



Université Constantine 1 Frères Mentouri
Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie

جامعة قسنطينة 1 الإخوة منتوري
كلية علوم الطبيعة والحياة

Département : biologie animale

قسم : بيولوجيا الحيوان

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master

Domaine : Sciences de la Nature et de la Vie

Filière : Sciences Biologiques

Spécialité : immunologie moléculaire et cellulaire

N° d'ordre :

N° de série :

Le psoriasis: une maladie auto-immune de la peau approche épidémiologique et immunologique au CHU de Constantine

Présenté par : - Mlle **BIBIA ZINEB** **Le 25 /06/2025**
- Mlle **MEZIOUT AYA**
- Mlle **KOLLI RAYAN**
- Mlle **CHENNAF AYA**

Président : MESSAOUDI Saber (MCA - U Constantine 1 Frères Mentouri).

Encadrant : CHAIB Aouatef (MCB – U Constantine 1 Frères Mentouri).

Examinateur(s) : ARIBI Boutheyna (MCB- U Constantine 1 Frères Mentouri).

**Année universitaire
2024 – 2025**

Remerciement

Avant toute chose, nous rendons grâce à Dieu Tout-Puissant, Le Très Miséricordieux, Lui qui nous a accordé la force, la patience et la persévérence tout au long de ce parcours. C'est par Sa volonté que nous avons pu surmonter les difficultés et atteindre ce jour tant attendu.

*Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à **MADAME CHAIB AOUATEF** notre encadrante, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et ses conseils précieux tout au long de ce travail. Son encadrement rigoureux et ses remarques constructives ont grandement contribué à l'enrichissement de ce mémoire.*

*Nous remercions également Madame **MOURI FOUZIA** et Monsieur **KERBAJE MOUHAMMED EL SALEH** pour leur gentillesse, leur soutien et l'attention qu'ils portent toujours à leurs étudiants. Leur présence, leur écoute et leurs encouragements nous ont été d'un grand réconfort tout au long de cette formation.*

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude aux membres du jury académiques pour l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant d'évaluer ce travail.

Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce projet

اهداء

﴿ وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا ﴾

أحمد الله تعالى وأشك «على ما أنعم به علي من قوة وصبر و توفيق، فهو الذي أعايني على إثمار هذا العمل المنشود
إلى سرور والدي الغالي حيد

رحلت بأكرا، لكنك لم تُعقب عن قلبي، علمتني القيم، حب العمل ومواجهة الحياة بشجاعة، هذا العمل هو ثمرة ما زرته في داخلي
اسأل الله أن يرجوك و يجعل مثواك الجنة، سظل دائمًا قد عزتي و فخرني
إلى والدتي الحبيبة صبرة نة

كنت نوع القوة والسكينة في كل لحظة، دعاؤك، دعمك و أيامك بي كان سر اسمراري، جزاك الله عني كل خير و ادامك نورا في حياتي
إلى أخوتي ملاك، شيماء، و نجم الدين
شكراً لوجودكم الدائم و محبكم الصادقة و دعمكم الذي لم ينقطع
إلى عائلتي ببيتها و بوطنها

عادل، صالح، نور الدين، نجيب، عز الدين، بوخيس، ياسين، مصطفى، سهلة ممثة لدعمكم المسئون طوال مسيرة الدراسة
إلى أصدقائي
إيتى بريان و اياش و انيس شكر الصدقة لكم و لوقفكم إلى جانبي و لجمال اللحظات التي قاتلناها خلال هذا المسواء
إلى نفسي

ها أذا اليوم، ابتهكم الكبرى و حفيفكم الأولى، أقف عند آخر محطة من رحلتي الدراسية، حاملة بين يدي ثمرة سنوات من الكفاح
و الصبر والدعا.

ببيبة زنجب

اهداء

﴿ وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا ﴾

﴿ وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ فِي رَسُولِهِ وَالْمُلْكُ مِنْهُنَّ ﴾

بعد سنوات من السعي والاجهاد وبعد لحظات من النعب والخوف والاملها انااليوم اقف على عتبة الشوج مشتله الله او لا اخرا اهدي هذا العمل المنشوع وهذه الخطوة المباركة الى من كان سندى مند البداية من ازال الاشكال عن درسي وحدل عنى الهم وذراع في قلبي الطمأنينة والثبات الى والدي الحبيب لقد كت بظللك حياة وبدعاتك نورا جراك الله عني خير الجزاء واسال الله ان يلبسك تاج الواقار

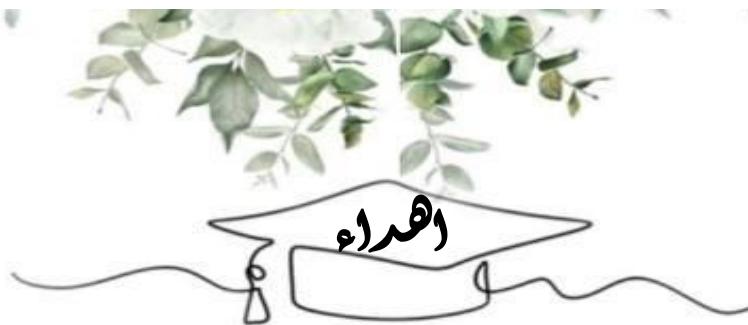
الى امي يا جنتي في الارض كت لي النور حين اظلمت الدنيا والسراج حين تشرت خطواتي، كت دعاء لا ينقطع واحنوا لا تخدوا حنانا لا يشبهه شيء، في كل لحظة ضعف كت قوتي وفي كل لحظة قلق كت طمأنيني

لأخوي العزيزين أنور و ايمان، انتم سندى حين غيل الأيام و ظهري الذي لا ينكسر، انتم جنحاي اللذان حلقت بهما خرو حلمي

الى من كانت لي اخنا لم تلدها امي، الطيبة الحنونه ايمان اشڪ الله على وجودك في حياتي وعلى دفع قلبك و مساندتك الدائمة
والى قطعة من قلبي و فرحة ايمامي الى ابن اخي الصغير جواد، الى من ملا اليت ضمكما و قلبي حبا وجودك نعمه و صوتك حياة الى صديقاتي الغاليات فشكرا لك

ها انااليوم اقف على اعتاب الشوج بقلبي المليء امثانا و حبا
اهدي هذا الإجاز لكم انتم من كثمن بعد سعي الله سبيا في ان اكتب اليوم فصلا جديدا من فصول التجا

مزمو طرارة



وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الى امي ليلي صانعة المعجزات في صمت يا من سهرت الليالي لغرسي في قلبي الامان، يا من حللت هموسي قبل ان انطق لها يامن علمتني ان العلم
نورك ان الكناح لا يضيع ابدا انت فخ عمرى وسس وصولى

الى ابي ابوبكر من جعل من الحب مسؤلية من العطاء أسلوب حياة يا من لم تدخل يوما لا بالجهد لا بالمال ولا بالدعا يا من كتبت سندا في امانا في سيا المكل خطوة ثانية خطوها انت القدوة انت الاصل

الى اخي معاد ظلي الذي لم تختت سندري في كل لحظة ضعف كدت القوة حين تعبت والهدف، حين ارتبت ووجودك كان نعمة لا قدرها شمن
الى اخي سيرين يا من تحملين من الطيبة والحنان ما ينعش القلب خضورك كان كل شيء اهون و كل حزن اقل اذ شعلة الفرح في عالمي و

فدون أن أنسى ابنة خالي شهيناز أخي التي لم تلد لها أمي على دعمها في حبها

الى عائليتي انا اليوم لست فقط ابنتكم الكبرى انا اليوم مثرة تبكم صوت دعائكم و نتيجة حبكم انا اليوم امن اهلا تقف على عتبة مستقبلها و لا تنسى ابدا من علمها كيف خطوا اهدىكم هذه المذكرة لأنها ليست اخباري وحدى بل من اهلا لشخصياتكم و صورة مصغر لحكم الذي لا يقاس فلتشخروا كما اضحك بانتمائي اليكم لا يسعني الا ان اخص بالشك صديقاتي العزيزات اية مرتقب بـ اية ش اللواتي كن خير سفيفات في هذه الـ رحلة العلمية خضورهن دعمهن و صبرهن كان لوقفهن بخاني اثن لا ينسى فشكرا من القلب لـ كل لحظة صادقة جمعها هذا الشجاع لكم قبل ان يكون لي

فلي ريا



﴿ وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا ﴾

ربِّ أَفْرَغْنِي أَنْ أَشْكُرْ نعمَكَ الَّتِي أَغْمَتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ فَالِّدِي فَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَضَاءُهُ أَدْخِلِنِي بِرَحْمَكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

إِلَى العَزِيزِ الَّذِي حَلَّتْ أَسْمَهُ فَخَرَفَ إِلَىٰ مَنْ كُلِّهُ اللَّهُ بِالْمُهِبَّةِ وَالْوَقَارِ إِلَىٰ مَنْ حَصَدَ الْأَشْوَاكَ عَنْ دُسُونِي وَزَرَعَ لِي الْأَحْمَدَ بِدَلَّا مِنْهَا إِلَىٰ أَبِي كَتَّ

احْجَبْ عَنْ نَفْسِي مَطَالِبِهَا فَكَانَ يَكْشِفُ عَنْ مَا أَشْهَىٰ الْحَجْبَ شَكَرَ الْكَوْنَكَ أَبِي

إِلَىٰ مَنْ عَلِمَتِي الْأَخْلَاقَ قَبْلَ أَنْ أَعْلَمَهَا، إِلَىٰ الْجَسْرِ الصَّاعِدِ بِي، إِلَىٰ الْجَنَّةِ، إِلَىٰ الْيَدِ الْخَيْرِيَّةِ الَّتِي أَزَّالَتْ عَنْ طَرِيقِي الْعَقَبَاتِ وَمَنْ ظَلَّتْ دُعَوَّاهَا خَمْلَ

إِلَىٰ مَنْ وَهَبَنِي اللَّهُ نِعْمَتَهُ وَجَوَدَهُمْ إِلَىٰ مَصْلِحَتِهِ، قَوْتِي وَأَرْضِي الْصَّلَبَةِ الْأَخِي وَأَخْوَاتِي (أَكْرَمُ، سَلَسِيلُ، يَعْقُوبُ، سَرْقِيَّةُ، خَلْدَيَّةُ)

إِلَىٰ خَالِقِي الْعَزِيزِ الْمُسْعِدِ الْمُسْعِلِ إِلَيْهِ مَا تَأْتَيَتْ فِي سَرْفِيَّةِ دَرَبِهِ فِي لَحْظَاتِ الْحَيَاةِ الْمُشْتَبِّهَةِ حَضَنَا دَافِنَا حِينَ يَشَدُّ الْبَرْدَ وَصَوْنَا حَنَوْنَا يَهْمِسُ بِالْأَمَانِ

إِلَى زَوْجِهَا الْكَرِيمِ الرَّجُلِ النَّيْلِ "عَبْدُ الْمَالِك" الَّذِي لَمْ يَخْلُدْ يَوْمًا بِدِرْعِهِ وَقَفَاتِهِ الْصَادِقَةِ وَحَكْمِهِ الْمَادِيَّةِ شَكَرَ الْكَمَا مِنَ الْأَعْمَاقِ

إِبْنَا خَالِقِي كَشْمَا حَقْتَا مَثَالَ الْأَخْيَنِ وَالصَّدِيقَيْنِ اللَّنَانِ تَسْجِعَانِي وَتَسَانِدَانِي أَمْنِي لَكَمَا النَّجَاجِ

إِلَىٰ مَنْ كَانَ الْأَصْلُ وَالْجَذْعُ وَحَلَّتْ فِي قَلْبِهَا حَكَائِيَّاتِ الزَّمْنِ جَلَّتِي الْغَالِيَّةُ وَدُعَا، صَادَقَ أَنْ يَمْدُكَ اللَّهُ بِالْعَافِيَّةِ وَالسَّفَاءِ الْعَاجِلِ

إِلَىٰ خَالِقِي الْعَزِيزَاتِ وَعَمَاتِي الْغَالِيَّاتِ الْلَّوَاتِي كُنْ لِي أَمْهَاتِ الْأَخْرَيَاتِ أَهْدَيْكُنْ مُثْرِيَّ جَهَدِي عَرْفَانًا بِخَمْيلِكُنْ

إِلَىٰ أَخْوَالِي الْكَرَامِ وَأَعْمَامِي الْأَفَاضِلِ شَكَرَ الدَّعْمَكَمْرُ إِلَىٰ سَرْفِ خَالِي الْطَّاهِرِ هَذَا الْإِخْرَازُ لَكَ وَلَدُكَ الَّذِي لَا مُوتَ سَرْعَةَ اللَّهِ عَلَيْكَ

وَإِلَيْهِ مَا أَنْ ضَاقَتْ دِرَالَدِنَا وَسَعَتْ نَخْطَاهُمْ إِلَيْهِ مِنْ بَرَافِقُونِدِي، بِالْقَلْبِ قَلَ الدَّهْرِ صَدِيقَاتِهِ

شناوں (۲)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ABREVIATION

INTRODUCTION GÉNÉRALE

2

Partie bibliographique.....

5

CHAPITRE 01 : La peau.....

6

1. Structure de la peau
- 1.1 L'épiderme.....6
- 1.2 Le derme.....9
- 1.3 La jonction dermo épidermique.....10
- 1.4 L'hypoderme.....10
2. Les fonctions de la peau.....11

CHAPITRE 02 : maladies auto-immunes cutanées et psoriasis.....

14

1. Les maladies auto immunes cutanées
2. Le psoriasis.....17
- 2.1 Étiologie de Psoriasis.....18
- 2.1.1 Facteurs environnementaux.....18
- 2.1.2 Facteurs psychologiques.....19
- 2.1.3 Facteurs de gravité
- 2.1.4 Facteur génétique.....19
- 2.2 Physiopathologie.....19
- 2.3 Les types de psoriasis.....23
- 2.3.1 Les formes classiques.....23
- 2.3.2 Les formes plus rares de psoriasis.....25
- 2.3.3 Les formes graves de psoriasis.....27
- 2.4 Diagnostic du Psoriasis.....30
- 2.4.1. Examen Paraclinique.....30
- 2.4.2 Évaluation de la Sévérité (Scores Cliniques)
- 2.4.3 Autres scores moins utilisés
- 2.5 Traitement de psoriasis.....31

Table des matières

2.5.1 Traitements topiques.....	32
2.5.2 Traitement Photothérapie.....	36
2.5.3 Traitements systémiques (formes sévères ou résistantes)	37
Partie pratique.....	39
CHAPITRE 01 : Patients et Méthodes	40
1. Problématique.....	40
2. Objectifs de l'étude.....	40
3. Patients.....	40
3.1 Population cible.....	40
3.2 Sources de données	41
3.3 Questionnaire auprès des patients	41
4. Méthodologie.....	41
CHAPITRE 02 : Résultats et Discussion.....	43
A- Résultats.....	43
❖ D'après les dossiers médicaux.....	43
1. Caractéristiques épidémiologiques des patientes de psoriasis	43
1.1 Sexe	43
1.2 Âge	43
1.3 Wilaya.....	44
2. Caractéristiques épidémiologiques du psoriasis.....	44
2.1 Type du psoriasis	44
2.2 Le Traitement.....	45
3. La corrélation entre types de psoriasis et certaines caractéristiques.....	45
3.1 Corrélation entre le type de psoriasis et le sexe.....	45
3.2 Corrélation entre le type de psoriasis et la Wilaya.....	45
3.3 Corrélation entre le type du psoriasis et le traitement.....	46
3.4 Corrélation entre le type de psoriasis et l'âge.....	46
❖ D'après le Questionnaire.....	47

Table des matières

1. Les zones infectées par le psoriasis.....	47
2. Le psoriasis affecte-t-il la qualité de vie des patients ?.....	47
3. Les patients ont-ils des antécédents familiaux de psoriasis ?.....	47
4. Quels sont les facteurs qui aggravent le psoriasis ?.....	48
5. Est-ce que les patients ont essayé des produits naturels ?.....	48
B- Discussion.....	49
1. Le sexe.....	49
2. Age.....	49
3. La Wilaya.....	50
4. Le Type de psoriasis	50
5. Le Traitement	51
6. Corrélation entre le type de psoriasis et le sexe.....	51
7. Corrélation entre le type de psoriasis et la wilaya	52
8. Corrélation entre le type de psoriasis et le traitement	52
9. Corrélation entre le type de psoriasis et l'âge.....	53
10. Les Zones infectées par le psoriasis.....	53
11. La Qualité de vie.....	54
12. Antécédent familial avec le psoriasis	54
13. Les facteurs externes qui influencent le psoriasis.....	55
14. L'essai du produits naturels.....	55
CONCLUSION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE	59
ANNEX	62
Résumé	69

Liste des tableaux

Tableau 01 : les différentes fonctions de la peau.....	11
Tableau 02 : La répartition des patients selon le sexe.....	43
Tableau 03 : Types de psoriasis	44
Tableau 04 : corrélation entre le psoriasis et l'âge.....	47
Tableau 05 : L'effet du psoriasis sur la qualité de vie	47
Tableau 06 : Les facteurs externes qui influencent le psoriasis.....	48
Tableau 07 : L'essai de produits naturels par les patients.....	48

Liste des figures

Figure 01 : Coupe transversale de l'épiderme.....	09
Figure 02 : Composition cellulaire et extracellulaire du derme.....	10
Figure 03 : représentation schématique de l'hypoderme.....	11
Figure 04 : caractéristiques du psoriasis.....	18
Figure 05 : Étapes successives de la physiopathologie du psoriasis.....	23
Figure 06 : Le psoriasis en plaques.....	24
Figure 07 : Le psoriasis du cuir chevelu.....	24
Figure 08 : Le psoriasis des ongles.....	25
Figure 09 : Le psoriasis inversé (psoriasis des plis)	26
Figure 10 : Le psoriasis des muqueuses.....	26
Figure 11 : Le psoriasis palmo-plantaire.....	27
Figure 12 : Le psoriasis du visage.....	27
Figure 13 : Le psoriasis érythrodermique.....	28
Figure 14 : Le psoriasis pustuleux.....	29
Figure 15 : Le rhumatisme psoriasique.....	29
Figure 16 : Le psoriasis de l'enfant.....	30
Figure 17 : arbre décisionnel et stratégie thérapeutique.....	32
Figure 18 : répartition des patients selon l'âge.....	43
Figure 19 : la répartition des patients selon la Wilaya.....	44
Figure 20 : le traitement utilisé pour traité le psoriasis.....	45
Figure 21 : corrélation entre le type du psoriasis et le genre.....	45
Figure 22 : corrélation entre le type du psoriasis et la Wilaya.....	46
Figure 23 : corrélation entre le type de psoriasis et le traitement.....	46
Figure 24 : Les zones infectées par le psoriasis.....	47
Figure 25 : l'antécédent familial avec le psoriasis.....	48

Liste des abréviations

Rayons UV : rayons ultraviolets

DEJ : Jonction Dermo-Épidermique

O₂ : Oxygène

CO₂ : Dioxyde de carbone

NM : nanomètre

mm: millimetre

TLR: Toll-Like Receptors

APC : Cellules présentatrices d'antigènes

LC : Cellules de Langerhans

DD : Cellules dendritiques dermiques

PDC : Cellules dendritiques plasmacytoides

iDC : Cellules dendritiques inflammatoires

NK : Natural Killer

NKT : Natural Killer T

ILC : Innate Lymphoid Cells

Th1 : Lymphocytes T helpers de type 1

Th2 : Lymphocytes T helpers de type 2

Th17: Lymphocytes T helpers de type 17

Th22: Lymphocytes T helpers de type 22

Th9: Lymphocytes T helpers de type 9

Th25 : Lymphocytes T helpers de type 25

Treg : Lymphocytes T régulateurs

Tr1 : Lymphocytes T régulateurs de type 1

LTreg : Lymphocytes T régulateurs

CMH : Complexe Majeur d'Histocompatibilité

TCR: T-Cell Receptor

NO: Monoxyde d'azote

VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor

MCP-1: Monocyte Chemoattractant Protein-1

IL : Interleukine

IFN- γ : Interféron gamma

TNF- α : Tumor Necrosis Factor alpha

PASI: Psoriasis Area and Severity Index

DLQI: Dermatology Life Quality Index

BSA: Body Surface Area

PGA : Physician's Global Assessment

UVB : Ultraviolet B

PUVA : Psoralène + UVA

D3 : Vitamine D3

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

MTX : Méthotrexate

CsA: Cyclosporine A

DEX : Dexeryl

ADA: Adalimumab

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La peau est l'organe le plus vaste et le plus lourd du corps humain. Chez un adulte, elle couvre environ 2 m² de surface et peut peser entre 4 et 10 kg. En plus de cette présence physique impressionnante, elle joue un rôle fondamental dans notre équilibre. Elle nous protège chaque jour des agressions extérieures, régule notre température corporelle, participe à la synthèse de certaines hormones, et agit aussi comme une barrière immunitaire.

