunta, Mara Maccarone, et Sergio Chimenti. « An Italian Study on Psoriasis and Depression ». *Dermatology* 212, no 2 (15 mars 2006): 123–27.
- (44) Patel Nupur, Anish Nadkarni, Leah A. Cardwell, Nora Vera, Casey Frey, Nikhil Patel, et Steven R. Feldman. « Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review ». *American Journal of Clinical Dermatology* 18, no 5 (1 octobre 2017): 613–20.

- (45) Devrimci Ozguven, Halise, Nihal Kundakci, Hakan Kumbasar, et Ayse Boyvat. « The Depression, Anxiety, Life Satisfaction and Affective Expression Levels in Psoriasis Patients ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 14, no 4 (2000): 267–71.
- (46) Gupta MA, Gupta AK. *Br J, dermatol* « Depression and Suicidal Ideation in Dermatology Patients with Acne, Alopecia Areata, Atopic Dermatitis and Psoriasis ». *British Journal of Dermatology* 139, no 5 (1998): 846–50.
- (47) Wu.J.J., A. Kavanaugh, M.G. Lebwohl, R. Gniadecki, et J.F. Merola. « Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis ». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 36, no 6 (juin 2022): 797–806.
- (48) Blake T, Gullick NJ, Hutchinson CE, Barber TM. « Psoriatic disease and body composition: A systematic review and narrative synthesis | PLOS ONE ».
- (49) Langan Sinéad M., Nicole M. Seminara, Daniel B. Shin, Andrea B. Troxel, Stephen E. Kimmel, Nehal N. Mehta, David J. Margolis, et Joel M. Gelfand. « Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Psoriasis: A Population–Based Study in the United Kingdom ». *Journal of Investigative Dermatology* 132, no 3, Part 1 (1 mars 2012): 556–62.

- (50) Egeberg, A., L. Mallbris, R. B. Warren, H. Bachelez, G. H. Gislason, P. R. Hansen, et L. Skov. « Association between Psoriasis and Inflammatory Bowel Disease: A Danish Nationwide Cohort Study ». *The British Journal of Dermatology* 175, no 3 (septembre 2016): 487–92.
- (51) Egeberg Alexander, Jacob P. Thyssen, Johan Burisch, et Jean-Frederic Colombel. « Incidence and Risk of Inflammatory Bowel Disease in Patients with Psoriasis—A Nationwide 20-Year Cohort Study ». *Journal of Investigative Dermatology* 139, no 2 (1 février 2019): 316–23.
- (52) Eppinga Hester, Sietske Poortinga, Hok Bing Thio, Tamar E. C. Nijsten, Veerle J. A. A. Nuij, C. Janneke van der Woude, Robert M. Vodegel, Gwenny M. Fuhler, et Maikel P. Peppelenbosch. « Prevalence and Phenotype of Concurrent Psoriasis and Inflammatory Bowel Disease ». *Inflammatory Bowel Diseases* 23, no 10 (1 octobre 2017): 1783–89.
- (53) Coates Laura C., Oliver FitzGerald, Philip S. Helliwell, et Carle Paul. « Psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis: Is all inflammation the same? » *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 46, no 3 (1 décembre 2016): 291–304.
- (54) Gisondi Paolo, Anna Chiara Fostini, Irene Fossà, Giampiero Girolomoni, et Giovanni Targher. « Psoriasis and the metabolic syndrome ». *Clinics in Dermatology* 36, no 1 (1 janvier 2018): 21–28.

- (55) E, Brenaut. « Prise en charge du psoriasis chez le patient souffrant d'obésité ». Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie, 19 juin 2022. <https://www.realites-dermatologiques.com/2022/06/prise-en-charge-du-psoriasis-chez-le-patient-souffrant-dobesite/>.
- (56) RNPC. « Surcharge pondérale et psoriasis ». RNPC, 23 septembre 2021. <https://www.rnpc.fr/surcharge-ponderale-et-psoriasis/>.
- (57) Snekvik I, et al. Obesity, Waist Circumference, Weight Change, and Risk of Incident Psoriasis: Prospective Data from the HUNT Study. *J Invest Dermatol.* 2017;137(12):2484-90
- (58) BIOPHYTUM. « Qu'est-ce que le psoriasis palmo-plantaire ? » <https://www.biophytum.net/pages/psoriasis-quoi-psoriasis-palmo-plantaire>.
- (59) Clinical Improvements in Psoriasis and Psoriatic Arthritis with Surgical Weight Loss. 2015 ACR/ARHP Annual Meeting September 29, 2015. Abstract Number: 688
- (60) B, Estelle. « Du psoriasis à l'obésité ou de l'obésité au psoriasis ? » Santé sur le Net, l'information médicale au cœur de votre santé, 19 février 2018. <https://www.sante-sur-le-net.com/lien-obesite-et-psoriasis/>
- (61) Psoriasis, Association France. « Psoriasis et obésité : un lien ? » Association France Psoriasis , 2 avril 2017. <https://francepsoriasis.org/actualites/psoriasis-et-obesite-un-lien/.n/>

- (62) Lindegard B. Diseases associated with psoriasis in a general population of 159,200 middle-aged, urban, native Swedes. *Dermatologica* 1986;172:298-304.
- (63) 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;141:1527-34.
- (64) Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Arch Intern Med* 2007;167:1670-5.
- (65) Jensen P, et al. Long-term effects of weight reduction on the severity of psoriasis in a cohort derived from a randomized trial: a prospective observational follow-up study. *m J Clin Nutr*. 2016;104(2):259-65



أطروحة رقم 25/089

سنة 2025

الصدفية الراحية الأخمصية
تجربة مصلحة الأمراض الجلدية بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس
(بصدد 49 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2025/04/03

من طرف

الآنسة مصدق فاطمة الزهراء
المزداة في 12 دجنبر 1998 بالحاجب

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الصدفية - فرط التقرن - بثور قبيحية- جودة الحياة - الكورتيكوستيرويدات الموضعية - العلاج البيولوجي

اللجنة

الرئيس

السيد مودن محمد كريم

المشرف

أستاذ في الطب الباطني

السيد جلال البناي

أستاذ في علم الأمراض الجلدية

أعضاء

السيد علي زينيبي

أستاذ في الطب الباطني

السيد حسن أولغزال

أستاذ في علم مراض الغدد الصماء والأمراض الناشئة عن التحولات الغذائية