

Psoriasis et comorbidités

R. Benmously Mlika, A. Zaouak, H. Hammami, T. Badri, S. Fenniche, I. Mokhtar

Service de Dermatologie-Hôpital Habib Thameur de Tunis

Faculté de médecine de Tunis

Le psoriasis est considéré de plus en plus comme une maladie inflammatoire chronique systémique génétiquement déterminée. En plus de l'atteinte cutanée classiquement décrite, les patients atteints de psoriasis modéré à sévère peuvent avoir des maladies associées appelées comorbidités. Ces dernières sont représentées principalement par les désordres métaboliques et les maladies cardiovasculaires qui augmentent la mortalité chez ces patients, altèrent leur qualité de vie et augmentent par conséquent le coût de la maladie.

Le psoriasis est une des maladies inflammatoires chroniques de l'adulte les plus fréquentes (1). Sa prévalence est estimée entre 2 et 3% de la population Tunisienne (Groupe psoriasis Tunisien, Ann Dermatol Venereol 2012 ; underpress). Elle touche aussi bien les hommes que les femmes avec un âge moyen d'entrée dans la maladie de 30ans. Une comorbidité est définie par la coexistence chez un même patient de plusieurs maladies. Les comorbidités récemment décrites dans le psoriasis ont un facteur commun qui est le syndrome métabolique ou le syndrome de résistance à l'insuline. Ce dernier participe par le biais de l'inflammation à augmenter les risques cardiovasculaires (2). Ces comorbidités sont intéressantes à rechercher afin de mieux évaluer la sévérité du psoriasis d'autant plus qu'elles altèrent considérablement la qualité de vie et diminuent l'espérance de vie chez ces patients.

Nombreuses sont les comorbidités associées au psoriasis. Classiquement, le psoriasis a été décrit en association avec la dépression. En fait, la comorbidité psychiatrique au cours du psoriasis est estimée à 30% (3). Elle touche surtout les sujets dont l'âge est inférieur à 40 ans et est liée à l'intensité du prurit et la présence de troubles du sommeil d'où l'intérêt d'une recherche précoce des symptômes dépressifs chez ces patients. Le psoriasis a aussi été associé à d'autres affections inflammatoires telles que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la spondylarthropathie ankylosante et le rhumatisme psoriasique. Il a aussi été décrit un risque relatif significatif mais faible de lymphome associé au

psoriasis. De plus en plus avec les progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes immunologiques du psoriasis, on a décrit une prévalence accrue du syndrome métabolique et par conséquent une augmentation du risque cardiovasculaire chez ces patients.

Le psoriasis est associé de façon indépendante avec le syndrome métabolique. Son association avec l'obésité est bien documentée expliquée par le fait que les macrophages du tissu graisseux produisent de nombreuses cytokines comme le TNF- α ou l'IL6 (4). Ainsi, le syndrome métabolique est considéré dans le psoriasis comme un état de syndrome inflammatoire chronique avec production de nombreuses cytokines. Cet état d'inflammation expliquerait l'augmentation du risque cardiovasculaire coronarien au cours du syndrome métabolique (2). Récemment, une étude allemande a suggéré que les adipokines peuvent être impliqués dans la physiopathologie du psoriasis ou de ses comorbidités de façon dépendante ou indépendante de l'obésité. Ceci a été réalisé grâce au dosage de 4 types majeurs d'adipokines chez des patients psoriasiques. L'étude a conclu qu'un taux élevé d'adiponectine de haut poids moléculaire et un taux bas de retinol-binding-protein 4 constituent un mécanisme protecteur contre les désordres métaboliques et vasculaires. Contrairement, un taux élevé de l'adipokine pro inflammatoire qui est la visfatine pourrait expliquer l'athérosclérose et les désordres vasculaires rencontrés au cours du psoriasis (5).

En Tunisie, une étude des comorbidités associées au psoriasis a été réalisée au service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur. L'étude a inclus 77 patients d'âge moyen de 47 ans et dont le sex-ratio H/F était de 1,48. Chez ces 77 patients, les comorbidités étaient dominées par l'HTA (18%), le diabète (16%), les troubles psychiatriques (7,7%), la dyslipidémie (6,4%) et les néoplasies associées (3,8%). Chez ces patients, le PASI (Psoriasis Area Severity Index) moyen était de 29 et la forme clinique la plus fréquemment retrouvée était le psoriasis en plaques dans 70% des cas (figure1) suivie par le psoriasis érythrodermique dans

15% des cas (figure2). Une autre étude tunisienne cas-témoins faite au service de dermatologie de l'hôpital la Rabta a conclu à une prévalence plus élevée du syndrome métabolique surtout chez les femmes psoriasiques (6).

En conclusion, à travers cette étude nous mettons l'accent sur la fréquence des comorbidités associées au psoriasis qui doivent être recherchées activement chez ces patients. Ces comorbidités ont une base immunologique qui s'éclaircit de jour en jour ouvrant ainsi de nouvelles perspectives thérapeutiques avec de nouvelles cibles potentielles.

Références :

1. Jullien D. Psoriasis : une maladie systémique inflammatoire chronique. *Annal Dermatol venerol* 2008; 135 :s296-s300.
2. Gulliver WP. Psoriasis et comorbidités cardiovasculaires et métaboliques. *Annal Dermatol venerol* 2008; 135:s301-s306.

Légende:

Figure 1: Psoriasis commun en plaques du tronc



3. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G et al.

Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. *Reumatol Clin* 2011; 7:20-6.

4. You T, Yang R, Lyles MF, Gong D, Nicklas BJ. Abdominal adipose tissue cytokine gene expression. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2005; 288: E 741-7.

5. Gerdes S, Osadtschy S, Rostami-Yazdi M, Buhles N, Weichenthal M

, Mrowietz U. Leptin, adiponectin, visfatin and retinol-binding protein-4-mediators of comorbidities in patients with psoriasis? *Exp Dermatol* 2012; 21: 43-7.

6. Mebazaa A, El Asmi M, Zidi W, Zayani Y, Cheikh Rouhou R, El Ounifi S et al. Metabolic syndrome in Tunisian psoriatic patients: prevalence and determinants. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 705-709.

Figure 2 : Erythrodermie psoriasique.