Avec le vieillissement de la population et l'attention croissante portée à l'apparence, la peau est devenue un sujet central, tant dans le domaine médical que cosmétique. Les recherches en biologie et en physiologie cutanée ont permis de mieux comprendre son organisation complexe et ses multiples fonctions. En parallèle, la mécanique cutanée – une discipline qui étudie la peau comme un matériau – cherche à analyser comment elle réagit aux contraintes de l'environnement : pression, étirement, température, etc. Ces propriétés mécaniques sont essentielles, que ce soit pour le confort quotidien, les soins esthétiques, ou certaines pratiques médicales comme la chirurgie ou les traitements dermatologiques.

Par ailleurs, la peau n'est pas seulement un organe de protection physique, elle est aussi impliquée dans des processus immunitaires. Le système immunitaire joue en effet un rôle essentiel dans la défense de l'organisme contre les agressions extérieures telles que les virus, les bactéries ou les champignons, en mobilisant différentes cellules de défense, notamment les globules blancs. Cependant, il arrive que ce système se dérègle : il ne reconnaît plus certains éléments de l'organisme comme faisant partie du "soi" et se met à les attaquer. Ce dysfonctionnement entraîne la production d'auto-anticorps, qui ciblent les cellules ou organes sains au lieu des agents pathogènes. L'immunité, censée protéger, devient alors source de maladie. (Tran, s. d.; **DERMATO-INFO, le psoriasis**, s. d.)

C'est ce phénomène qui est à l'origine des maladies auto-immunes, des pathologies inflammatoires chroniques et complexes, dont les causes sont multiples et encore mal comprises. Elles peuvent toucher divers organes ou systèmes, comme la peau, les articulations, les reins, le cœur ou encore le cerveau. Les symptômes varient considérablement d'un individu à l'autre, tant dans leur localisation que dans leur intensité ou leur évolution dans le temps. À ce jour, ces maladies ne peuvent être guéries, mais leur prise en charge permet souvent d'en atténuer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patients. (**Une maladie auto-immune, c'est quoi ? | la rhumatologie pour tous**, s. d. ; Xavier, 2020)

Parmi ces maladies auto-immunes, le psoriasis occupe une place particulière. Il s'agit d'une affection inflammatoire chronique de la peau, qui évolue par cycles de poussées et de

rémissions. Le psoriasis touche environ 2 à 3 % de la population mondiale et peut apparaître à tout âge. Il se manifeste par des plaques rouges bien délimitées, recouvertes de squames argentées, souvent localisées sur les coudes, les genoux, le cuir chevelu ou le bas du dos. Bien que sa cause exacte ne soit pas totalement élucidée, il est reconnu comme une maladie auto-immune impliquant une interaction complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux. Le psoriasis n'est pas contagieux, mais il peut entraîner un retentissement significatif sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. (Armstrong & Read, 2020; Nair & Badri, 2023)

Dans ce cadre, cette thèse a pour objectif principal d'étudier les aspects cliniques, épidémiologiques et immunopathologiques du psoriasis, en mettant en évidence le lien entre la structure et la fonction de la peau, le rôle du système immunitaire cutané, et les manifestations de cette maladie auto-immune dans un contexte dermatologique hospitalier. Elle vise également à décrire la structure, les fonctions et les mécanismes de défense immunitaire de la peau en lien avec son rôle dans les maladies inflammatoires, ainsi qu'à expliquer les mécanismes de l'immunité cutanée et les dysfonctionnements menant à l'auto-immunité, notamment dans le cas du psoriasis.

Ce travail comprend également l'analyse des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients atteints de psoriasis dans un service de dermatologie à travers une étude rétrospective, l'étude de l'impact du psoriasis sur la qualité de vie des patients à l'aide d'un questionnaire structuré, et l'identification des facteurs de risque, des formes cliniques et des traitements les plus fréquents observés dans la population étudiée.

Ce mémoire sera divisé en deux grandes parties : une partie théorique composée de deux chapitres, et une partie pratique consacrée à l'étude clinique du psoriasis.

Partie théorique

La partie théorique comprendra deux chapitres.

D'abord, le premier chapitre portera sur la peau et le système immunitaire. Il présentera la peau comme un organe essentiel, en détaillant sa structure anatomique, ses différentes couches (épiderme, derme, hypoderme). Les principales fonctions de la peau — protection, régulation thermique, synthèse hormonale, immunité et perception sensorielle — seront abordées. Ce chapitre introduira également les bases du système immunitaire humain, en expliquant les mécanismes de l'immunité innée et adaptative, la distinction entre le soi et le non-soi, les

cellules immunitaires impliquées et les principes de la tolérance immunologique. L'immunité cutanée y occupera une place particulière, en tant que première ligne de défense de l'organisme contre les agressions extérieures.

Ensuite, le deuxième chapitre traitera des maladies auto-immunes cutanées, avec un accent particulier sur le psoriasis. Il commencera par une présentation générale des maladies auto-immunes, en distinguant les formes spécifiques d'organe et les formes systémiques. Plusieurs pathologies dermatologiques auto-immunes seront exposées, telles que le lupus érythémateux, la dermatomyosite, la sclérodermie ou encore les pemphigus. Ce chapitre se concentrera ensuite sur le psoriasis, considéré comme la forme la plus fréquente et emblématique des maladies auto-immunes de la peau. Seront abordés son épidémiologie, ses facteurs déclenchants, ses différentes formes cliniques et sa physiopathologie, en mettant en évidence les mécanismes immunitaires impliqués (activation des lymphocytes Th1, Th17, production de cytokines pro-inflammatoires, hyperprolifération des kératinocytes...).

Partie pratique

La partie pratique présentera une étude rétrospective descriptive réalisée au service de dermatologie du CHU de Constantine. Elle portera sur un échantillon de 129 patients atteints de psoriasis. Les données recueillies permettront d'analyser les profils épidémiologiques, les types cliniques observés, les traitements prescrits, les facteurs déclenchants rapportés, ainsi que l'impact psychologique et social de la maladie. Les résultats de cette étude seront discutés à la lumière des données théoriques exposées dans la première partie, afin de mieux comprendre la réalité du psoriasis dans un contexte clinique local et d'identifier des pistes pour améliorer la prise en charge.

Partie bibliographique

Chapitre 01 : la peau

La peau représente environ 15 % du poids corporel d'un adulte, couvrant une surface de 1,5 à 2 m². Elle est donc l'organe le plus lourd et le plus étendu du corps humain. Recouvrant l'ensemble de la surface corporelle et se prolongeant au niveau des orifices naturels sous forme de muqueuses, elle constitue le premier point de contact avec l'environnement extérieur. La peau est un organe vital, assurant de nombreuses fonctions essentielles : protection mécanique, barrière contre les agents extérieurs, photoprotection, rôle dans le système immunitaire et la réactivité, ainsi que dans la thermorégulation et la perception sensorielle. (**Kemel, s. d.**)

1. Structure de la peau

Sur le plan structurel, la peau se compose de trois couches principales (illustrées dans la figure 1) : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'épiderme, qui est non vascularisé, contient des terminaisons nerveuses, un film hydrolipidique à sa surface, ainsi que la partie visible des poils et les pores. Le derme, situé sous l'épiderme, renferme les vaisseaux sanguins, les nerfs et les annexes cutanées, telles que les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares. Enfin, l'hypoderme est principalement constitué de tissu adipeux, composé de cellules graisseuses appelées adipocytes. La structure de la peau varie en fonction de sa localisation dans le corps, de l'âge et des maladies. (**Kemel, s. d.**)

1.1 L'épiderme

L'épiderme constitue la couche la plus externe de la peau. C'est un épithélium fin, stratifié, pavimenteux et kératinisé, en perpétuel renouvellement. Son épaisseur varie entre 100 micromètres et 1 millimètre selon les zones du corps. Bien qu'il ne soit pas vascularisé, il contient quelques terminaisons nerveuses provenant du derme. L'épiderme est composé de quatre types de cellules : (*These Peau Et Acné | PDF | Épiderme (anatomie) | Sens (physiologie), s. d.*)

. Les kératinocytes

Les kératinocytes représentent environ 80 % des cellules de l'épiderme. Leur nom provient de la kératine qu'ils produisent, une protéine fibreuse et résistante, essentielle pour la fonction de protection de la peau. Ces cellules remplissent deux rôles principaux : grâce à leur prolifération, elles assurent le renouvellement constant de l'épiderme, un processus qui prend environ 21 jours, et elles participent à la formation de la couche cornée par leur différenciation.

Les kératinocytes se répartissent en quatre à cinq couches dans l'épiderme, expliquant son aspect stratifié. Ces couches, de la plus profonde à la plus superficielle, sont : la couche basale (ou germinative), la couche épineuse, la couche granuleuse, la couche claire (présente uniquement dans la peau épaisse des paumes de mains et des plantes de pieds), et enfin la couche cornée. Les kératinocytes migrent de la couche basale vers la surface de la peau, tout en subissant des transformations afin de devenir une barrière protectrice, un processus appelé kératinisation. Ce processus prend environ trois semaines dans une peau saine et jeune, mais peut être raccourci en cas de pathologies comme le psoriasis, ou prolongé chez les personnes âgées. La couche basale contient des kératinocytes souches, qui assurent le renouvellement et la réparation de l'épiderme grâce à leur capacité de prolifération. Les cellules de cette couche sont cubiques, avec un noyau ovale, et sont attachées à la membrane basale. En migrant vers la surface, ces cellules cessent de se diviser et entament leur différenciation. Dans la couche épineuse, les kératinocytes deviennent plus plats et sont reliés entre eux par des desmosomes, assurant une forte cohésion. Cette couche se compose de cinq à six couches cellulaires. La couche granuleuse contient une à cinq couches de kératinocytes aplatis dont les noyaux commencent à dégénérer. Ces cellules contiennent des granules de kératohyaline et des corps lamellaires dans leur cytoplasme. Parfois, une couche supplémentaire, la couche claire ou de transition, peut être présente, constituée de deux à cinq couches de kératinocytes. Elle se trouve uniquement dans la peau épaisse des paumes et des plantes des pieds. La couche cornée est la couche la plus superficielle, où les kératinocytes sont totalement aplatis, perdent leur noyau et se remplissent de kératine. Ces cellules deviennent des cornéocytes, formant une barrière protectrice, avec des cellules soudées entre elles par un ciment lipidique. Ce ciment renforce la cohésion des cornéocytes, contribuant ainsi à la fonction barrière de la peau. En surface, les cornéocytes se détachent de l'épiderme, un processus appelé desquamation, qui se produit lorsque le ciment intercellulaire et les cornéosmes sont dégradés. La couche cornée joue un rôle de protection crucial pour la peau, agissant comme une barrière contre les agressions extérieures, qu'elles soient physiques (rayons UV), chimiques (produits cosmétiques), ou mécaniques (blessures), tout en contribuant à maintenir l'équilibre hydrique de la peau en limitant les pertes d'eau. (**These Peau Et Acné | PDF | Épiderme (anatomie) | Sens (physiologie), s. d.**)

. Les mélanocytes

Les mélanocytes représentent environ 10 à 15 % des cellules de l'épiderme. Elles ont pour origine les crêtes neurales et sont dispersées dans la couche basale de l'épiderme. Ces cellules

contiennent des mélanosomes, dans lesquels sont produits deux types de mélanine : la phéomélanine, un pigment jaune-rouge, et l'eumélanine, un pigment brun-noir. Ces pigments coexistent dans une même cellule et sont synthétisés à partir de la L-tyrosine. Les mélanosomes sont ensuite transférés aux kératinocytes, contribuant ainsi à la pigmentation de la peau et à sa protection contre les rayons UV. Bien que le nombre de mélanocytes soit similaire chez toutes les populations humaines, les différences de couleur de la peau sont dues à la quantité et à la qualité des pigments produits par ces cellules.

. Cellules de Langerhans

Les cellules de Langerhans représentent environ 3 à 5 % des cellules de la peau. Elles se trouvent principalement dans la couche épineuse de l'épiderme, avec leurs prolongements s'étendant entre les kératinocytes des différentes couches de l'épiderme. Dérivant des cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse, ces cellules jouent un rôle essentiel dans l'immunité cutanée, en collaboration avec les lymphocytes. En tant que cellules sentinelles, elles captent les allergènes et les présentent aux lymphocytes T, ce qui déclenche la réponse immunitaire. (*These Peau Et Acné | PDF | Épiderme (anatomie) | Sens (physiologie)*, s. d.)

. Cellules de Merkel

Les cellules de Merkel sont situées dans la couche basale de l'épiderme, mais elles représentent seulement 1 à 5 % des cellules épidermiques. Elles sont des mécanorécepteurs à adaptation lente, responsables de la perception des sensations tactiles fines. Leur répartition dans l'épiderme est irrégulière, mais elles sont particulièrement concentrées au niveau des lèvres, des paumes de mains, des pulpes des doigts et du dos des pieds. (*These Peau Et Acné | PDF | Épiderme (anatomie) | Sens (physiologie)*, s. d.)

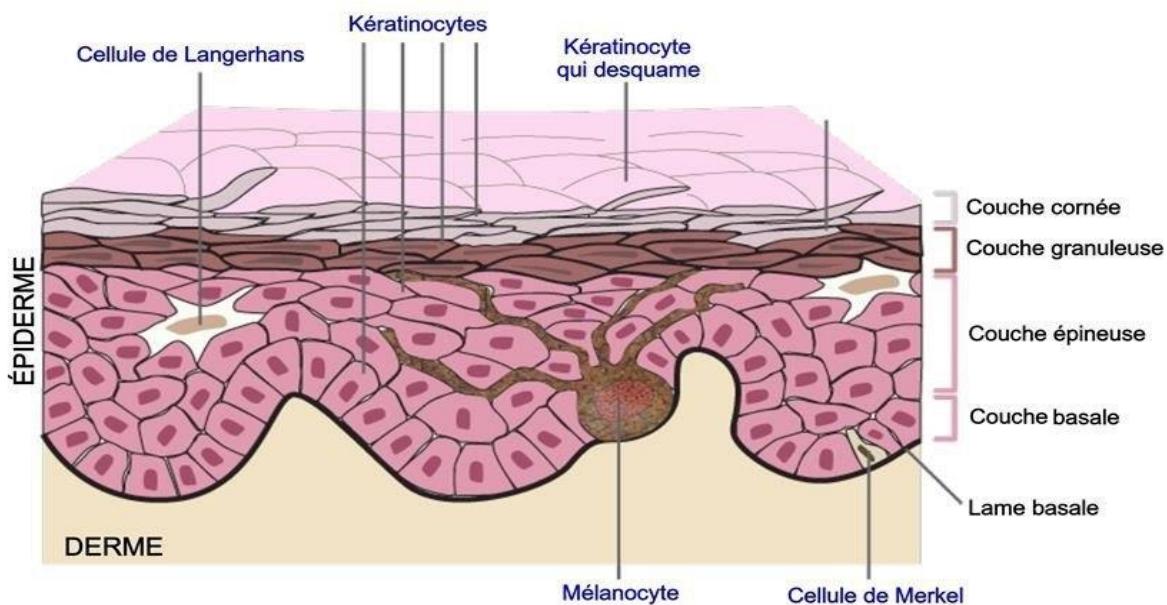


Figure 01 : Coupe transversale de l'épiderme (*Anatomie fonctionnelle de la peau* -, s. d.)

1.2 Le derme

Le derme est un tissu conjonctif dense qui joue un rôle essentiel dans la cohésion et la nutrition de la peau. Il assure un soutien flexible, capable de résister à la compression tout en étant extensible et élastique. Il joue un rôle crucial dans les fonctions métaboliques de la peau. Il contient le système vasculaire, absent dans l'épiderme, et participe à la thermorégulation. Il est également responsable du maintien de l'élasticité de la peau et de sa réparation. De plus, il sert de base aux annexes cutanées.

Le derme est composé de deux zones principales :

1.2.1 Le derme superficiel : (ou papillaire) est une couche fine, richement vascularisée, contenant des fibres de collagène fines et orientées perpendiculairement à l'épiderme. Elle abrite également des terminaisons nerveuses et permet les échanges nutritifs avec l'épiderme.

1.2.2 Le derme réticulaire : est la partie la plus épaisse du derme, constituée de fibres de collagène plus épaisses et disposées parallèlement à la surface de la peau. Il est connecté à l'hypoderme par les vaisseaux sanguins. Le derme contient principalement des fibroblastes et une grande quantité de matière extracellulaire.

Il existe différents types cellulaires :

. Les fibroblastes: qui synthétisent et entretiennent la matrice extracellulaire en produisant du collagène, de l'élastine, des glycoprotéines et la substance fondamentale. Leur activité est particulièrement marquée lors de la cicatrisation.

. **Les cellules migratrices** : comme les leucocytes, les mastocytes et les macrophages, jouent un rôle clé dans la défense immunitaire et la gestion de l'inflammation. La matrice extracellulaire, composée de protéoglycans, de fibres de collagène et d'élastine, ainsi que de glycoprotéines, assure la résistance et l'élasticité de la peau.(Manon, s. d.)

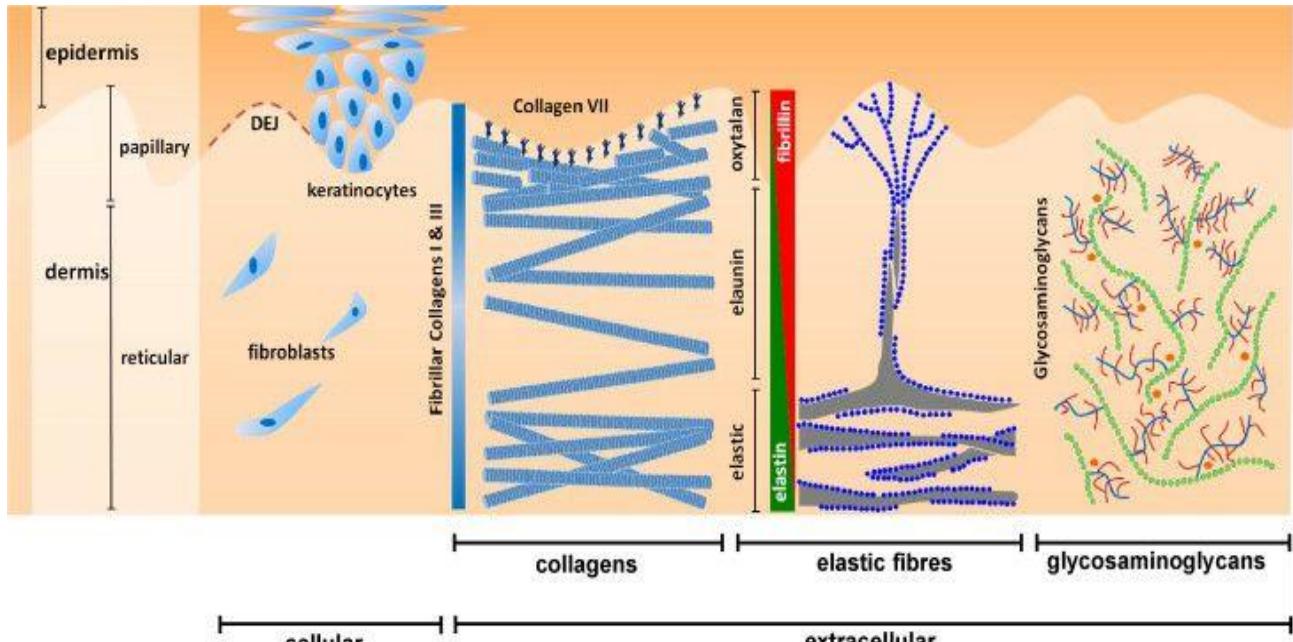


Figure 02 : Composition cellulaire et extracellulaire du derme(Kemel, s. d.)

