

# Psoriasis

(hors prise en charge thérapeutique)

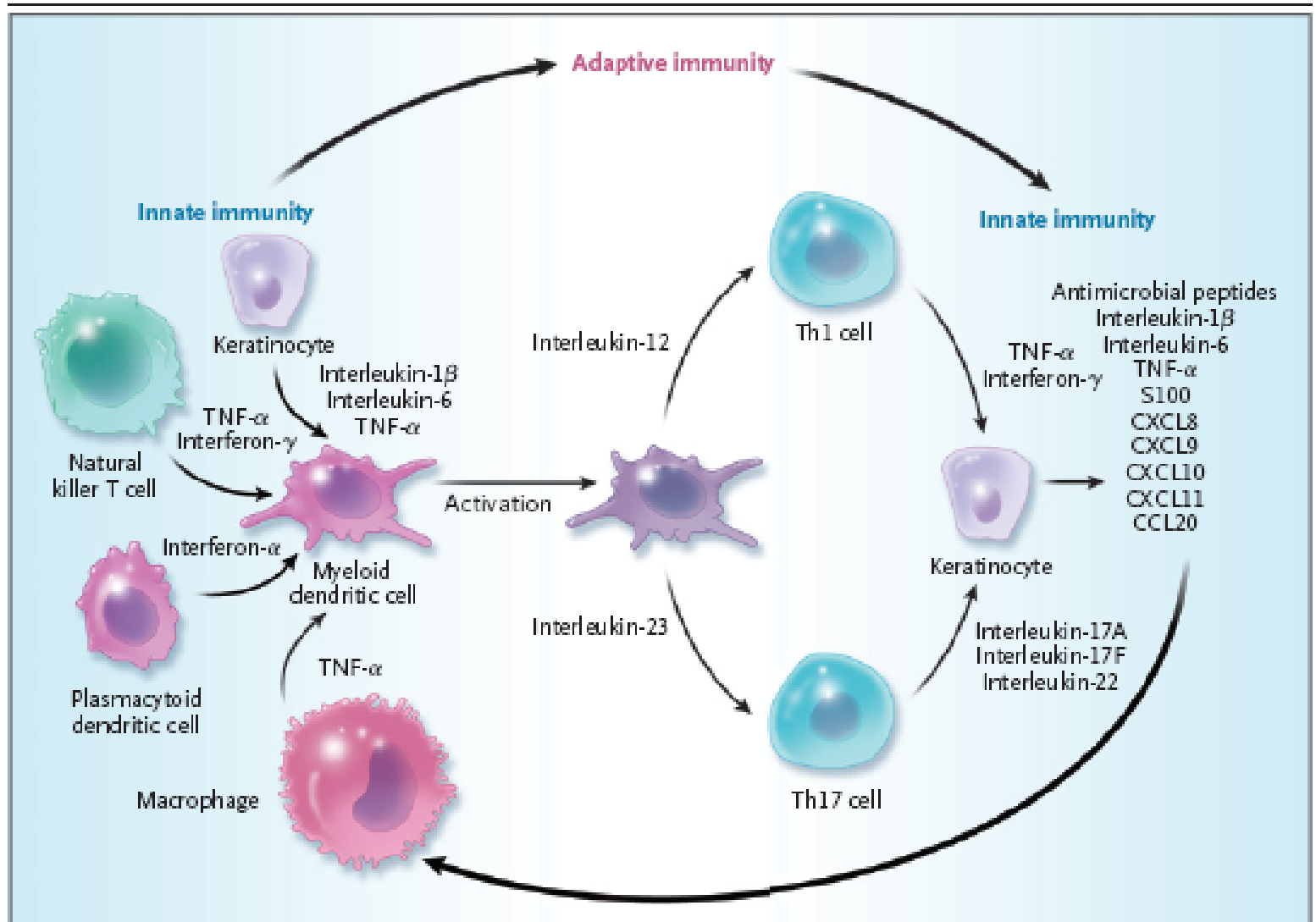
Pr Manuelle Viguier

# Psoriasis : épidémiologie

- Dermatose chronique fréquente : 2% de la population.
- Début le plus souvent adolescence ou adulte jeune.
- Terrain génétique avec ATCD familiaux de psoriasis dans environ 30% des cas.
- Plus fréquent chez patients atteints de maladie de Crohn ou de SPA.
- Souvent associé à prise addictive tabac et alcool.

# Psoriasis: physiopathologie

- Renouvellement épidermique accéléré avec hyperprolifération et troubles de la différenciation des kératinocytes, sous la dépendance d'une activation anormale du système immunitaire inné puis adaptatif.
- Maladie multigénique avec identification de plusieurs gènes de susceptibilité, intervenant le plus souvent dans le contrôle du système immunitaire ou dans la différenciation épidermique.
- HLA Cw6: gène de prédisposition majeur.
- Egalement, gène de l'IL-12, du récepteur à l'IL-23...etc.
- Dans formes pustuleuses: gène de l'inhibiteur du récepteur à l'IL36 (IL36RN), gène CARD14.