1.3 La jonction dermo-épidermique

La jonction dermo-épidermique (DEJ) assure l'adhésion entre le derme et l'épiderme. Elle est constituée d'une fine couche acellulaire, ondulée, mesurant moins de 200 nm. Cette structure complexe relie la lame basale (formée de collagène de type IV et hémidesmosomes fixant les kératinocytes) à la lame réticulaire (constituée de collagène de type VII et de fibres oxytalan). Avec le vieillissement, la DEJ s'aplatit et la peau perd de son élasticité.(Kemel, s. d.)

1.4 L'hypoderme

L'hypoderme est un tissu conjonctif principalement constitué de tissu adipeux blanc, localisé sous le derme et relié à celui-ci par un réseau de fibres de collagène et élastiques. Il représente entre 15 et 20 % du poids corporel d'un individu moyen, abritant ainsi entre 50 et 80 milliards d'adipocytes. Ces cellules spécialisées, de forme sphérique, sont caractérisées par la présence d'une vacuole intracellulaire remplie de triglycérides, jouant un rôle clé dans le métabolisme lipidique. En plus des adipocytes matures, l'hypoderme contient également des préadipocytes, cellules précurseurs capables de se différencier en adipocytes, ainsi que du tissu conjonctif de soutien. Il est également traversé par un réseau vasculaire et nerveux destiné à

l'irrigation et à l'innervation du derme, dont la densité varie selon les régions anatomiques.(Manon, s. d.)

Représentation schématique du tissu adipeux et de sa composition cellulaire

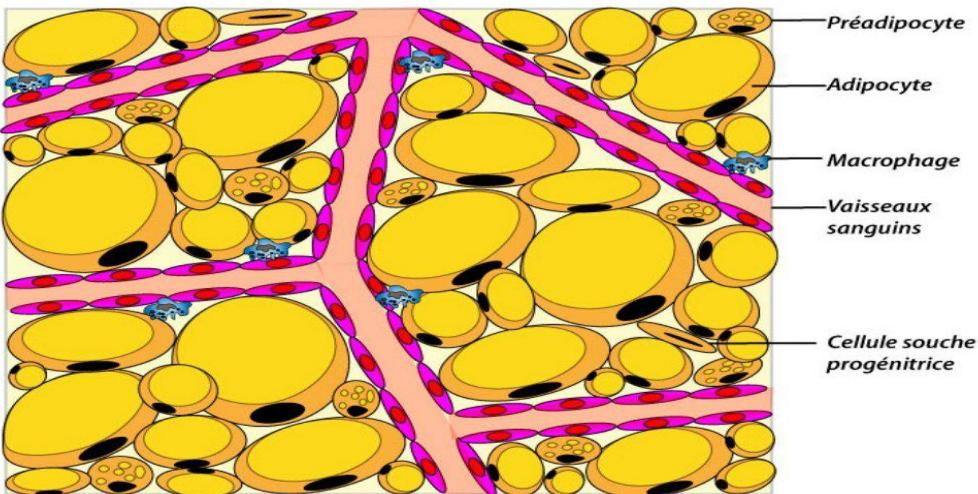


Figure 03: représentation schématique de l'hypoderme (Démarchez, 2025)

2. Les fonctions de la peau

Tableau 01 : les différents fonctions de la peau(*Anat_physiologie_La_Peau.pdf*, s. d.)

Fonction	Mécanisme
Fonction de Barrière (protection)	<p><u>Contre les bactéries :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le film hydrolipidique (composé de sueur et de sébum) à la surface de la peau exerce une action bactéricide. La desquamation, processus de renouvellement des cellules de la couche cornée, contribue également à l'élimination des micro-organismes qui se fixent sur la peau. <p><u>Contre les agressions chimiques :</u> la couche cornée et le film hydrolipidique agissent comme une barrière, bien que celle-ci ne soit pas totalement imperméable. La peau peut tolérer des produits acides, alcalins ou oxydants, à condition qu'ils ne soient pas présents en concentrations élevées.</p> <p><u>Contre les agressions mécaniques :</u> l'élasticité et l'épaisseur de la peau offrent une protection aux muscles et aux os sous-jacents en les préservant des chocs et des pressions.</p>

	<p><u>Contre l'eau</u> : la couche cornée, qui constitue la surface de la peau, la rend imperméable (hydrophobe) et protège le derme en empêchant l'intrusion excessive d'eau.</p> <p><u>Contre les rayonnements solaires</u> : la mélanine, un pigment fabriqué par les mélanocytes, offre une protection partielle à l'organisme contre les rayons du soleil.</p>
Régulation thermique	<p><u>Contre la chaleur</u> : l'excès de chaleur est évacué grâce à la dilatation active des petits vaisseaux sanguins du derme et à la production de sueur.</p> <p><u>Contre le froid</u> : le rétrécissement des petits vaisseaux sanguins de la peau, l'isolation fournie par le tissu graisseux de l'hypoderme, et la contraction des petits muscles des poils (provoquant la "chair de poule") contribuent à prévenir le refroidissement de l'organisme.</p>
Respiration	La peau吸吸 l'oxygène de l'air (O_2) et élimine le dioxyde de carbone (CO_2); c'est ce qu'on appelle la respiration cutanée
L'excrétion	À travers la sueur, la peau élimine les déchets, les substances toxiques et excrète de l'eau.
L'absorption	Une substance appliquée sur la peau peut traverser ses différentes couches et atteindre le système sanguin situé dans le derme.
La sensibilité	<p>La peau permet de percevoir des sensations tactiles, thermiques et douloureuses grâce à des récepteurs qui réagissent à divers stimuli</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les récepteurs de Merkel : sensibles à la pression lente. -Les récepteurs de Meissner : sensibles à la pression plus rapide. -Les récepteurs de Ruffini : sensibles à l'étirement de la peau. -Les récepteurs de Pacini : sensibles aux vibrations rapides. -Les récepteurs de Krause : sensibles aux variations de température.
La réserve	L'hypoderme sert de réserve énergétique. La graisse stockée dans les adipocytes peut être mobilisée sous forme d'énergie lors d'un effort intense, prolongé ou en période de jeûne.

La production de vitamine D	Sous l'effet de l'exposition aux rayons UV, la peau joue un rôle dans la synthèse de la vitamine D, essentielle à l'absorption du calcium et par conséquent à la croissance des os.
------------------------------------	---

Chapitre 02 : maladies auto-immunes cutanées et psoriasis

Le système immunitaire cutané est un réseau complexe de cellules cutanées et immunitaires qui assurent la protection de la peau contre les infections et les agressions extérieures. En plus d'être une barrière physique, la peau dispose de mécanismes immunitaires innés et adaptatifs.

. **Les kératinocytes** principales cellules de l'épiderme, jouent un rôle clé en produisant des cytokines et des peptides antimicrobiens en réponse aux infections. Ils détectent les agents pathogènes via les récepteurs de type Toll (TLR) et peuvent agir comme cellules présentatrices d'antigènes (APC) en activant les lymphocytes T.

. **Les mélanocytes** en plus de leur rôle dans la pigmentation, participent également à l'immunité cutanée en sécrétant des cytokines et des interférons antiviraux. Leur implication est notable dans certaines maladies auto-immunes comme le vitiligo, où ils interagissent avec les lymphocytes T cytotoxiques.

. **Les cellules présentatrices d'antigènes (APC)** cutanées jouent un rôle clé dans l'immunité de la peau en activant les réponses immunitaires. Elles se répartissent en plusieurs sous-populations selon leur origine et leur fonction :

Cellules de Langerhans (LC) : Principales cellules dendritiques de l'épiderme, elles captent les antigènes, migrent vers les ganglions lymphatiques et activent les lymphocytes T.

Cellules dendritiques dermiques (DD) : Présentes dans le derme, elles stimulent les lymphocytes T et favorisent la différenciation des cellules B en plasmocytes.

Cellules dendritiques plasmacytoides (pDC) : Produisent de grandes quantités d'interféron alpha en réponse aux infections virales et participent aux réponses antivirales.

Cellules dendritiques inflammatoires (iDC) : Présentes dans les tissus enflammés, elles sont impliquées dans les réactions allergiques et inflammatoires de la peau.

Les cellules immunitaires innées jouent un rôle essentiel dans la défense cutanée :

. **Neutrophiles et macrophages** : Les neutrophiles migrent vers les sites infectés pour phagocytter les pathogènes et utiliser des mécanismes microbicides. Les macrophages, en plus de phagocytter, régulent l'inflammation et l'immunité adaptative, avec des sous-types comme M1 (pro-inflammatoires) et M2 (régénératifs).

- . **Basophiles et mastocytes** : Impliqués dans les réactions allergiques et inflammatoires, ils libèrent des médiateurs comme l'histamine et participent à la défense cutanée et au remodelage tissulaire.
- . **Éosinophiles** : Actifs contre les parasites et impliqués dans les allergies, ils libèrent des protéines cytotoxiques et des médiateurs inflammatoires.
- . **Cellules NK et NKT** : Les NK détruisent les cellules infectées et tumorales, tandis que les NKT régulent l'immunité cutanée via la production de cytokines.
- . **Cellules lymphoïdes innées (ILC)** : Classées en ILC1 (réponse Th1), ILC2 (Th2) et ILC3 (Th17), elles combattent respectivement les infections intracellulaires, les microbes extracellulaires et les parasites, avec un rôle particulier des ILC3 dans la régulation de l'immunité adaptative.
- . **Lymphocytes B** : Produisent des anticorps, agissent comme cellules présentatrices d'antigènes (APC) et participent à l'immunité cutanée dans des maladies comme la dermatite atopique et le psoriasis. Les lymphocytes B régulateurs (Breg) modèrent l'inflammation.

- . **Lymphocytes T** : Essentiels à la défense cutanée, ils se divisent en plusieurs sous-populations :

Th1 : Réponse aux infections intracellulaires.

Th2 : Associés aux allergies et à la dermatite atopique.

Treg et Tr1 : Régulent l'inflammation et maintiennent l'auto-tolérance via des cytokines immunosuppressives (TGF- β , IL-10).

Les lymphocytes T régulateurs (Treg) : situés près des follicules pileux, contrôlent l'inflammation cutanée et sont influencés par l'homéostasie folliculaire. Leur dysfonction peut perturber l'immunité de la peau, comme observé dans l'alopecie areata.

Les lymphocytes Th17 : jouent un rôle clé dans des maladies comme le psoriasis et la dermatite atopique. En produisant l'IL-17 et l'IL-22, ils stimulent les kératinocytes à libérer des peptides antimicrobiens, renforçant ainsi la défense cutanée contre les infections fongiques et bactériennes.

Plusieurs sous-populations de lymphocytes T participent à l'immunité cutanée :

Th22 : Produisent de l'IL-22 et sont impliqués dans des maladies comme le psoriasis et le lupus.

Th9 : Sécrètent de l'IL-9 et jouent un rôle dans les inflammations cutanées et les infections fongiques.

Th25 : Associés à la libération d'IgE et aux réactions allergiques, notamment dans la candidose et la lèpre.

Lymphocytes T $\gamma\delta$: Ne dépendent pas du CMH et sont impliqués dans la défense contre les infections mycobactériennes et certaines maladies cutanées comme le mélanome.

D'autres cellules cutanées interviennent également :

. **Cellules endothéliales** : Régulent la migration des cellules immunitaires vers la peau en réponse à l'inflammation.

. **Fibroblastes et annexes cutanées** : Contribuent à la structure tissulaire et modulent l'immunité via la production de cytokines et chimiokines, notamment dans des maladies comme l'acné et le psoriasis. (Quaresma, 2019)

1 . Les maladies auto immunes cutanées

Les maladies auto-immunes cutanées sont des affections complexes dans lesquelles le système immunitaire attaque la peau et les tissus conjonctifs. Les symptômes peuvent varier considérablement, incluant des rougeurs, des éruptions cutanées, des ulcères et des cicatrices défigurantes. Dans ces maladies, le système immunitaire cible des cellules saines du corps, mais les facteurs déclencheurs demeurent souvent inconnus. Parmi les troubles auto-immuns affectant la peau, les plus courants sont le lupus érythémateux, la sclérodermie, la dermatomyosite, les vasculites, les maladies bulleuses de la peau et la morphée. La manière dont ces maladies se manifestent et évoluent largement d'une personne à l'autre.

- **Lupus érythémateux** : Formation d'anticorps dirigés contre la peau, les articulations, les reins, le système nerveux. Lésions cutanées sur les zones exposées à la lumière.
- **Sclérodermie** : Épaississement de la peau, possible atteinte des poumons ou du tube digestif. Syndrome de Raynaud (sensibilité accrue au froid des doigts et orteils).
- **Dermatomyosite** : Maladie auto-immune touchant la peau et les muscles, douleur et faiblesse musculaire. Atteinte possible des poumons ou du cœur.

- **Vasculite avec atteinte cutanée :** Inflammation des vaisseaux cutanés, parfois avec formation de caillots de sang. Lésions rougeâtres à bleuâtres, surtout sur les membres inférieurs, avec boutons, nodules, ou plaies. Manifestations possibles dans d'autres organes
- **Maladies bulleuses de la peau :** Apparition de bulles, plaies, parfois cicatrices sur le corps, bouche, yeux, ou parties génitales.
- **Dermatite herpétiforme :** démangeaisons sans bulles ni plaies.
- **Pemphigoïde de la grossesse :** Maladie auto-immune rare survenant pendant la grossesse, où des auto-anticorps attaquent la peau. Elle affecte uniquement les femmes enceintes, généralement au deuxième ou troisième trimestre.
- **Pemphigoïdes des muqueuses :** Groupe de maladies rares (pemphigoïde cicatricielle, dermatose à IgA linéaire, épidermolyse bulleuse acquise) où des anticorps attaquent les muqueuses ou la peau.
- **Pemphigus :** Maladie auto-immune touchant la peau et les muqueuses, provoquant des bulles et des plaies douloureuses, affectant aussi bien les hommes que les femmes. (*Maladies auto-immunes de la peau : définitions, symptômes et avis médical, s. d.; mémoire finale BPM, s. d.*)

2 . Le psoriasis

Le psoriasis est une maladie chronique auto-immune, inflammatoire et non contagieuse qui affecte la peau, le cuir chevelu et les ongles. Elle résulte d'un dysfonctionnement du système immunitaire, entraînant un renouvellement anormalement rapide de la couche superficielle de la peau (l'épiderme), en trois à quatre jours au lieu des 28 jours habituels. Cela provoque un épaississement et un gonflement de la peau, accompagné d'une accumulation de cellules mortes. En conséquence, des rougeurs inflammatoires apparaissent, ainsi que des croûtes argentées et brillantes (squames), souvent accompagnées de démangeaisons et parfois de douleurs.

Le psoriasis se présente généralement sous forme de plaques rouges, avec une peau épaisse et rugueuse qui se desquame progressivement en lamelles. Ces plaques peuvent parfois s'étendre sur plusieurs centimètres. Elles peuvent apparaître sur diverses zones du corps, mais sont les plus courantes sur le cuir chevelu, les genoux, les coudes et le torse. La maladie se caractérise par des poussées, dont la durée varie, alternant avec des périodes de rémission où les symptômes se stabilisent. L'évolution du psoriasis peut varier considérablement d'une personne à l'autre. (*psoriasis, s. d.*)



Figure 04 : caractéristiques du psoriasis (*10_Psoriasis, s. d.*)

2.1 Étiologie de Psoriasis

2.1.1 Facteurs environnementaux

2.1.1.1 Infections

Chez l'enfant et l'adolescent, le psoriasis peut apparaître après des infections rhinopharyngées causées par des virus ou par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Par ailleurs, des infections peuvent aggraver un psoriasis préexistant. L'infection par le VIH peut également entraîner l'apparition ou l'aggravation de la maladie.

2.1.1.2 Médicaments

Certains médicaments, comme les bêtabloqueurs (y compris sous forme de collyres), sont suspectés de déclencher ou d'aggraver le psoriasis. De plus, l'arrêt brutal d'une corticothérapie générale peut provoquer un effet rebond, favorisant l'apparition de formes sévères telles que le psoriasis érythrodermique ou le psoriasis pustuleux généralisé.

2.1.1.3 Exposition au soleil

Bien que le soleil améliore généralement le psoriasis, il peut, dans certains cas, provoquer une aggravation des lésions.

2.1.2 Facteurs psychologiques

Le stress, les chocs émotionnels et les traumatismes affectifs peuvent favoriser le déclenchement du psoriasis ou provoquer des poussées. Le stress psychologique pourrait en effet entraîner une libération accrue de neuromédiateurs ayant une activité pro-inflammatoire.

2.1.3 Facteurs de gravité

-Tabac et alcool : Ces substances sont des facteurs connus d'aggravation et de résistance aux traitements du psoriasis.

- Surcharge pondérale : L'obésité contribue également à une moindre efficacité des traitements.

2.1.4. Facteur génétique

Le psoriasis présente souvent un caractère familial, avec environ 30 % des cas ayant des antécédents dans la famille. Cette observation suggère une prédisposition génétique. Plusieurs gènes impliqués ont été identifiés, mais leur rôle exact reste à préciser. L'expression de la maladie résulte probablement de la combinaison d'anomalies génétiques et de facteurs environnementaux déclenchants.(Dermato-Info, 2019; « Item 114 – UE 4 Psoriasis », 2018)

2.2 Physiopathologie

Le psoriasis résulte d'interactions anormales entre les kératinocytes, les cellules dendritiques et les lymphocytes T. Ces interactions créent un cercle vicieux d'activation cellulaire mutuelle, entraînant l'apparition et la persistance des lésions cutanées.

Ces trois types cellulaires jouent un rôle clé dans la formation des lésions psoriasiques.

La physiopathologie du psoriasis se déroule en cinq étapes successives :

- Étape 1 : Initiation du psoriasis avec activation de l'immunité innée cutanée
- Étape 2 : Activation de l'immunité adaptative
- Étape 3 : Production de grandes quantités de cytokines et de chimiokines
- Étape 4 : Activation de l'endothélium vasculaire
- Étape 5 : Prolifération des kératinocytes

Étape 01

Le psoriasis est associé à une anomalie des kératinocytes, qui présentent des caractéristiques différentes de celles des cellules saines. Ces kératinocytes prolifèrent de manière excessive en réponse aux cytokines des lymphocytes T. De plus, la présence d'ADN cytosolique, absente dans d'autres dermatoses inflammatoires, a été observée. Cette prédisposition favorise l'activation de l'immunité innée cutanée, impliquant les cellules dendritiques et les

lymphocytes T, ainsi que la production locale de cytokines pro-inflammatoires telles que le TNF- α , l'IFN- γ , l'IL-23 et l'IL-17, contribuant ainsi à la persistance des lésions psoriasiques.

Étape 02

Les cellules dendritiques jouent un rôle clé dans le déclenchement du psoriasis. En tant que cellules présentatrices d'antigènes, elles assurent la surveillance immunitaire en établissant le lien entre l'immunité innée et adaptative.

- Fonction des cellules dendritiques

- Elles interagissent avec les lymphocytes CD4+ et CD8+, leur présentant des complexes antigènes/molécules du CMH I et II.
- Elles participent activement à l'inflammation en produisant une grande quantité de cytokines pro-inflammatoires.

- Présence des cellules dendritiques dans les lésions psoriasiques

Dans le psoriasis, ces cellules sont particulièrement abondantes au sein des lésions cutanées.

On distingue plusieurs sous-types :

- Les cellules de Langerhans, situées principalement dans l'épiderme.
- Les cellules dendritiques myéloïdes dermiques, présentes dans le derme.
- Les cellules dendritiques plasmacytoïdes (pDC), qui jouent un rôle central dans l'activation de la réponse immunitaire.

Ainsi, les cellules dendritiques contribuent de manière déterminante à l'initiation et à la progression du psoriasis en stimulant les réponses immunitaires et inflammatoires.

Étape 03

Une fois activées, les cellules dendritiques libèrent plusieurs cytokines, notamment TNF- α , IFN- γ , IL-12, IL-23 et IL-15. Ces médiateurs inflammatoires attirent les lymphocytes T vers les cellules dendritiques et influencent leur différenciation en différentes sous-populations :

- Lymphocytes pro-inflammatoires : Th1 et Th17, impliqués dans la réponse inflammatoire.
- Lymphocytes régulateurs : Th3 et LTreg, qui modulent la réponse immunitaire.

-Activation des lymphocytes pro-inflammatoires

L'activation des lymphocytes T pro-inflammatoires repose sur trois signaux essentiels :

A-Reconnaissance antigénique (Signal 1)

- Le premier signal est déclenché lorsque le récepteur T (TCR) des lymphocytes T naïfs reconnaît un complexe CMH/peptide antigénique présenté par les cellules dendritiques.
- Les molécules du CMH II stimulent principalement les lymphocytes T CD4+, amorçant ainsi leur activation.

B-Co-stimulation (Signal 2)

- Un second signal est nécessaire pour assurer une activation complète des lymphocytes T.
- Il repose sur des molécules de co-stimulation, qui établissent une connexion entre les cellules dendritiques et les lymphocytes T.
- Ce signal renforce l'activation initiale et favorise la différenciation ainsi que l'expansion clonale des lymphocytes T.

C- Sécrétion de cytokines (Signal 3)

- Enfin, les cellules dendritiques libèrent des cytokines spécifiques, qui orientent la différenciation des lymphocytes T CD4+ en cellules effectrices.
- Ces cellules effectrices comprennent :
 - Lymphocytes Th1
 - Lymphocytes Th2
 - Lymphocytes Th17
 - Lymphocytes Th22

Rôle des lymphocytes T dans le psoriasis

Les lymphocytes T sont les principaux acteurs de l'inflammation dans le psoriasis. Cette implication prédominante des lymphocytes T, et non des lymphocytes B, renforce l'hypothèse du psoriasis comme maladie auto-inflammatoire, plutôt qu'auto-immune.

-Production de cytokines et de chimiokines dans le psoriasis

Dans le psoriasis, la production de cytokines et de chimiokines est particulièrement intense, au point d'être qualifiée de « tempête cytokinique ». Plusieurs dizaines de ces médiateurs inflammatoires sont sécrétées par les kératinocytes, les cellules dendritiques et les lymphocytes T, amplifiant l'inflammation et la formation des lésions psoriasiques. Chaque interaction entre ces cellules stimule la production de nouvelles cytokines ou chimiokines, créant un cercle vicieux inflammatoire. En fonction du signal reçu, les cellules dendritiques influencent la différenciation des lymphocytes CD4+ en différentes sous-populations, chacune sécrétant des cytokines spécifiques :

- **Lymphocytes Th1** → Produisent IFN- γ et TNF- α
- **Lymphocytes Th2** → Sécrètent IL-4
- **Lymphocytes Th17** → Libèrent IL-17, IL-22 et TNF- α
- **Lymphocytes T régulateurs (Treg)** → Produisent IL-10 et TGF- β

Diminution de l'activité des lymphocytes T régulateurs (Treg)

Chez les patients atteints de psoriasis, l'activité des lymphocytes T régulateurs (Treg) est réduite. Cette baisse d'efficacité empêche la régulation normale de la réponse immunitaire et

ne permet pas de limiter la prolifération excessive des autres sous-populations lymphocytaires. En conséquence, l'inflammation persiste et favorise l'apparition des lésions psoriasiques.

Étape 4

Dans le psoriasis, l'activation de l'endothélium vasculaire joue un rôle clé dans le développement et la persistance des lésions. Ce processus est principalement stimulé par les lymphocytes Th1 et Th17, qui libèrent des cytokines pro-inflammatoires favorisant l'angiogenèse et le recrutement cellulaire.

Implication des lymphocytes Th1

Les lymphocytes Th1, via la production d'IFN- γ et TNF- α , déclenchent la synthèse de plusieurs molécules pro-inflammatoires, notamment :

- Une enzyme catalytique favorisant la production de monoxyde d'azote (NO), un puissant vasodilatateur.
- IL-8, une chimiokine recrutant les polynucléaires neutrophiles et basophiles.
- VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), un facteur clé de l'angiogenèse, responsable de la croissance et du remodelage des vaisseaux sanguins au sein des lésions psoriasiques.

Rôle des lymphocytes Th17

Les lymphocytes Th17, via IL-17 et IL-22, amplifient l'inflammation et l'angiogenèse en stimulant la production de :

- MCP-1 (Macrophage Chemoattractant Protein-1), qui attire les monocytes vers les tissus, où ils se différencient en macrophages.
- IL-6 et la prostaglandine E2, qui accentuent l'inflammation locale.

Lien entre angiogenèse et inflammation

L'angiogenèse est un processus naturel permettant la formation et le remodelage des vaisseaux sanguins. Cependant, dans le psoriasis, cette angiogenèse est exacerbée au niveau des lésions cutanées. Le VEGF joue un rôle central dans cette amplification, renforçant le lien entre l'inflammation et le développement du réseau vasculaire.

L'ensemble des molécules pro-inflammatoires issues des Th1 et Th17 favorise alors l'activation des cellules endothéliales, la croissance des vaisseaux, ainsi que le recrutement des leucocytes. Ce processus alimente un cercle vicieux dans lequel les kératinocytes restent activés, entretenant ainsi l'inflammation et la progression des lésions psoriasiques.

Étape 05

L'inflammation chronique du psoriasis entraîne une hyperplasie kératinocytaire, une angiogenèse accrue et un infiltrat lymphocytaire. Normalement, le renouvellement des kératinocytes prend environ 3 semaines, mais dans le psoriasis, ce processus est 8 fois plus rapide, avec une production multipliée par 28 fois .(Etienne, s. d.-a)

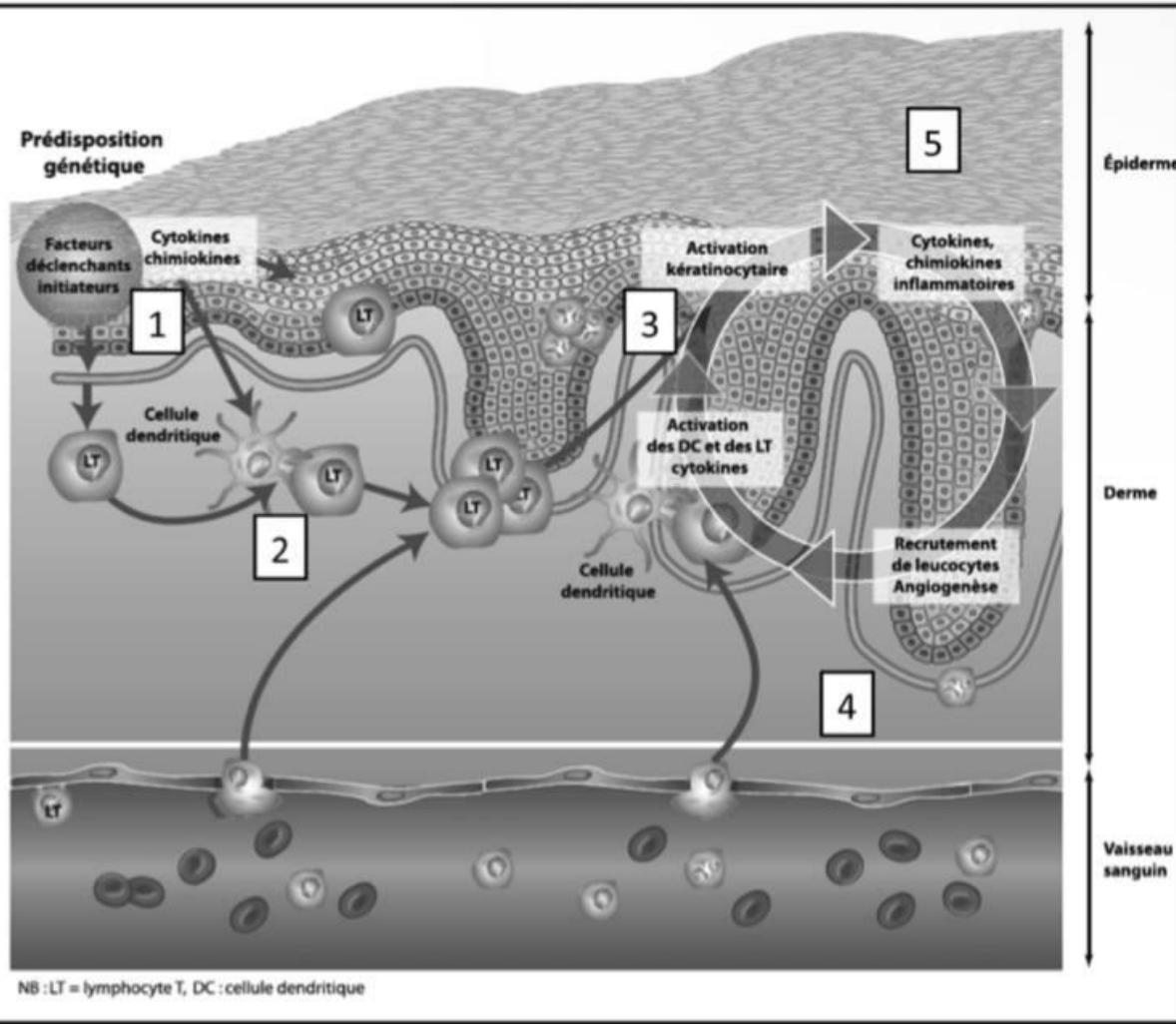


Figure 05 : Étapes successives de la physiopathologie du psoriasis(Etienne, s. d.-b)

2.3 Les types de psoriasis

2.3.1 Les formes classiques

2.3.1.1 Le psoriasis en plaques

La lésion caractéristique du psoriasis en plaques est une zone rouge et bien délimitée, recouverte de squames blanchâtres qui se détachent progressivement. Ces squames, parfois épaisses, révèlent une peau rouge sous-jacente lorsqu'elles sont grattées ou éliminées par un traitement. La taille des lésions varie, allant de petites taches arrondies (psoriasis en gouttes) à de larges plaques étendues. Leur nombre est également variable : nombreuses dans le psoriasis

en gouttes, elles peuvent être isolées ou multiples dans le psoriasis en plaques. Les zones les plus souvent touchées sont celles soumises aux frottements, notamment les coudes, les genoux, le bas du dos (région lombo-sacrée), le cuir chevelu et les ongles.



Figure 06 : Le psoriasis en plaques(Dermato-Info, 2019)

2.3.1.2 Le psoriasis du cuir chevelu

Chez certaines personnes, le cuir chevelu est la seule zone affectée par le psoriasis. Les lésions, similaires à celles présentes sur la peau, apparaissent sous forme de plaques bien délimitées, arrondies ou ovales, recouvertes de squames qui desquamant facilement. Elles se localisent principalement à la lisière du front, à la nuque et derrière les oreilles, formant parfois un véritable “bandeau”. Dans certains cas, elles recouvrent l’ensemble du cuir chevelu, créant une épaisse croûte appelée “casque psoriasique”. Les cheveux, englués dans les plaques, peuvent temporairement tomber ou se casser, surtout en cas de grattage fréquent.



Figure 07 : Le psoriasis du cuir chevelu(10_Psoriasis, s. d.)

2.3.1.3 Le psoriasis des ongles (psoriasis unguéal)

Le psoriasis peut également affecter les ongles, parfois comme unique manifestation de la maladie. Ceux-ci présentent alors de petites déformations en creux, ressemblant à un “dé à coudre”. Ils peuvent également s’épaissir, se déformer ou se décoller du lit de l’ongle. Dans certains cas, un épaississement excessif de la peau sous l’ongle (hyperkératose sous-unguéale) entraîne une perte de transparence et un aspect blanchâtre ou jaunâtre.



Figure 08 : Le psoriasis des ongles(Dermato-Info, 2019)

2.3.2 Les formes plus rares de psoriasis

2.3.2.1 Le psoriasis inversé (psoriasis des plis)

Contrairement au psoriasis en plaques, cette forme touche principalement les plis cutanés plutôt que les zones de frottement en relief. Les lésions se situent dans des zones telles que le pli inter-fessier, les plis inguinaux (racine des cuisses), les creux axillaires (sous les bras), les plis sous-mammaires (sous les seins) et l’ombilic. Elles sont plus inflammatoires que squameuses, ce qui peut entraîner une confusion avec une mycose



Figure 09: Le psoriasis inversé (psoriasis des plis)(Dermato-Info, 2019)

2.3.2.2 Le psoriasis des muqueuses

Le psoriasis peut également atteindre les muqueuses. Dans la bouche, il se manifeste par une “langue géographique”, caractérisée par des zones blanchâtres légèrement épaissies et indolores. Au niveau des régions génitales, il provoque des plaques rouges qui ne desquamant pas. Ces lésions peuvent être à l’origine de démangeaisons, de sensations de brûlure ou de douleurs lors des rapports sexuels, bien qu’elles puissent aussi être asymptomatiques. Leur impact sur la qualité de vie est souvent significatif.



Figure 10 : Le psoriasis des muqueuses(Dermato-Info, 2019)

2.3.2.3 Le psoriasis palmo-plantaire

Cette forme touche spécifiquement la paume des mains et la plante des pieds. La peau épaisse devient moins souple et a tendance à se fissurer, provoquant des douleurs et parfois des saignements. Très invalidant au quotidien, ce type de psoriasis peut gêner les gestes de la vie courante (comme cuisiner, marcher ou mettre des chaussures), affecter la vie sociale (impossibilité de serrer la main) et, dans certains cas, entraîner un arrêt de travail.



Figure 11 : Le psoriasis palmo-plantaire(Dermato-Info, 2019)

2.3.2.4 Le psoriasis du visage

Bien que plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, le psoriasis du visage est souvent associé à une forme sévère de la maladie débutant précocement. Il s'accompagne généralement d'une atteinte du cuir chevelu. Moins courant, il peut cependant être particulièrement difficile à vivre en raison de son impact esthétique et social. Il se manifeste par des plaques rouges ou rosées, plus ou moins squameuses, situées au centre du visage et/ou sur ses contours.



Figure 12 : Le psoriasis du visage(Dermato-Info, 2019)

2.3.3 Les formes graves de psoriasis

Les formes sévères de psoriasis se caractérisent par :

- Une atteinte étendue de la peau, couvrant une large surface corporelle.

- Un impact significatif sur la qualité de vie, rendant les gestes du quotidien difficiles.
- Une spécificité clinique, comme dans le cas du psoriasis érythrodermique (rougeur généralisée de la peau), du psoriasis pustuleux (présence de pustules sur les plaques rouges), du rhumatisme psoriasique, ou du psoriasis associé à l'infection par le VIH. Ces formes sévères sont souvent associées à d'autres pathologies, notamment le diabète de type 2, l'obésité et une dyslipidémie (taux élevé de cholestérol et de triglycérides dans le sang). Par ailleurs, un état dépressif ou une dépression est observé chez 30 à 40 % des patients atteints de psoriasis sévère.

2.3.3.1 Le psoriasis érythrodermique

Cette forme généralisée du psoriasis touche plus de 90 % de la peau. Elle se manifeste par une desquamation massive, laissant la peau rouge et mise à nu (érythrodermie). Il s'agit d'une urgence dermatologique, car elle peut entraîner des complications graves, telles que des surinfections, des troubles de la régulation thermique, ainsi que des déséquilibres hydro-électrolytiques (perturbation des niveaux de sels minéraux dans le corps). Une hospitalisation est généralement requise pour sa prise en charge.



Figure 13 : Le psoriasis érythrodermique(Dermato-Info, 2019)

2.3.3.2 Le psoriasis pustuleux

Rare et impressionnant, ce type de psoriasis est caractérisé par l'apparition de pustules jaunâtres, localisées sur la paume des mains et la plante des pieds, ou disséminées sur l'ensemble du corps. Il peut survenir de manière spontanée ou à la suite d'un psoriasis préexistant.

- Dans sa forme localisée, il entraîne un handicap fonctionnel majeur, rendant la marche et l'usage des mains particulièrement difficiles.

- Dans sa forme généralisée, l'état général du patient est souvent altéré, avec l'apparition de fièvre et parfois d'atteintes articulaires.

Dans les cas les plus graves, il peut représenter une menace vitale.



Figure 14 : Le psoriasis pustuleux(*psoriasis, s. d.*)

2.3.3.3 Le rhumatisme psoriasique

Présent dans environ 20 % des cas de psoriasis, ce type d'atteinte articulaire peut provoquer des douleurs nocturnes et, dans certains cas, des déformations irréversibles dues à une destruction progressive des articulations. Il peut toucher :

- Une seule articulation (monoarthrite).

- Un nombre limité d'articulations (oligoarthrite).
- De nombreuses articulations (polyarthrite), notamment les articulations interphalangiennes distales (situées aux extrémités des doigts).

La colonne vertébrale et les articulations sacro-iliaques peuvent également être affectées.



Figure 15 : Le rhumatisme psoriasique(Dermato-Info, 2019)

2.3.3.4 Le psoriasis et l'infection par le VIH

Chez les patients infectés par le VIH, le psoriasis a tendance à être plus sévère et résistant aux traitements conventionnels. Cependant, il peut s'améliorer avec un traitement efficace contre l'infection virale.

2.3.3.5 Le psoriasis de l'enfant

Le psoriasis peut apparaître dès le plus jeune âge. Chez l'enfant, il prend souvent la forme d'un psoriasis en gouttes, survenant après une angine à streptocoques. Bien que plus rare, le psoriasis en plaques peut également être observé dans cette tranche d'âge. (**DERMATO-INFO, le psoriasis, s. d.**)

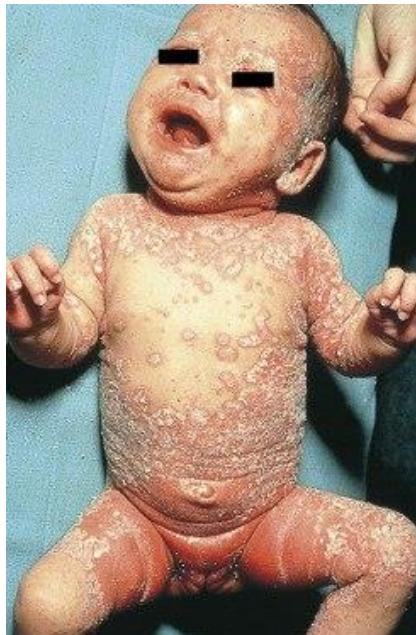


Figure 16: Le psoriasis de l'enfant(Dermato-Info, 2019)

2.4 Diagnostic du Psoriasis

2.4.1. Examen Paraclinique

Le diagnostic du psoriasis est avant tout clinique, et les médecins généralistes peuvent souvent l'identifier facilement. Une biopsie cutanée n'est indiquée que dans des cas atypiques ou en cas de doute diagnostique. Lors de l'évaluation initiale, une recherche de comorbidités est essentielle :

- **Examen clinique** : mesure de la tension artérielle, indice de masse corporelle (IMC), recherche d'un syndrome métabolique et de pathologies cardiovasculaires.
- **Bilan biologique (si nécessaire)** : dépistage d'un diabète, d'une dyslipidémie, évaluation du bilan hépatique.

Dans les formes modérées à sévères nécessitant un traitement systémique, un bilan pré-thérapeutique est réalisé par un dermatologue.

2.4.2 Évaluation de la Sévérité (Scores Cliniques)

Plusieurs scores permettent d'évaluer la sévérité du psoriasis et son impact sur la qualité de vie :

- **PASI (Psoriasis Area and Severity Index)**

- Évalue l'inflammation, l'épaisseur des lésions, l'importance des squames et la surface atteinte.

- Score allant de 0 à 72 (plus le score est élevé, plus la maladie est sévère).

- DLQI (Dermatology Life Quality Index)

- Mesure l'impact du psoriasis sur la qualité de vie du patient (esthétique, vie sociale, professionnelle, souffrance psychologique).

- Score entre 10 et 30 (plus il est élevé, plus l'impact est important).

2.4.3 Autres scores moins utilisés

- BSA (Body Surface Area) : mesure uniquement la surface atteinte sans considérer la localisation.

- PGA (Physician's Global Assessment) : évaluation globale par le médecin. Ces scores aident à guider le choix thérapeutique et à suivre l'évolution de la maladie.**(Boudouma-Ziad, s. d.)**

2.5 Traitement de psoriasis

La prise en charge d'un patient atteint de psoriasis repose d'abord sur une relation de confiance entre le médecin et le patient, suivie d'un accompagnement par le pharmacien. Les traitements du psoriasis ne guérissent pas la maladie mais réduisent les lésions et améliorent la qualité de vie. Leur choix dépend de la gravité des symptômes, évaluée par les scores PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) et le DLQI (*Dermatology Life Quality Index*). Une atteinte modérée à sévère concerne plus de 10 % de la surface corporelle ou un PASI >10. L'impact psychologique et social du psoriasis est pris en compte dans la prise en charge. Le suivi régulier évalue le rapport bénéfice/risque pour ajuster le traitement si nécessaire.

L'instauration d'un traitement doit être discutée avec le patient pour favoriser son adhésion et son observance, garantissant ainsi une meilleure efficacité. Son implication dans les choix thérapeutiques est essentielle.

Les antécédents, les contre-indications et une éventuelle atteinte articulaire doivent être pris en compte pour adapter le traitement. Il est donc essentiel de classer les patients en différentes catégories afin de proposer une prise en charge adaptée.

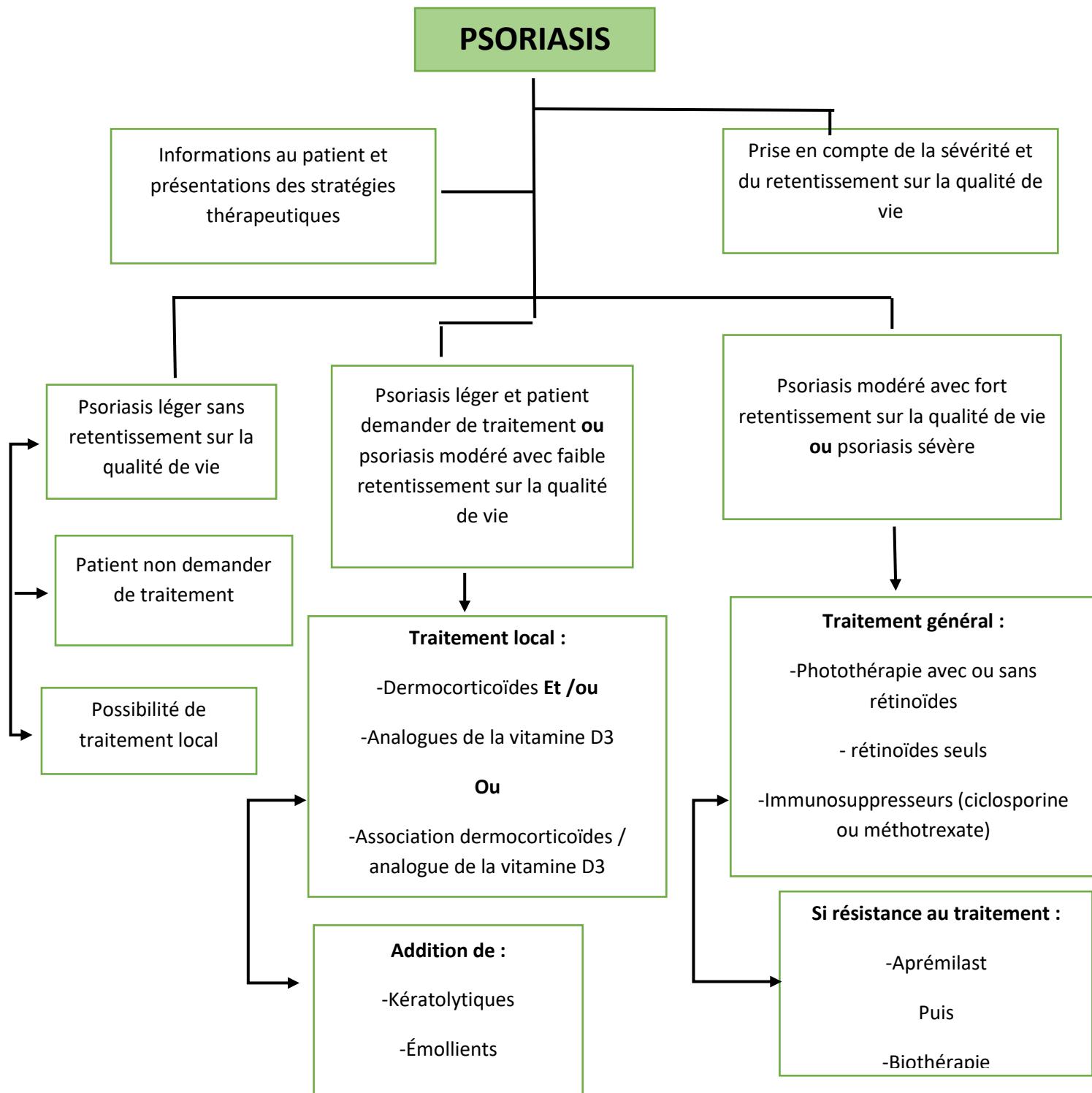


Figure 17 : arbre décisionnel et stratégie thérapeutique(Etienne, s. d.-a)

2.5.1 Traitements topiques

Première ligne de traitement pour les formes localisées du psoriasis La prise en charge locale concerne : Les patients atteints de psoriasis léger souhaitant un traitement. Ceux ayant un psoriasis modéré avec un impact limité sur leur qualité de vie.

2.5.1.1.Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes, introduits dans les années 1950 avec l'hydrocortisone, sont des anti-inflammatoires topiques utilisés principalement pour traiter les dermatoses inflammatoires comme le psoriasis. Leur utilisation doit être encadrée pour éviter les effets indésirables liés aux abus.

- Mécanisme d'Action

Les dermocorticoïdes sont des glucocorticoïdes de synthèse qui se fixent sur des récepteurs intracellulaires et modifient l'expression de gènes inflammatoires. Ils réduisent ainsi l'inflammation et la prolifération cellulaire, tout en ayant un effet immunosuppressif local.

- Propriétés Pharmacodynamiques

- **Anti-inflammatoires** : Inhibition des cytokines inflammatoires.
- **Immunosuppressives** : Réduction des cellules de Langerhans et inhibition des lymphocytes T et B.
- **Antiprolifératives** : Diminution de la prolifération des cellules cutanées, ce qui explique certains effets indésirables (atrophie cutanée, dépigmentation, altération du collagène).

- Propriétés Pharmacocinétiques

La biodisponibilité cutanée des dermocorticoïdes dépend de plusieurs facteurs :

- **Âge** : Absorption augmentée chez les nouveau-nés, stable chez l'adulte.
- **Excipient et additifs** : Peuvent modifier la pénétration cutanée.
- **Occlusion** : Accroît considérablement l'absorption.
- **Localisation** : Plus forte absorption sur les zones à peau fine (paupières, plis).
- **Nature de la dermatose** : Les lésions érosives augmentent l'absorption et les risques d'effets indésirables. Un effet réservoir permet une libération progressive des molécules depuis la couche cornée.

- Classification

Les dermocorticoïdes sont classés selon leur puissance anti-inflammatoire :

- **Très forte (Classe I)** (ex. Hydrocortisone) – pour le visage et les plis.

- **Forte (Classe II)** (ex. Acétonide de triamcinolone) – pour les zones sensibles.
- **Modérée (Classe III)** (ex. Bétaméthasone) – pour les plaques épaisses.
- **Faible (Classe IV, peu utilisée)** (ex. Clobétasol) – pour le psoriasis résistant.

- Modalités d'utilisation des dermocorticoïdes

Appliquer 1 à 2 fois par jour en fine couche, sur une durée courte (1-3 semaines).

Diminuer progressivement pour éviter l'effet rebond. Associer à des émollients pour optimiser l'efficacité.

- Contre-Indications et Effets Indésirables

- **Contre-indications** : Infections virales cutanées (herpès, varicelle), rosacée, acné, érythème fessier.
- **Effets indésirables locaux** : Atrophie cutanée, dépigmentation, altération du collagène.
- **Effets systémiques (surtout chez l'enfant)** : Syndrome de Cushing, retard de croissance, hypertension intracrânienne.
- **Femme enceinte/allaitante** : Faible risque d'effets systémiques aux doses habituelles.

- Surveillance

Un suivi médical est essentiel pour éviter la surconsommation (effets indésirables) ou la sous-consommation (inefficacité du traitement).

2.5.1.2 Vitamine D

- Rôle

La vitamine D maintient l'homéostasie phosphocalcique et joue un rôle dans la neuroprotection, l'immunité et la prolifération cellulaire, ce qui est pertinent pour le traitement du psoriasis.

- Types et métabolisme

- **Vitamine D2 (ergocalciférol)** : issue de l'alimentation.
- **Vitamine D3 (cholécalciférol)** : produite par la peau sous l'effet des UVB et activée par le foie et les reins en calcitriol (forme active).

- Analogues de la vitamine D3

(Calcipotriol, tacalcitol, calcitriol)

- Utilisés en traitement topique du psoriasis (1-2 applications/jour).
- Limites : ne pas dépasser 30% de la surface corporelle ou 100g/semaine pour éviter l'hypercalcémie.
- Leur efficacité est comparable aux dermocorticoïdes, mais leur action est plus lente.
- Ils favorisent la différenciation des kératinocytes et réduisent leur prolifération.

- Contre-indications et effets secondaires

- **Absolue** : hypersensibilité aux composants.
- **Relatives** : psoriasis pustuleux, en goutte, érythrodermique, troubles du métabolisme calcique, maladies rénales/hépatiques sévères, enfants.
- **Effets secondaires** : irritation cutanée, prurit, érythème, hypercalcémie/hypercalciurie.

- Précautions et alternatives

- Éviter l'application sur le visage et l'exposition excessive au soleil.
- Suivi des taux de calcium nécessaire.
- Alternative : association dermocorticoïde + calcipotriol, efficace pour les formes légères à modérées du psoriasis.

2.5.1.3 L'association dermocorticoïde et calcipotriol

- Efficacité et mode d'application

- Association de dipropionate de bétaméthasone (corticoïde) et calcipotriol (anologue de la vitamine D3).
- Plus efficace que la monothérapie.
- Application quotidienne pendant 4 semaines max, suivie d'un traitement d'entretien (2 fois/semaine).
- Les corticoïdes réduisent les irritations causées par les analogues de la vitamine D3.

- Contre-indications et effets indésirables

- Identiques à ceux des dermocorticoïdes et des analogues de la vitamine D3.

- Avantages

- Efficacité supérieure aux monothérapies.

- Meilleure observance : 1 seule application/jour au lieu de 2 pour les analogues de la vitamine D3.

2.5.2 Traitement Photothérapie

Utilisée en cas d'échec des traitements topiques ou psoriasis étendu (>30% de la surface corporelle). La prise en charge générale s'adresse : Aux patients atteints de psoriasis modéré ayant un impact significatif sur leur qualité de vie. Aux patients souffrant de psoriasis sévère

-Principe de la photothérapie

La photothérapie repose sur l'effet des UV sur les lésions psoriasiques, inhibant la prolifération des kératinocytes et induisant l'apoptose des lymphocytes T.

-Types de photothérapie :

- UVB thérapie (311 nm) : Inhibe la synthèse d'ADN des kératinocytes.
- PUVAthérapie (UVA + psoralènes) : Potentialise l'effet des UVA via le méthoxsalène.

- Effets biologiques

- Action immunomodulatrice : réduction de l'inflammation.

- Induction de l'apoptose des cellules immunitaires impliquées.

- Réduction de la prolifération des kératinocytes anormaux.

Limitations

- Risque cancérogène à long terme.

- Effets indésirables : irritation, photosensibilité, cataracte, immunosuppression.

- Contre-indications : maladies photosensibles, grossesse, immunosuppression.

Efficacité

- PASI 75 atteint chez 70% des patients après 20-30 séances.

- PUVA thérapie > UVB en termes de réponse clinique. Suivi médical essentiel pour éviter effets secondaires graves.

2.5.3 Traitements systémiques (formes sévères ou résistantes)

Indiqués si la photothérapie est inefficace ou impossible.

-Principe des traitements systémiques du psoriasis

Les traitements systémiques ciblent la prolifération excessive des kératinocytes et l'inflammation médiée par les lymphocytes T.

-Modes d'action

1. Méthotrexate : Inhibe la dihydrofolate réductase → Bloque la prolifération cellulaire et module l'immunité.
2. Ciclosporine : Inhibe la calcineurine → Diminue l'activation des lymphocytes T.
3. Acitretine : Rétinoïde régulant la différenciation kératinocytaire et réduisant l'hyperprolifération.

- Effets biologiques

- Immunosuppression ciblée.
- Régulation de la prolifération épidermique.
- Réduction de l'inflammation chronique.

- Limitations

Toxicité hépatique (Méthotrexate), néphrotoxicité (Ciclosporine), tératogénicité (Méthotrexate, Acitretine).

Les biothérapies ciblent spécifiquement les voies inflammatoires impliquées dans le psoriasis en bloquant des cytokines clés. Mécanismes d'action :

- Anti-TNF (ex : infliximab, adalimumab) → Inhibent le TNF- α , cytokine pro-inflammatoire majeure.
- Anti-IL12/23 (ex : ustekinumab) → Bloque la signalisation IL-12 et IL-23, limitant l'activation des lymphocytes Th1/Th17.

- Anti-IL17 (ex : secukinumab, ixekizumab) → Inhibe l'IL-17, clé dans la réponse inflammatoire du psoriasis.
- Anti-IL23 (ex : guselkumab, risankizumab) → Ciblent spécifiquement l'IL-23, limitant l'activation des Th17 sans affecter l'IL-12.

Impact biologique :

- Immunomodulation ciblée.
- Réduction de l'inflammation chronique cutanée.
- Effets secondaires limités comparés aux immunosupresseurs classiques.

Surveillance requise :

Risque infectieux accru, nécessité de bilans immunologiques réguliers.(Etienne, s. d.-b)

Partie pratique

Étude rétrospective épidémiologique observationnelles dans le service de dermatologie au niveau du CHU sur les caractéristiques cliniques du psoriasis durant la période 02 MARS jusqu'à 31 MARS.

CHAPITRE 01 : Patients et Méthodes

1. Problématique

Les données épidémiologiques locales sur le psoriasis restent limitées, d'où la nécessité d'une étude rétrospective permettant de mieux comprendre les tendances, les facteurs de risque et les résultats thérapeutiques.

2. Objectifs de l'étude

2.1 Objectif principal : Décrire les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, , formes cliniques, lieux) des patients atteints de psoriasis dans le service de dermatologie du CHU.

2.2 Objectifs secondaires

-Évaluer l'impact du psoriasis sur la qualité de vie des patients à travers un questionnaire spécifique.

-Analyser la répartition des différents types de psoriasis (psoriasis en plaques, inversé, pustuleux, etc.).

-Identifier les facteurs de risque associés au psoriasis dans cette population.

3. Patients

3.1 Population cible

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et qualitative qui a concerné l'analyse des dossiers de 129 patients. Cette étude a couvert une période de 1 mois au service Dermatologie de CHU Constantine.

• Critères d'inclusion

- Patients diagnostiqués avec un psoriasis, traités dans le service de dermatologie du CHU durant la période [2018- 2025].
- Patients consentant à répondre au questionnaire.

- **Critères d'exclusion**

- Patients avec des dossiers incomplets ou des pathologies dermatologiques confondantes
- Patients présentant d'autres affections dermatologiques ou pathologies interférant avec le psoriasis.
- Patients incapables de répondre au questionnaire en raison de barrières linguistiques ou cognitives

3.2 Sources de données

- **Données collectées** : Dossiers médicaux des patients, avec extraction de données cliniques et démographiques (âge, sexe, antécédents médicaux, type de psoriasis, traitements reçus, etc.).

3.3 Questionnaire auprès des patients

- **Objectif du questionnaire** : Le questionnaire vise à recueillir des informations sur l'impact du psoriasis sur la qualité de vie des patients, leur perception de la maladie et leur vécu émotionnel et social.

- **Structure du questionnaire** : Le questionnaire se divise en plusieurs sections, incluant mais ne se limitant pas à :

-Données démographiques et cliniques : Âge, sexe, durée de la maladie, type de psoriasis, localisation des lésions, traitements suivis.

-Perception de la maladie : Questions sur l'acceptation de la maladie, les émotions ressenties (angoisse, frustration), la perception du traitement et des résultats thérapeutiques.

-Facteurs sociaux et psychologiques : L'impact sur les relations sociales, l'estime de soi, la gestion du stress, et les répercussions au niveau professionnel.

-Comorbidités perçues : Identification de l'arthrite psoriasique et d'autres maladies associées comme les troubles cardiovasculaires ou métaboliques.

4. Méthodologie

-Compilation des données dans un logiciel statistique (SPSS).

-Réalisation des analyses statistiques (descriptives et comparatives).

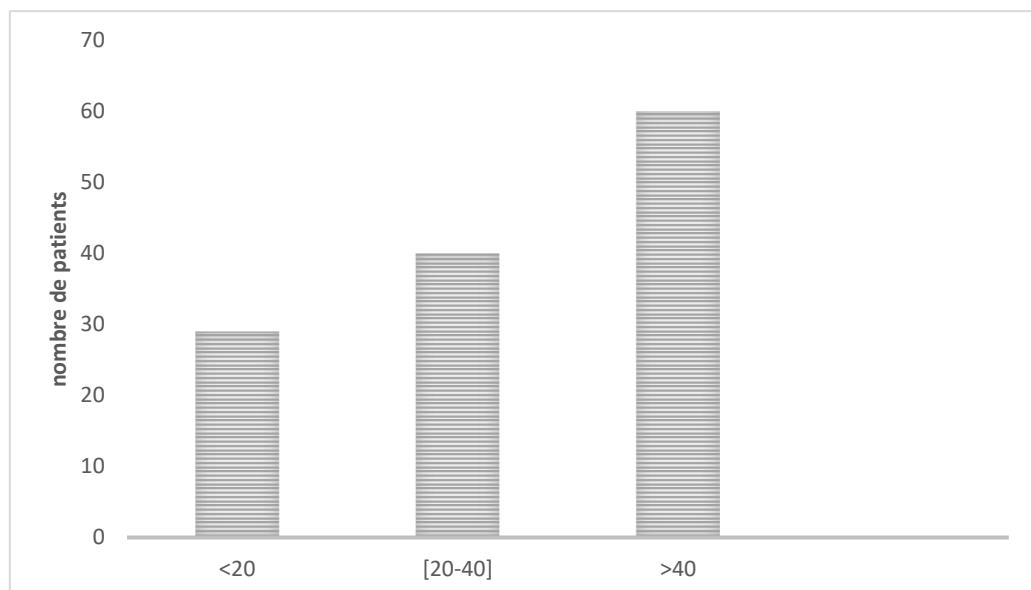
- Analyse des résultats des questionnaires en parallèle avec les données cliniques rétrospectives

- Méthodes statistiques

- Analyse descriptive : Fréquences, moyennes et écarts-types pour les variables démographiques et cliniques
- Analyse bivariée : Tests de comparaison (pour évaluer les différences significatives entre les groupes (en fonction du sexe, du type de psoriasis, des traitements, etc.).
- Modèles multivariés : Pour explorer les relations entre les facteurs cliniques, sociaux, et l'impact sur la qualité de vie des patients

CHAPITRE 02 : Résultats et Discussion**A. Résultats****❖ D'après les dossiers médicaux****1. Caractéristiques épidémiologiques des patientes de psoriasis****1.1 Sexe****Tableau 02 : La répartition des patients selon le sexe**

Sexe	Homme	Femme
Effectif	50	79
Pourcentage	38,8 %	61,2 %

1.2 âge**Figure 18 : répartition des patients selon l'âge**

1.3 Wilaya

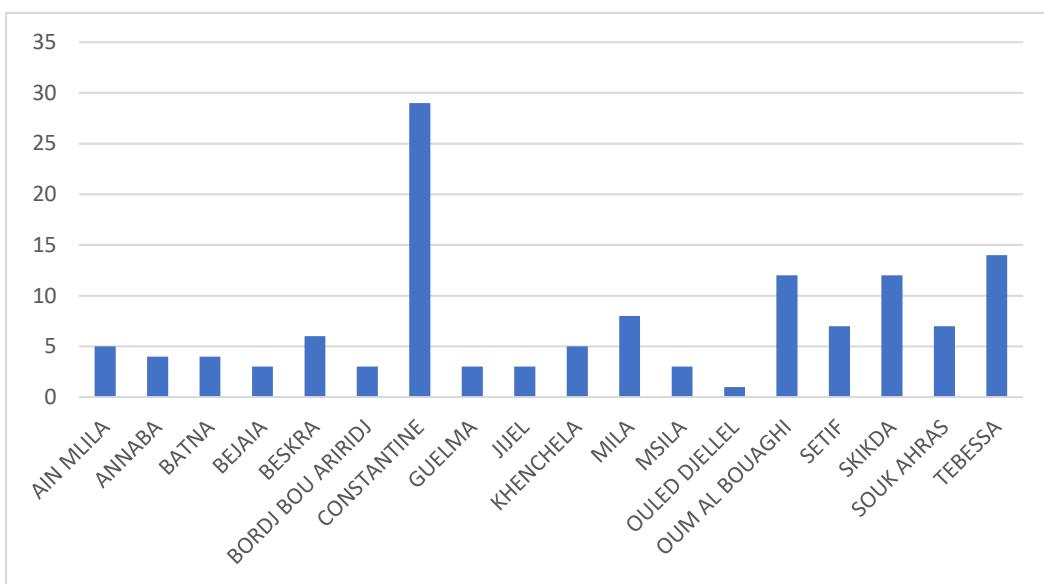


Figure 19 : la répartition des patients selon la Wilaya

2. Caractéristiques épidémiologiques du psoriasis

2.1 Type du psoriasis

Tableau 03 : Types de psoriasis

Type de psoriasis	fréquence	pourcentage
Psoriasis pustuleux	77	59,7 %
Psoriasis en plaque	31	24 %
Psoriasis palmoplantaire	4	3,1 %
Psoriasis érythrodermique	8	6,2 %
Psoriasis arthropathique	9	7 %
Total	129	100 %

2.2 Le Traitement

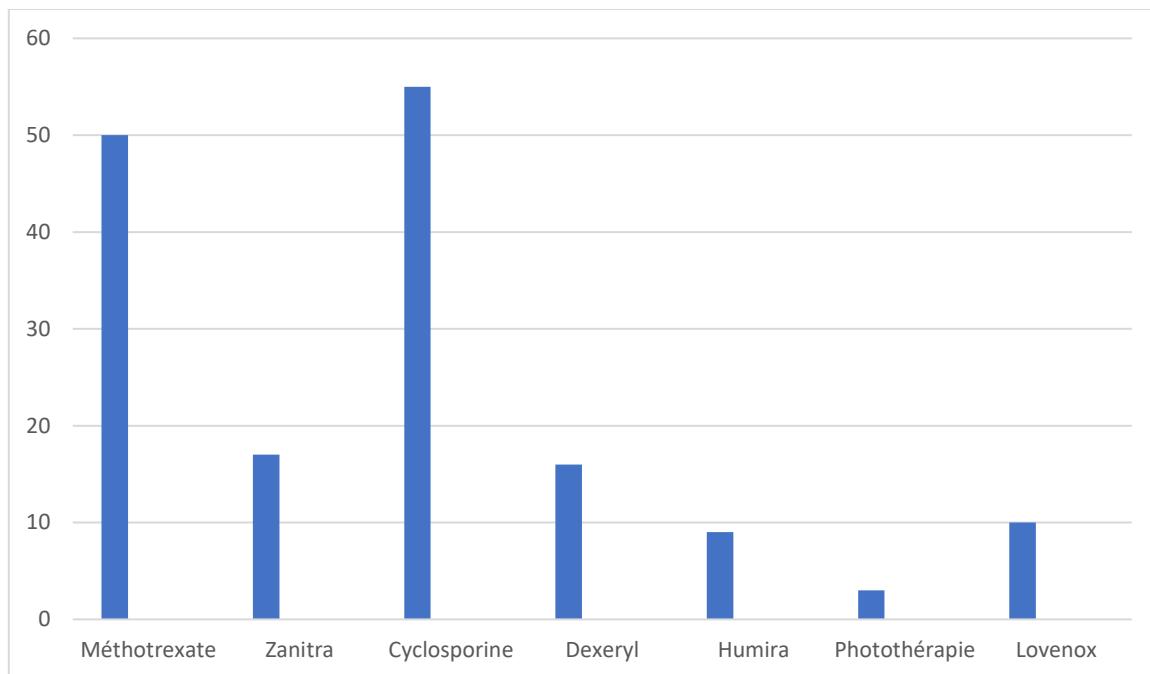


Figure 20 : le traitement utilisé pour traité le psoriasis

3. La corrélation entre types de psoriasis et certaines caractéristiques

3.1 Corrélation entre le type de psoriasis et le sexe

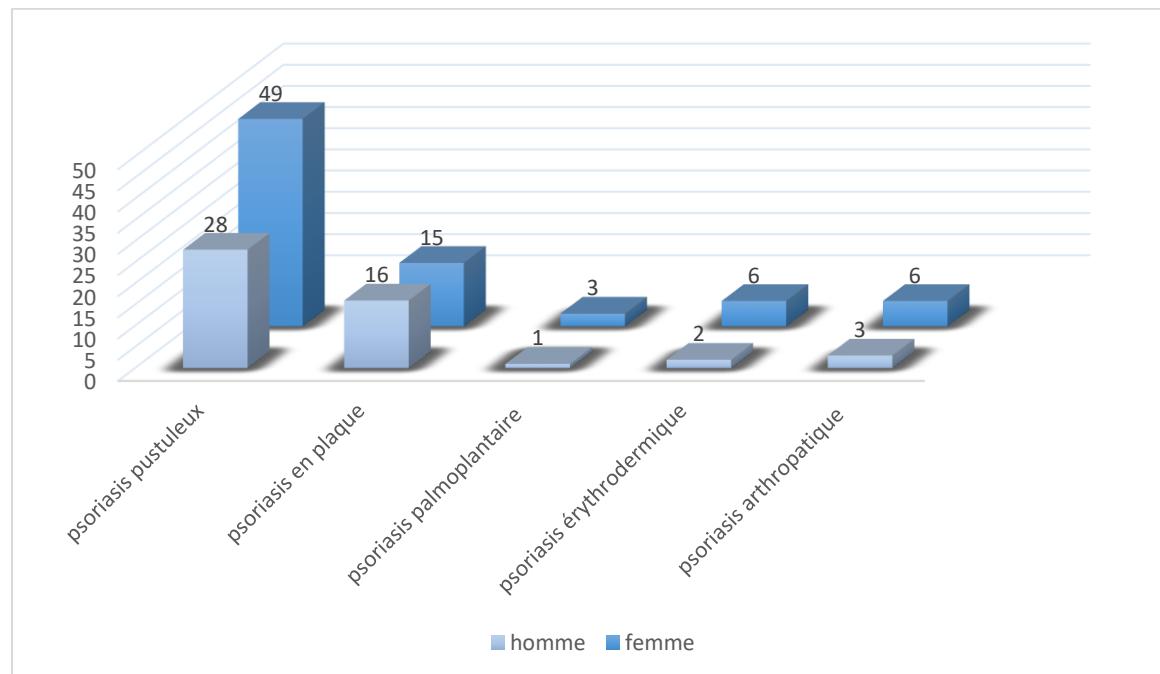


Figure 21 : corrélation entre le type du psoriasis et le genre

3.2 Corrélation entre le type de psoriasis et la Wilaya

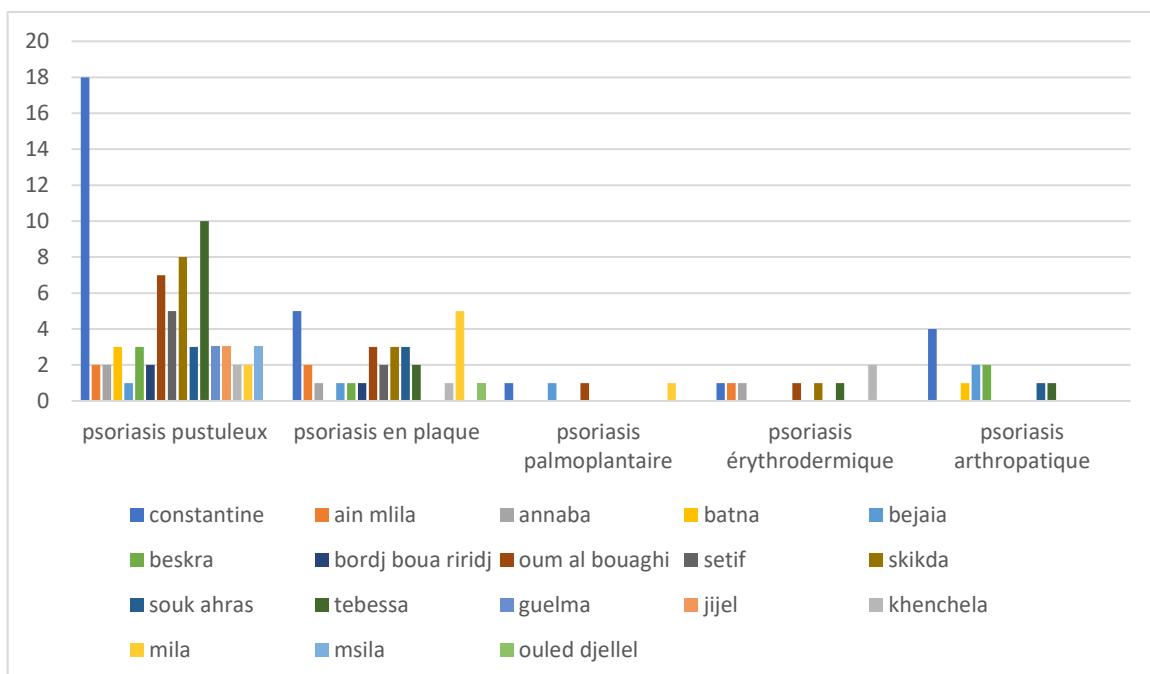


Figure 22 : corrélation entre le type du psoriasis et la Wilaya

3.3 Corrélation entre le type du psoriasis et le traitement

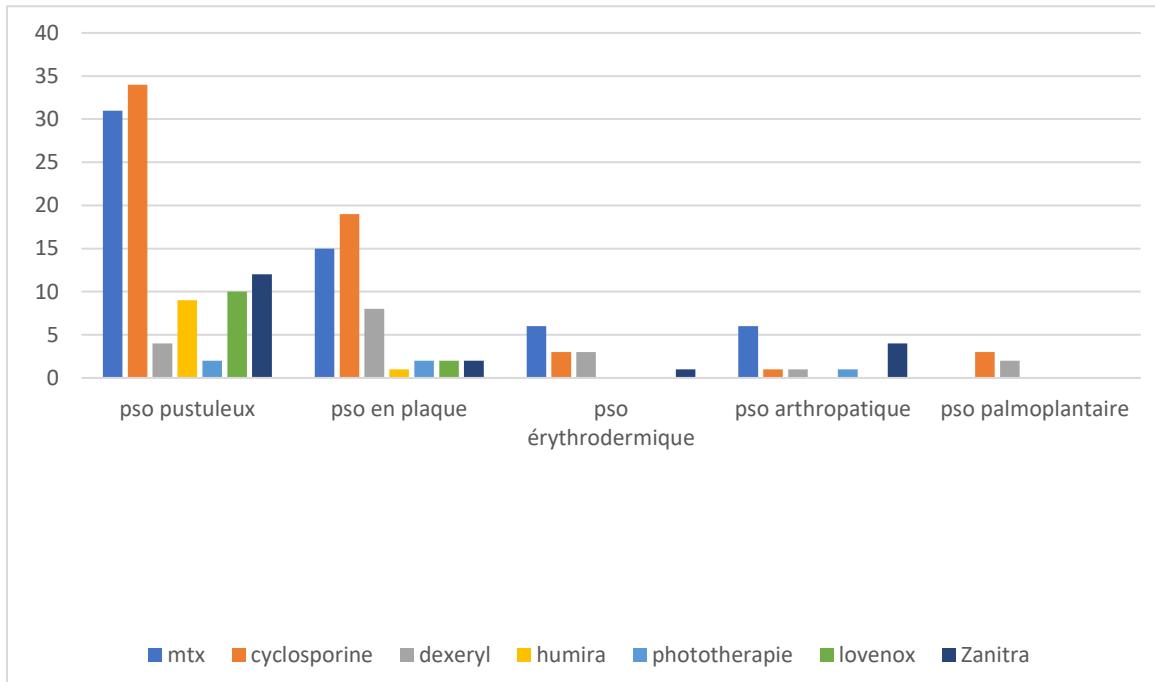


Figure 23 : corrélation entre le type de psoriasis et le traitement

3.4 Corrélation entre le type de psoriasis et l'âge

Tableau 04 : corrélation entre le psoriasis et l'âge

Type \ Age	Pso pustuleux	Pso en plaque	Pso érythrodermique	Pso arthropathique	Pso palmoplantaire
<20	19	5	4	0	2
[20-40]	22	13	0	5	1
>40	35	12	3	4	1

❖ D'après le Questionnaire

1. Les zones infectées par le psoriasis

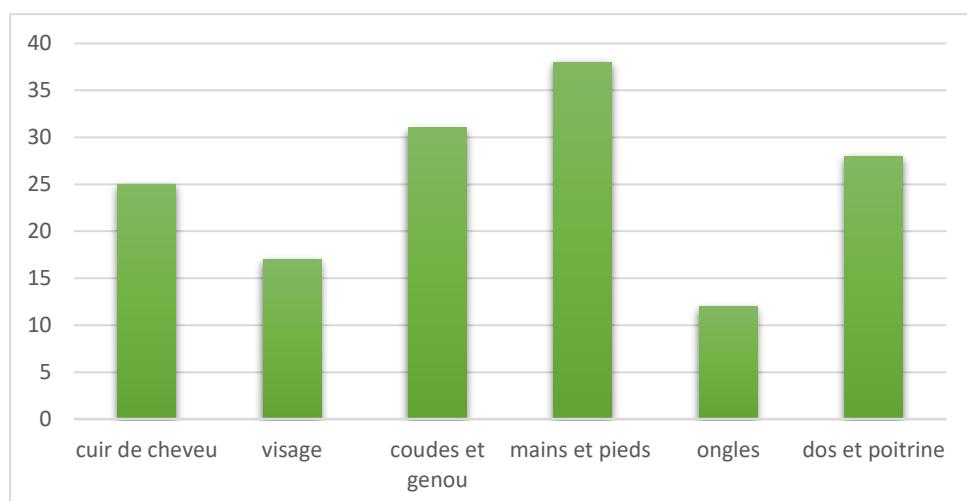


Figure 24 : Les zones infectées par le psoriasis

2. Le psoriasis affecte-t-il la qualité de vie des patients ?

Tableau 05 : L'effet du psoriasis sur la qualité de vie

Effet du psoriasis	Un peu	Beaucoup	Pas du tout
Nombre des patients	6	31	4
Pourcentage	14,6 %	75,6 %	2,8 %

3. Les patients ont-ils des antécédents familiaux de psoriasis ?

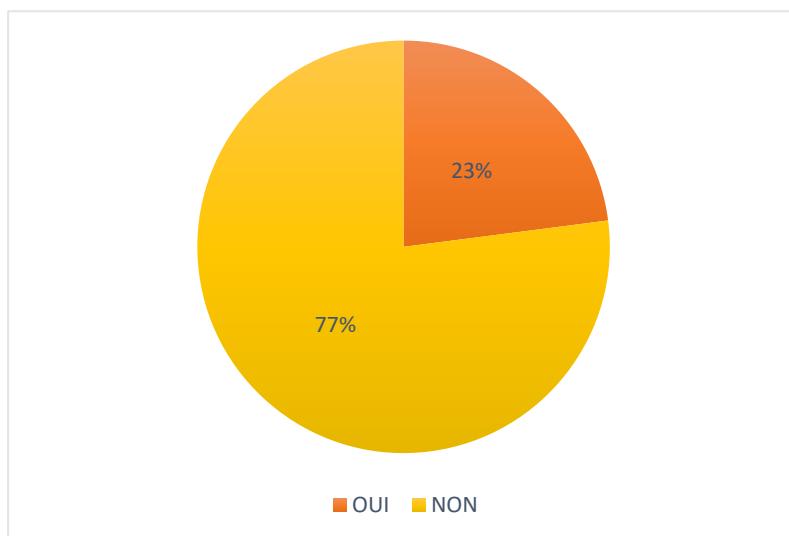


Figure 25 : l'antécédent familial avec le psoriasis

4. Quels sont les facteurs qui aggravent le psoriasis ?

Tableau 06 : Les facteurs externes qui influencent le psoriasis

Les facteurs	Stress	Climat	Certains aliments	Epuisement	Tabac
Nombre des patients	32	28	7	7	4

5. Est-ce que les patients ont essayé des produits naturels ?

Tableau 07 : L'essai de produits naturels par les patients

	OUI	NON
Effectifs	26	15
Pourcentage	64%	36%

B . Discussion

1. Le sexe

L’analyse des 129 cas inclus dans notre étude révèle une prédominance féminine marquée, avec 61,2 % de femmes contre 38,8 % d’hommes. Ce déséquilibre sexuel est particulièrement intéressant à noter, surtout lorsqu’il est comparé à des données similaires issues d’une étude rétrospective réalisée au CHU de Tizi-Ouzou sur le psoriasis familial, qui a rapporté une prédominance féminine, ce qui va dans le même sens que nos observations (**Tarmoul & Tabbou, 2021**). Cette similarité suggère une tendance possible à une représentation plus élevée des femmes dans les consultations dermatologiques pour le psoriasis, du moins dans certaines régions d’Algérie. Une autre étude descriptive et analytique menée au niveau du CHU de Constantine a également rapporté une légère prédominance féminine dans la population étudiée (**Berrahal, Chama & Hamla, 2020**). Cette tendance rejoue nos résultats ainsi que ceux observés au CHU de Tizi-Ouzou, ce qui pourrait refléter une réalité socioculturelle propre à certaines zones du pays, où les femmes consultent peut-être plus fréquemment pour les pathologies cutanées. En revanche, une étude réalisée au Burkina Faso par Sanon Koghognini dans le service de dermatologie du CHU Sourô Sanou a montré une prédominance masculine (**Sanon, 2018**). Cette différence peut s’expliquer par des contextes socioculturels distincts, des habitudes de recours aux soins différentes, ou encore des réalités structurelles liées à l’accès aux services de santé.

2. Age

Dans notre étude, la moyenne d’âge des patients recrutés était de 37,11 ans, avec des âges extrêmes allant de 1 an à 87 ans. Les résultats révèlent une large distribution des âges des patients, avec une prédominance des patients âgés de plus de 40 ans. Cette répartition suggère que le psoriasis, bien qu’il puisse affecter des individus jeunes, touche particulièrement les adultes et les personnes âgées. Cela peut aussi refléter l’impact cumulatif de facteurs environnementaux et génétiques au fil du temps. Pour comparer, **Berrahal, Chama et Hamla (2020)** ont étudié une population de patients atteints de psoriasis dans la région du plateau constantinois. La moyenne d’âge des patients recrutés dans leur étude était de 40,14 ans, avec des âges extrêmes allant de 5 ans à 78 ans. Ainsi, bien que notre étude présente une proportion légèrement plus élevée de patients de plus de 40 ans, les résultats de **Berrahal et al. (2020)** confirment l’importance de la tranche d’âge des < 40 ans chez les patients atteints de psoriasis. Cela met en lumière que le psoriasis peut affecter les individus de tout âge, mais que son incidence semble se stabiliser ou augmenter avec l’âge. Les similitudes entre nos résultats et

ceux de **Berrahal et al. (2020)** renforcent l'idée que le psoriasis est une pathologie à large portée démographique, et qu'il nécessite une approche thérapeutique tenant compte des spécificités de chaque groupe d'âge.

3. La Wilaya

L'examen de la distribution régionale des cas de psoriasis dans notre série révèle une présence significative de patients originaires de la wilaya de Constantine représentant 22,5 % de l'ensemble de la population étudiée. Cette concentration peut être attribuée à la proximité géographique du centre hospitalier mais également à une meilleure couverture en soins dermatologiques spécialisés dans cette zone. Ce constat reflète probablement une organisation sanitaire locale favorable où les structures de santé sont davantage sollicitées par les résidents des régions urbaines voisines. Nos données s'alignent avec celles rapportées par **Berrahal Fairouz, Chama Sana et Hamla Amira (2020)** dans une étude descriptive et analytique menée à **Constantine**, où 28,57 % des cas étaient également issus de cette même wilaya. Cette similarité dans les résultats confirme le rôle stratégique de la région constantinoise en matière de prise en charge dermatologique que ce soit en raison de sa densité démographique ou de sa fonction de centre médical régional pour les wilayas limitrophes. Plus globalement, notre enquête met en évidence une répartition déséquilibrée des cas selon les régions, avec d'autres foyers importants recensés à Oum el Boughi, Tébessa et Souk Ahras. Ces variations géographiques pourraient découler de plusieurs éléments : taille de la population facteurs environnementaux prédispositions familiales mais aussi comportements face aux soins et présence ou absence de spécialistes dans certaines zones.

4. Le Type de psoriasis

L'analyse des formes cliniques dans notre échantillon montre une prédominance du psoriasis pustuleux, qui touche 59,7 % des patients. Cette forme, souvent associée à une atteinte cutanée sévère et diffuse, nécessite généralement un traitement systémique. Le psoriasis en plaques représente 24 % des cas, suivi par le psoriasis arthropathique (7 %), le psoriasis érythrodermique (6,2 %) et enfin le psoriasis palmoplantaire (3,1 %). Une étude similaire menée par Berrahal, Chama et Hamla (2020) sur le plateau constantinois a montré une répartition clinique comparable, avec une forte prévalence du psoriasis pustuleux (42,86 %) et du psoriasis en plaques (32,65 %). Ils ont également observé des formes plus rares telles que le psoriasis érythrodermique (10,20 %) et le psoriasis en gouttes (8,16 %). Bien que leur étude rapporte un profil clinique similaire au nôtre pour les formes dominantes, l'absence de psoriasis

palmoplantaire dans leur échantillon contraste avec notre propre distribution, ce qui pourrait indiquer une certaine variabilité géographique ou des différences dans les critères de sélection des patients. En revanche, une étude différente réalisée par **Tarmoul et Tabbou (2021) au CHU de Tizi-Ouzou**, axée sur le psoriasis familial, a mis en évidence une forte prévalence du psoriasis vulgaire chez les patients ayant des antécédents familiaux (94,12 %) et un taux plus faible de formes sévères comme le psoriasis pustuleux et érythrodermique. Dans cette étude, les formes arthropathiques étaient également peu fréquentes (2,94 %), ce qui suggère que l'histoire familiale pourrait jouer un rôle significatif dans l'expression clinique de la maladie. Cette différence dans la distribution des formes de psoriasis pourrait être expliquée par des facteurs génétiques ou familiaux propres à cette population, et souligne l'importance de prendre en compte l'historique familial dans le diagnostic.

5. Le Traitement

L'analyse des modalités thérapeutiques dans notre série révèle une nette prédominance des traitements systémiques, en particulier la cyclosporine et le méthotrexate (MTX) largement utilisés dans différentes formes de psoriasis. La cyclosporine s'est montrée particulièrement fréquente dans les formes pustuleuses, en plaques et palmo-plantaires tandis que le méthotrexate a été principalement prescrit dans les formes pustuleuses, érythrodermiques et arthropathiques. Cette tendance à l'utilisation de traitements systémiques dans les formes sévères ou étendues s'inscrit dans une logique thérapeutique adaptée à la sévérité de la maladie. Nos observations rejoignent en partie celles de **Sanon Koghognini (2018)** dans son étude réalisée au **CHU Sourô Sanou au Burkina Faso**, où le méthotrexate était également largement prescrit, en particulier dans les formes graves. Toutefois, contrairement à notre série où la cyclosporine occupe une place importante, Sanon souligne une prédominance du méthotrexate avec un recours plus limité aux autres traitements systémiques. Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs contextuels : disponibilité des médicaments, protocoles locaux, ou encore le profil clinique plus sévère des patients recrutés dans cette étude africaine.

6. Corrélation entre le type de psoriasis et le sexe

En regardant de près la répartition des différents types de psoriasis chez les hommes et les femmes, on remarque tout de suite que le psoriasis en plaques est de loin le plus fréquent, surtout chez les femmes (49 cas contre 28 chez les hommes). Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes consultent peut-être plus facilement pour ce genre de problème, ou qu'elles y sont simplement plus exposées. À l'inverse, le psoriasis pustuleux semble toucher davantage

les hommes (28 hommes contre 16 femmes), ce qui pourrait être lié à des facteurs comme le stress, des expositions professionnelles ou des différences hormonales. Pour le psoriasis palmo-plantaire, la répartition est quasiment égale entre les deux sexes, ce qui montre que cette forme n'a pas de préférence marquée selon le genre. Les formes plus rares, comme le psoriasis érythrodermique ou arthropathique, sont peu représentées, mais là encore, on voit légèrement plus de cas chez les femmes. Ce sont souvent des formes plus graves ou évoluées, qui nécessitent un suivi médical régulier. Ces résultats nous permettent de mieux comprendre non seulement la diversité des formes cliniques du psoriasis, mais aussi la manière dont elles se répartissent selon le sexe, ce qui peut influencer les choix de traitement, y compris le recours aux plantes médicinales.

7. Corrélation entre le type de psoriasis et la wilaya

La répartition des différents types de psoriasis dans plusieurs wilayas de l'est algérien. On observe que le psoriasis pustuleux est le type le plus fréquent, notamment à Constantine, Bordj Bou Arreridj et Tébessa, avec un pic remarquable à Constantine (18 cas). Le psoriasis en plaque suit, touchant particulièrement Mila et Skikda. En revanche, les autres formes comme le psoriasis palmo-plantaire, érythrodermique et arthropathique restent rares, bien que quelques cas soient notés à Jijel, Khencela et Batna. Cette diversité géographique et clinique reflète sans doute des facteurs environnementaux, génétiques ou encore l'accès aux soins qui varient d'une wilaya à l'autre.

8. Corrélation entre le type de psoriasis et le traitement

Il en ressort que le psoriasis pustuleux et le psoriasis en plaques sont les formes les plus fréquemment prises en charge, avec une nette prédominance de deux médicaments : le méthotrexate (MTX) et la cyclosporine. Ces traitements immunsupresseurs occupent une place centrale dans la stratégie thérapeutique, notamment pour les formes modérées à sévères. Pour les types de psoriasis plus rares, comme les formes arthropathique et érythrodermique, le recours au méthotrexate reste également important, bien que d'autres options comme l'Humira (adalimumab), la photothérapie ou le Zanitra soient utilisées de manière plus ponctuelle, en fonction des besoins spécifiques des patients. En revanche, le psoriasis palmo-plantaire semble faire l'objet de moins de traitements globaux, ce qui pourrait refléter une prévalence plus faible ou une approche thérapeutique différente, peut-être plus locale. De manière générale, ce graphique met en évidence l'importance des traitements systémiques dans la prise en charge

des formes les plus sévères, tout en soulignant la diversité des options thérapeutiques disponibles, permettant une adaptation aux caractéristiques de chaque type de psoriasis.

9. Corrélation entre le type de psoriasis et l'âge

La répartition des différents types de psoriasis selon les tranches d'âge révèle certaines tendances marquées. Chez les moins de 20 ans (en vert), on note une légère prédominance du psoriasis érythrodermique, bien que cette forme reste globalement rare. Dans la tranche des 20 à 40 ans (en violet), le psoriasis en plaques est particulièrement représenté, tout comme la forme arthropathique, qui commence à se manifester davantage à cet âge. Chez les personnes de plus de 40 ans (en bleu), le psoriasis pustuleux est de loin le plus fréquent, atteignant un pic significatif, ce qui en fait la forme la plus répandue dans cette tranche d'âge. De manière générale, le psoriasis pustuleux domine dans toutes les catégories d'âge, mais son incidence augmente nettement avec l'âge. En revanche, les formes érythrodermique, arthropathique et palmoplantaire sont beaucoup moins fréquentes, bien qu'on observe quelques nuances : le psoriasis arthropathique tend à concerter surtout les adultes entre 20 et 40 ans ainsi que les plus âgés, tandis que le psoriasis érythrodermique est légèrement plus représenté chez les plus jeunes.

10. Les Zones infectées par le psoriasis

Dans notre série, les zones du corps les plus fréquemment touchées par le psoriasis sont les mains et les pieds, suivis des coudes, des genoux, puis du dos et de la poitrine. Ces régions, souvent soumises à des frottements ou des microtraumatismes répétés, semblent particulièrement vulnérables à la maladie. Le cuir chevelu constitue également une localisation fréquente, correspondant à une forme bien connue en consultation dermatologique. En revanche, les ongles et le visage sont moins fréquemment atteints, bien que leur atteinte, même rare, puisse avoir un impact significatif sur les plans esthétique et fonctionnel. Ces observations trouvent un écho dans les constatations cliniques dans un étude descriptive et analytique réalisée **par Berrahal, Chama et Hamla (2020) au CHU de Constantine** sur le plateau constantinois. Dans leur série, l'atteinte du tronc concernait 42,85 % des patients, celle du dos 30,61 %, du visage 24,48 %, des plis abdominaux 22,44 %, de la paume 14,28 %, des jambes et plantes 12,24 %, et de la tête, cou, fesses, cuisses et thorax 10,20 %. L'atteinte des coudes représentait 8,16 %, des mains et pieds 6,12 %, des genoux 4,08 %, et des bras et chevilles 2,04 %. Cette répartition souligne la diversité des localisations cliniques du psoriasis et met en évidence la prédominance de certaines zones selon les profils de patients observés.

11. La Qualité de vie

L'analyse des données recueillies dans notre étude met en évidence l'impact significatif du psoriasis sur la qualité de vie, notamment sur l'état émotionnel des patients. En effet, 76 % des participants déclarent que la maladie a un effet majeur sur leur humeur, révélant l'ampleur de la souffrance psychologique qu'elle engendre. Ce constat rejoint les résultats de l'étude témoin menée par **TOUAHRI Mahdia et BEKOUR Nassima (2019)**, qui ont elles-mêmes travaillé sur les cas de patients suivis au **cabinet de dermatologie de Béjaïa**. Leur étude souligne que les personnes atteintes de psoriasis souffrent fréquemment de stress intense et d'une altération de l'image de soi.

Ces résultats sont également corroborés par l'étude de **SANON Koghognini Bénédicte (2018)**, réalisée au **service de dermatologie du CHU Sourô Sanou**, dans le cadre de l'Université Nazi Boni (Institut Supérieur des Sciences de la Santé). Dans cette étude, 41,23 % des patients, soit 87 personnes, ont déclaré ressentir une gêne significative liée à leur psoriasis, notamment en raison de son impact esthétique et/ou fonctionnel. Ce chiffre confirme que le retentissement psychosocial de la maladie est largement partagé, au-delà du simple inconfort physique, et contribue à la dégradation de la qualité de vie des personnes atteintes.

12. Antécédent familial avec le psoriasis

Les résultats obtenus dans notre enquête montrent que la majorité des patients interrogés (77 %) ne rapportent pas d'antécédents familiaux de psoriasis, tandis que 23 % déclarent avoir des proches atteints. Cette répartition met en lumière une possible prédominance des facteurs non héréditaires dans le déclenchement de la maladie chez cette population, en soulignant notamment le rôle potentiel de facteurs environnementaux, immunitaires ou encore psychologiques. Toutefois, la présence d'une proportion non négligeable de patients avec des antécédents familiaux rappelle que le facteur génétique reste un élément essentiel dans la compréhension globale du psoriasis. Ces résultats sont partiellement cohérents avec ceux de l'étude rétrospective menée par **Tarmoul et Tabbou (2021) au CHU de Tizi-Ouzou**. Dans cette étude, sur les 292 dossiers de patients atteints de psoriasis, seulement 190 comportaient des données relatives aux antécédents familiaux, parmi lesquels 26,31 % avaient effectivement des antécédents familiaux. Ce pourcentage est proche de celui obtenu dans notre enquête (23 %), ce qui renforce la validité de nos données. Cependant, il est à noter que dans l'étude de **Tarmoul et Tabbou**, les patients sans antécédents familiaux représentaient une majorité encore

plus marquée (79,68 %), ce qui peut être expliqué par la nature hospitalière de l'échantillon et les critères d'inclusion spécifiques de leur étude.

13. Les facteurs externes qui influencent le psoriasis

L'examen des données issues de notre étude révèle que le stress psychosocial constitue, aux yeux des patients, le principal catalyseur des poussées psoriasiques, étant cité à plus de trente reprises. Il est suivi de près par les variations climatiques, évoquées dans environ vingt-huit cas, traduisant leur place prépondérante parmi les éléments environnementaux perçus comme aggravants. Ces deux déclencheurs dominants corroborent pleinement les données établies dans la littérature spécialisée, confirmant leur poids pathogène avéré dans la modulation de la maladie. À l'inverse, d'autres facteurs tels que certaines habitudes alimentaires ou la fatigue physique ne sont évoqués que de manière marginale (environ sept mentions chacun), tandis que le tabagisme n'est cité que dans quatre cas. Cette faible fréquence pourrait résulter d'une perception atténuée de leur nocivité ou d'un lien de causalité jugé moins immédiat par les patients concernés. Ces résultats entrent en résonance avec ceux de l'enquête menée par **SANON Koghognini Bénédicte (2018) au CHU Sourô Sanou**, dans le cadre de l'Université Nazi Boni – Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Dans cette recherche, des facteurs déclenchant ont été identifiés chez 15,75 % des patients, avec une prédominance du stress (52,17 %), suivi des infections (30,43 %). Ce parallèle renforce l'idée d'une universalité du stress comme facteur déstabilisant, transcendant les contextes socioculturels et cliniques

14. L'essai du produits naturels

Dans le cadre de notre étude centrée sur le psoriasis, nous avons constaté que 64 % des patients interrogés ont eu recours à des traitements naturels, tandis que 36 % n'y ont pas eu recours. Ce recours élevé à la phytothérapie chez les personnes atteintes de psoriasis témoigne d'une adhésion marquée aux approches alternatives. Cette inclination peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment la dimension chronique de la maladie, les effets secondaires parfois lourds associés aux traitements conventionnels, ainsi qu'à une confiance durable envers les savoirs traditionnels et les remèdes d'origine naturelle. L'intérêt pour ces pratiques a également été documenté dans d'autres contextes cliniques. Une étude ethnobotanique menée par **Abi-Ayad Nesrine et Abdelmalek Nawel (2021) au CHU de Tlemcen**, sur un échantillon de 150 patients atteints de diverses pathologies dermatologiques, a révélé que 44,67 % d'entre eux ont utilisé les plantes médicinales, contre 55,33 % qui n'y ont pas eu recours. Ces données mettent en évidence la présence significative de la phytothérapie dans les parcours de soins

dermatologiques, particulièrement au sein des établissements hospitaliers. Ces observations soulignent la nécessité de mieux connaître les pratiques thérapeutiques naturelles auxquelles ont recours les patients, en vue de mieux les encadrer, d'en évaluer scientifiquement l'efficacité, et de prévenir les éventuelles interactions avec les traitements médicaux classiques.

CONCLUSION

Le travail présenté dans ce mémoire constitue une étude épidémiologique descriptive et rétrospective sur les formes cliniques du psoriasis, réalisée au sein du service de dermatologie du CHU de Constantine. À travers l'analyse des dossiers de patients, cette recherche a permis de mettre en évidence les caractéristiques épidémiologiques, les types de psoriasis prédominants, les comorbidités associées ainsi que l'impact de la maladie sur la qualité de vie.

Les résultats obtenus montrent une nette prédominance féminine parmi les patients atteints de psoriasis, avec une moyenne d'âge avoisinant les 37 ans. Le psoriasis pustuleux s'est révélé être la forme la plus fréquente dans notre population (59,7 %), suivi du psoriasis en plaques, confirmant la diversité clinique de cette affection. Les traitements les plus utilisés étaient la ciclosporine et le méthotrexate, indiquant leur importance dans la prise en charge thérapeutique de ces formes parfois sévères.

Le psoriasis, en tant que maladie auto-immune chronique, reflète une interaction complexe entre les facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux. L'étude a également souligné l'existence de comorbidités fréquentes (arthrite psoriasique, troubles métaboliques) et un retentissement psychosocial non négligeable, justifiant une approche de prise en charge multidisciplinaire intégrant dermatologues, rhumatologues, psychologues et nutritionnistes.

Cette étude met en lumière l'importance d'un dépistage précoce et d'un suivi personnalisé du psoriasis, en particulier chez les patients présentant des formes graves ou des antécédents familiaux. Une attention particulière doit être accordée à l'impact émotionnel de la maladie, souvent sous-estimé, mais essentiel à la qualité de vie globale du patient.

À l'avenir, ce travail ouvre la voie à des recherches plus approfondies, notamment des études de cohorte sur plusieurs années pour explorer l'évolution des formes cliniques, l'efficacité des traitements biologiques, et l'identification de nouveaux biomarqueurs pronostiques.

Enfin, dans la continuité de ce travail, notre objectif est de proposer un remède naturel contre le psoriasis, basé sur des produits locaux et accessibles, avec peu d'effets secondaires, afin d'offrir une alternative complémentaire ou de substitution aux traitements conventionnels.

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Armstrong, A. W., & Read, C. (2020). Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*, 323(19), 1945-1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>

DERMATO-INFO, le psoriasis. (s. d.). Consulté 20 février 2025, à l'adresse <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis>

Nair, P. A., & Badri, T. (2023). Psoriasis. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK448194/>

Tran, H. V. (s. d.). Caractérisation des propriétés mécaniques de la peau humaine in vivo via l'IRM.

Une maladie auto-immune, c'est quoi ? | la rhumatologie pour tous. (s. d.). Consulté 19 mai 2025, à l'adresse <https://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/maladies-auto-immunes/une-maladie-auto-immune-cest-quoi>

Xavier, J. (2020, février 14). Qu'est-ce qu'une maladie auto-immune : Pourquoi notre organisme peut se retourner contre nous ? Doctissimo. <https://www.doctissimo.fr/sante/principales-maladies/maladie-auto-immune-definition>

Anatomie fonctionnelle de la peau -. (S. d.). Consulté 3 février 2025, à l'adresse <https://microbiologiemedicale.fr/peau-anatomie/>

Anat_physiologie_La_Peau.pdf. (s. d.). Consulté 4 février 2025, à l'adresse https://extranet.chu-nice.fr/Formation-Aide-Soignant-Nice/uploads/Extranet/smartsection/Anat_physiologie_La_Peau.pdf

Démarchez, M. (2025, février 3). Biologie de la peau. [https://biologiedelapeau.fr.](https://biologiedelapeau.fr/) https://biologiedelapeau.fr/spip.php?page=forum&id_article=28&id_forum=214

Kemel, K. (s. d.). Mécanismes de passage transcutané : Étude des interactions nanoparticules / peau.

Manon, M. M. (s. d.). THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE.

These Peau Et Acné | PDF | Épiderme (anatomie) | Sens (physiologie). (s. d.). Consulté 3 février 2025, à l'adresse <https://fr.scribd.com/document/487613825/these-peau-et-acne>

10_Psoriasis. (s. d.).

Boudouma-Ziad, R. (s. d.). Prise en charge du psoriasis par les médecins généralistes en Picardie : État des lieux de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Dermato-Info. (2019, décembre 2). Le psoriasis. [dermato-info.fr.](https://dermato-info.fr/) <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis>

DERMATO-INFO, le psoriasis. (s. d.). Consulté 20 février 2025, à l'adresse <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Etienne, S. (s. d.-a). Le psoriasis, physiopathologie, traitements et prise en charge à l'officine.

Etienne, S. (s. d.-b). Le psoriasis, physiopathologie, traitements et prise en charge à l'officine.

Item 114 – UE 4 Psoriasis. (2018). Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, 145, S45-S56. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.01.017>

Maladies auto-immunes – Définition | MSD Santé Suisse. (2023, février 16). <https://www.msd-gesundheit.ch/fr/immunologie/maladies-auto-immunes-d%C3%A9finition>

Maladies auto-immunes de la peau : Définitions, symptômes et avis médical. (s. d.). Consulté 14 février 2025, à l'adresse <https://www.deuxiemeavis.fr/famille/maladies-auto-immunes-de-la-peau>

Mémoire finale BPM. (s. d.).

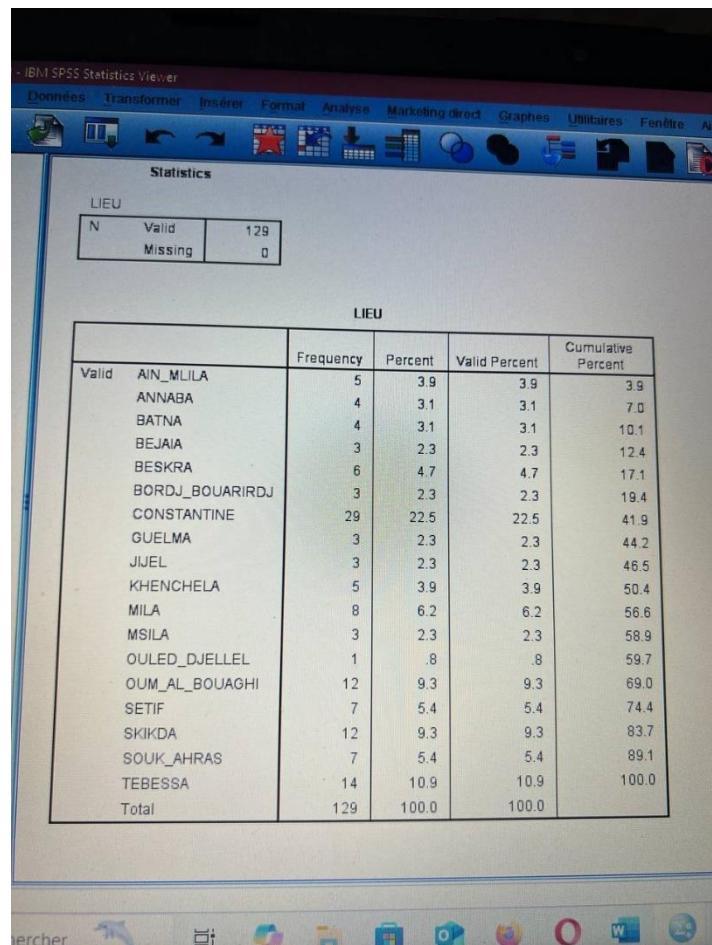
Psoriasis. (s. d.).

Quaresma, J. A. S. (2019). Organization of the Skin Immune System and Compartmentalized Immune Responses in Infectious Diseases. *Clinical Microbiology Reviews*, 32(4), e00034-18. <https://doi.org/10.1128/CMR.00034-18>

ANNEXES

Age	sex	lieux	type	annee	traitement
25 femme		JIJEL	psoriasis pustuleux generalise	2018	rehydratation_levenox_cephacedal_polydomyl_cyclosporine
42 femme		SOUK AHRAS	psoriasis pustuleux generalise	2018	rehydratation_levenox_cephacedal_loratadine_claforan_methotrexate
24 homme		CONSTANTINE	psoriasis pustuleux généralisée	2018	solumédrol
29 homme		SKIKDA	psoriasis pustuleux generalise	2018	methotrexate_zanitra_vaseline_rehydratation
10 femme		BATNA	psoriasis pustuleux generalise	2018	methotrexate_acide_folique_rehydratation_soins locaux
31 femme		GUELMA	psoriasis pustuleux generalise	2018	methotrexate
18 femme		CONSTANTINE	psoriasis en plaque (en gotte)	2018	methotrexate_zanitra_retinoïdes_cyclosporine
28 femme		BEJAIA	psoriasis pustuleux	2018	infleximab
53 homme		SKIKDA	psoriasis en plaque	2018	methotrexate_retinoïde_cyclosporine_medicaments
31 femme		BISKRA	psoriasis en plaque	2018	methotrexate_retinoïdes_cyclosporine_phototherapie
46 homme		CONSTANTINE	psoriasis en plaque	2018	claforan
34 femme		ANNABA	psoriasis pustuleux	2018	TRT adjvant_prectyl
21 femme		AIN BEIDA	psoriasis zn plaque	2018	methotrexate
13 femme		CONSTANTINE	psoriasis pustuleux	2018	cyclosporine
36 femme		OUM AL BOUAGHI	psoriasis pustuleux generalise	2018	methotrexate_cyclosporine
26 femme		AIN MLILA	psoriasis en plaque	2018	cyclosporine_retinoïdes_phototherapie_methotrexate_medicaments
36 homme		SKIKDA	psoriasis en plaque	2018	infleximab
42 femme		SETIF	psoriasis en plaque	2018	methotrexate
28 homme		BATNA	psoriasis arthropathique mixte	2018	methotrexate
18 homme		TEBESSA	psoriasis pustuleux	2018	rehydratation
22 femme		CONSTANTINE	psoriasis arthropathique	2018	methotrexate_zanitra
33 femme		SKIKDA	psoriasis pustuleux generalise	2018	methotrexate_levenox
20 homme		AIN BEIDA	psoriasis pustuleux	2018	rehydratation
48 femme		BORDJ BOUARIRDJ	psoriasis pustuleux generalise	2018	rehydratation_levenox
58 femme		CONSTANTINE	psoriasis pustuleux	2018	methotrexate
62 homme		GUELMA	psoriasis	2018	methotrexate_levenox
14 femme		AIN MLILA	psoriasis érythrodermique	2018	TRT adjvant
23 femme		CONSTANTINE	psoriasis en plaque	2018	methotrexate_isotretinoïne_traitements_locaux
39 homme		SOUK AHRAS	psoriasis	2018	RH2
54 homme		KHENCHELA	psoriasis en plaque	2018	cyclosporine

Page Excel de répartition des patients de psoriasis



Logiciel de SPSS



Quelques photos des patients au niveau de CHU de Constantine

الجامعة الحكيم بن باديس - قسنطينة

Centre Hospitalo-Universitaire Dr Benbadis Constantine

Téléphone : 031 88 66 22 - 031 88 66 34 Télécopie : 031 88 67 00
www.chubenbadis.net

DOSSIER DE MALADE O+

Service :
Nom et Prénom :
Age :
Etat Civil :
Lieu de naissance :
Situation :
Adresse :
Séminaire :
NOM : Bentoulla
PRENOMS : Marfida
PROFESSION : femme au foyer
DATE DE NAISSANCE : 19/01/1984 SEXE : ♀
LIEU DE NAISSANCE : Aïed Zerati, Guelma
DOMICILE : ANNABA

SALLE : LIT N° :
ENTREE - LE : 25/03/2018
SORTIE - LE : 15/04/2018

Hospitalisation

ADRESSE PAR : Dr Chabi Dr Mansour

DIAGNOSTIC
Psoriasis pustuleux chez une gestante de 08 mois

CLASSEMENT
D.M. :
F.C. :

ETAT A L'ENTREE
Patiente consente, coopérante
BFG, BCCM
T° 36,7°C TA
Sur le plan dermatologique : Multiples plaques erythémato-squameuses dont certaines sont surmontées de pustules, prurigineuses

TRAITEMENTS SUBIS
Percortyl 400mg/600mg
+
TRT adjoint : Lomac + Keligon + Calcium

ETAT A LA SORTIE
Rémission partielle
=> ventilo P, 1X 10ml
O suivre en gymanas et baignade

Example de dossier d'un malade au niveau de CHU de Constantine

Questionnaire sur la maladie du psoriasis

إستبيان حول مرض الصدفية

الإسم: سليمان اللقب: دكتور
 الجنس: أنثى ذكر

العمر: من 0 إلى 10 سنة من 10_20 سنة أكثر من 40 سنة

الوزن (كغ): 78 الطول (سم): 176

1/ منذ متى و أنت تعاني من الصدفية: 6 أشهر - سنة سنة 5 سنوات أكثر

2/ هل لديك تاريخ عائلي مع الصدفية: نعم لا

3/ في أي مناطق تقع عندك الصدفية: فرو الرأس الوجه المرفقين / الركبتين
 الظهر/الصدر الأظافر اليدين/القدمين

4/ كيف تصف تطور الصدفية لديك: مستقر متدهور متحسن

5/ هل تشعر: بالحكمة لالم كلاهما

6/ هل الصدفية تؤثر على مزاجك: لا على الإطلاق قليلا كثيرا

7/ هل الصدفية تمنعك من النوم: نعم لا

8/ هل تجنبت أنشطة اجتماعية أو مهنية بسبب الصدفية: نعم لا

9/ ما هي العلاجات التي جربتها: كريمات/مراهم موضعية العلاج بالضوء
 الأدوية الفموية الحقن / العلاج البيولوجي العلاجات الطبيعية لا شيء

10/ ما نوع العلاجات الطبيعية: زيت أعشاب زيوت

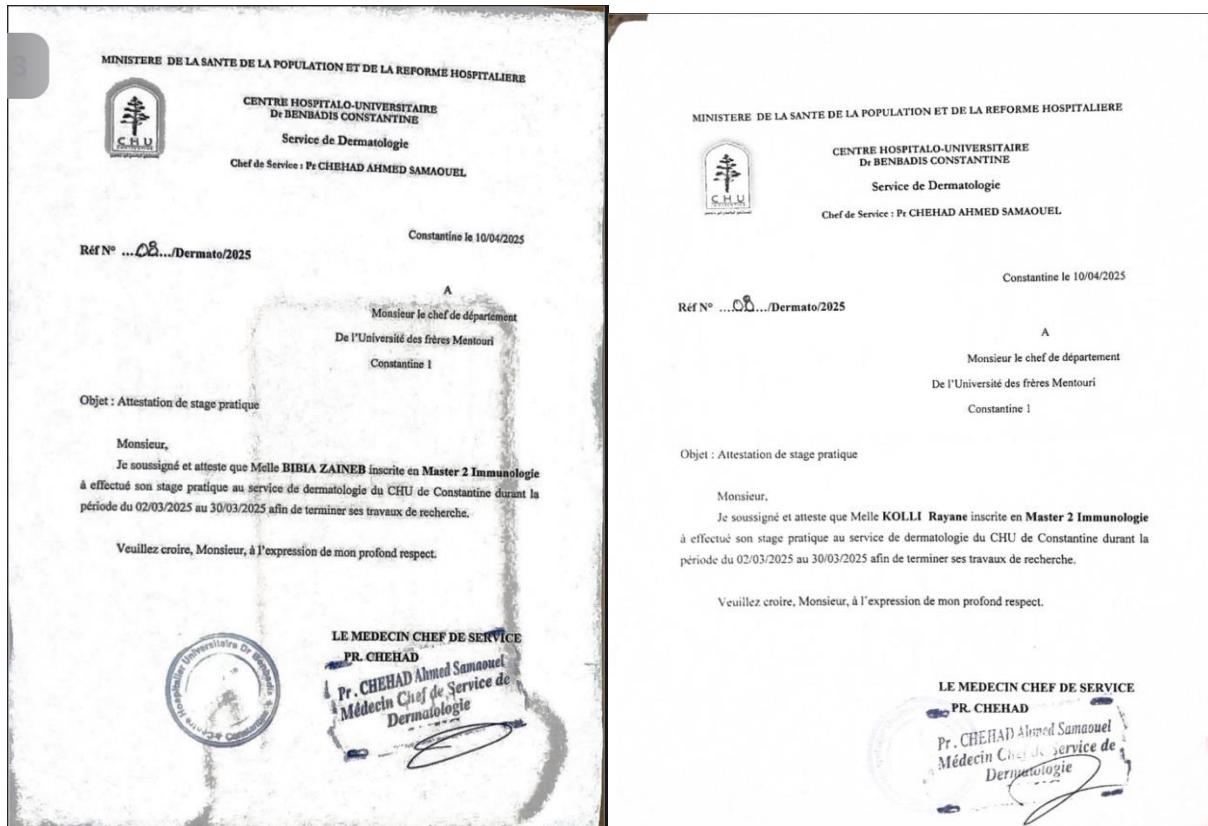
11/ هل أنت راض عن العلاجات التي جربتها: نعم راض جدا راض معتدل
 غير راض على الإطلاق

11/ هل تدخن: نعم لا

12/ لاحظت أن بعض العوامل تؤدي إلى تفاقم الصدفية: التوتر البرودة/المتاخ الجاف

بعض الأطعمة الإرهاق أخرى ..البتر. زر. التهون

2020 (4)	
1) Fellahi Aridj → 72 •	16) Boutomi Sofoh → 130
2) Tebib Douaa → 120	17) DAFRI choublia → 132
3) Benslimene Toufik → 147 •	18) NADJI Mahrouka → 134/X
4) Benacer Samia → 148 •	19) Benslimene Fouad → 146
5) Maamri A-hadil → 24 •	20) L'ouib Aïdo EL Dine → 147
6) Benfadel Messouda → 25 •	21) Zohi Moul → 179
7) Khunfer Neded → 38 •	22) -Chimique AL hokim → 183
8) Touaba Durar → 42 •	23) Rephane Roudo → 196
9) Fertaki Zohra → 67 •	24) Zeghdani Nouren → 202
10) Benahi Faïda → 91 •	25) Messeni Korrin → 207
11) Djamil Ilhem → 90 •	26) Raddah Sood Elheline → 208/X
12) Mardaci EL aïd → 92	27) Sibot Djemai → 217
13) Saadouni Hadda → 93 •	28) Drissi Zohra → 224
14) Khallaif Said → 136 •	29) - Aïmme chizz → 225
2019.	
1) → Sœci Zoleireddene → 01	①
2) → El Bahi Soraya. → 08	
3) → Modaci El aïd → 09.	
4) → Sassi ALi → 21	②
5) - Benfadel Mossapouda. → 22	9) - Hammadi Houcine → 75.
6) - Djeddaouf Ahmed → 55 .	10) - Amara Moulkta AR → 83
7) Benattia chabone → 58 .	11) - Hadjodji Reaguel → 8
8) - Arebi chahida. → 64	12) - Medfouni chaf. → 90
	13) - Bendebza. Hobifo. → 98
	14) Aycche Messoud → 101 .
	15) Bouhani Sofoh → 119 .



MINISTÈRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIÈRE

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
Dr BENBADIS CONSTANTINE

Service de Dermatologie

Chef de Service : Pr CHEHAD AHMED SAMAOUEL

Constantine le 10/04/2025

Réf N° .../Dermato/2025

A

Monsieur le chef de département
De l'Université des frères Mentouri
Constantine 1

Objet : Attestation de stage pratique

Monsieur,

Je soussigné et atteste que Melle KOLLI Rayane inscrite en Master 2 Immunologie a effectué son stage pratique au service de dermatologie du CHU de Constantine durant la période du 02/03/2025 au 30/03/2025 afin de terminer ses travaux de recherche.

Veuillez croire, Monsieur, à l'expression de mon profond respect.

LE MEDECIN CHEF DE SERVICE
PR. CHEHAD
Pr. CHEHAD Ahmed Samaouel
Médecin Chef de Service de
Dermatologie

MINISTÈRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIÈRE

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
Dr BENBADIS CONSTANTINE

Service de Dermatologie

Chef de Service : Pr CHEHAD AHMED SAMAOUEL

Constantine le 10/04/2025

Réf N° .../Dermato/2025

A

Monsieur le chef de département
De l'Université des frères Mentouri
Constantine 1

Objet : Attestation de stage pratique

Monsieur,

Je soussigné et atteste que Melle KOLLI Rayane inscrite en Master 2 Immunologie a effectué son stage pratique au service de dermatologie du CHU de Constantine durant la période du 02/03/2025 au 30/03/2025 afin de terminer ses travaux de recherche.

Veuillez croire, Monsieur, à l'expression de mon profond respect.

LE MEDECIN CHEF DE SERVICE
PR. CHEHAD
Pr. CHEHAD Ahmed Samaouel
Médecin Chef de Service de
Dermatologie

MINISTÈRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIÈRE

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
Dr BENBADIS CONSTANTINE

Service de Dermatologie

Chef de Service : Pr CHEHAD AHMED SAMAOUEL

Constantine le 10/04/2025

Réf N° .../Dermato/2025

A

Monsieur le chef de département
De l'Université des frères Mentouri
Constantine 1

Objet : Attestation de stage pratique

Monsieur,

Je soussigné et atteste que Melle MEZIOUT Aya inscrite en Master 2 Immunologie a effectué son stage pratique au service de dermatologie du CHU de Constantine durant la période du 02/03/2025 au 30/03/2025 afin de terminer ses travaux de recherche.

Veuillez croire, Monsieur, à l'expression de mon profond respect.

LE MEDECIN CHEF DE SERVICE
PR. CHEHAD
Pr. CHEHAD Ahmed Samaouel
Médecin Chef de Service de
Dermatologie

Attestation de stage au niveau de service dermatologie de CHU Constantine

RÉSUMÉ

Abstract:

Psoriasis is a chronic autoimmune inflammatory disease that primarily affects the skin. It is characterized by immune dysregulation involving Th17 lymphocytes and various pro-inflammatory cytokines. This thesis aims to deepen the understanding of the underlying biological mechanisms, clinical forms, and psychosocial impact of the disease. A retrospective study was conducted in the dermatology department of the University Hospital of Constantine, covering 129 patient records. The results reveal a predominance of the plaque-type form, a higher frequency in women, and significant correlations between the type of psoriasis, age, gender, treatment, and lesion location. The analysis, performed using SPSS software, also highlights a marked deterioration in quality of life, linked to the chronicity and visibility of the lesions. This work underscores the importance of researching natural, safe, and effective treatments that can alleviate the symptoms of psoriasis and improve patients' quality of life by reducing the physical, psychological, and social burden of the disease.

Keywords: Psoriasis, Autoimmune disease, Retrospective study, Epidemiological study

ملخص

الصدفية هي مرض مناعي ذاتي مزمن والتهابي يصيب الجلد بشكل رئيسي، ويتميز بخلل في التنظيم المناعي، يشمل خصوصاً الخلايا الملفاوية من نوع Th17 وعدة سيلوكتينات التهابية. يهدف هذا البحث إلى تعميق فهم الآليات البيولوجية الكامنة، والأشكال السريرية، والأثر النفسي والاجتماعي لهذا المرض. وقد تم إجراء دراسة استعادية بمصلحة الأمراض الجلدية في المستشفى الجامعي بقسنطينة، شملت 129 ملفاً طبياً لمرضى مصابين بالصدفية. أظهرت النتائج غلبة الشكل الويحي تكراره بشكل أكبر لدى النساء بالإضافة إلى وجود علاقات ذات دلالة إحصائية بين نوع الصدفية والعمر والجنس والعلاج وموقع الآفات. كما أبرز التحليل الذي تم باستخدام برنامج SPSS تدهوراً واضحاً في جودة الحياة لدى المرضى مرتبطة بطبيعة المرض المزمنة وبوضوح الآفات الجلدية. يسلط هذا العمل الضوء على أهمية البحث عن علاجات طبيعية وآمنة وفعالة من شأنها التخفيف من أعراض الصدفية وتحسين جودة حياة المرضى، من خلال الحد من التأثيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية للمرضى.

الكلمات المفتاحية: الصدفية، مرض مناعي ذاتي، دراسة استعادية، دراسة وبائية

Année universitaire : 2024-2025	Présenté par : BIBIA Zineb CHENNAF Aya KOLLI Rayen MEZIOUT Aya
Le psoriasis: une maladie auto-immune de la peau Approche épidémiologique et immunologique au CHU de Constantine	
Mémoire pour l'obtention du diplôme de Master en Immunologie moléculaire et cellulaire	
<p>Le psoriasis est une maladie auto-immune inflammatoire chronique touchant principalement la peau, caractérisée par une dérégulation immunitaire impliquant notamment les lymphocytes Th17 et diverses cytokines pro-inflammatoires. Ce mémoire vise à approfondir la compréhension des mécanismes biologiques sous-jacents, des formes cliniques et de l'impact psychosocial de la maladie. Une étude rétrospective a été menée au service de dermatologie du CHU de Constantine, portant sur 129 dossiers de patients. Les résultats révèlent une prédominance de la forme en plaques, une fréquence plus élevée chez les femmes, ainsi que des corrélations significatives entre le type de psoriasis, l'âge, le sexe, le traitement et la localisation des lésions. L'analyse, réalisée à l'aide du logiciel SPSS, met également en évidence une altération marquée de la qualité de vie, en lien avec la chronicité et la visibilité des lésions. Ce travail souligne l'importance de la recherche de traitements naturels, sûrs et efficaces, susceptibles de soulager les symptômes du psoriasis afin d'améliorer la qualité de vie des patients, en réduisant l'impact physique, psychologique et social de la maladie.</p>	
Mots-clefs : psoriasis ; maladie auto-immune ; étude rétrospective ; étude épidémiologique	
Service de recherche : Service de DERMATOLOGIE de IBN BADIS (U Constantine 1 Frères Mentouri).	
Président du jury : MESSAOUDI Saber (MCA - U Constantine 1 Frères Mentouri).	
Encadrant : CHAIB Aouatef (MCB – U Constantine 1 Frères Mentouri).	
Examinateur(s) : ARIBI Boutheyna (MCB- U Constantine 1 Frères Mentouri).	