Activation des lymphocytes T CD4+ par les cellules dendritiques dermiques, avec différenciation en lymphocytes Th1 et Th17, aboutissant au final à la formation de la plaque inflammatoire et à l'hyperprolifération kératinocytaire. Rôle majeur de certaines cytokines: TNF, IL-12, IL-23, IL-17, IL-22, IFN alpha et IFN gamma.

# Psoriasis: formes cliniques

- Forme clinique la plus fréquente et emblématique: le psoriasis en plaques (ou psoriasis vulgaire)



# Diagnostic positif

- Diagnostic clinique +++
- 
- Lésion élémentaire :
  - Maculopapule,
  - Érythématosquameuse,
  - Bien limitée,
  - Arrondie, ovale ou polycyclique.
- Souvent prurigineux (50% des cas).

# Diagnostic positif

- Localisations habituelles du psoriasis en plaques:
  - Coudes , genoux, région lombo-sacrée
  - Cuir chevelu, ongles
- Autres localisations:
  - Plis: « Psoriasis inversé » ou « Psoriasis des plis »
  - Palmoplantaires : « Kératodermie palmo-plantaire psoriasique »
  - Visage : « Sébopsoriasis»
  - Muqueuses : taches érythémateuses bien limitées (gland), langue géographique.

# Psoriasis en plaques





# Atteinte du cuir chevelu



- Plaques/ Casque érythémato-squameux
- Lisière cuir chevelu
- Rétro-auriculaire
- Zone occipitale
- Non alopéciant en théorie, mais possible dans formes très inflammatoires



# Atteinte unguéale

Dépressions ponctuées cupuliformes (dé à coudre)

Onycholyse

Hyperkératose sous-unguéale

Paronychie

Leuconychie

Tâche saumonée



# Atteinte des plis



Plis interfessier, axillaires, inguinaux, sous-mammaires, ombilic (« omphalite »)

# Kératodermie palmo-plantaire psoriasique

- Limites nettes+++ Crevasses possibles



# Sébopsoriasis

- Psoriasis du visage
- Rare (respect habituel visage dans le psoriasis)
- Aspect proche dermite séborrhéique: érythème et fines squames sourcils et plis naso-géniens, conque oreille, CAE
- Infection par le VIH++



# Atteinte muqueuse associée : langue géographique



# Diagnostiques différentiels du psoriasis

- Pityriasis rosé de Gibert
- Dermite séborrhéique
- Eczéma nummulaire
- Lymphomes cutanés (histologie et recherche clone au moindre doute+++)
- Autres intertrigos: bactériens, mycosiques, caustiques
- Autres kératodermies palmo-plantaires: eczéma, lichen, dermatophytie, génodermatoses....
- Autres érythrodermies: eczéma, toxidermies, lymphomes...
- Autres pathologies pustuleuses généralisées: PEAG
- Autres rhumatismes inflammatoires: PR, SPA

# Psoriasis en plaques: histologie

- Confirmation histologique rarement utile.
- Hyperkératose avec parakératose,
- Acanthose,
- Microabcès à polynucléaires neutrophiles épidermiques,
- Allongement des papilles dermiques avec développement capillaire,
- Infiltrat dermique à lymphocytes T (CD4 et CD8).



# Evaluer la sévérité du psoriasis vulgaire

- Pourcentage de surface cutanée atteinte.
- Score PASI.
- Score de qualité de vie: DLQI.
- Pso sévère si  $> 10$  (règle des 3 10).

## Formulaire de calcul de score PASI

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles			
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs
Erythème	0 = aucun				
Induration	1 = léger				
Desquamation	2 = modéré				
	3 = sévère				
	4 = très sévère				
Sous-totaux		A1 =	A2 =	A3 =	A4 =
<i>Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle</i>					
		A1 x 0.1 = B1	A2 x 0.2 = B2	A3 x 0.3 = B3	A4 x 0.4 = B4
		B1 =	B2 =	B3 =	B4 =
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle (score pour chaque région de 0 à 6)	0 = aucun				
	1 = 1 à 9%				
	2 = 10 à 29%				
	3 = 30 à 49%				
	4 = 50 à 69%				
	5 = 70 à 89%				
	6 = 90 à 100%				
<i>Multiplier chaque sous-total B1, B2, B3 ou B4 par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle</i>					
		B1 x score = C1	B2 x score = C2	B3 x score = C3	B4 x score = C4
		C1 =	C2 =	C3 =	C4 =
Le score PASI du patient est la somme de C1 + C2 + C3 + C4				PASI =	

**DLQI – Dermatology Life Quality Index**

**Au cours des 7 derniers jours :**

1. **Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout
  
2. **Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout
  
3. **Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
4. **Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix de vos vêtements que vous portiez ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
5. **Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
6. **Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
7. **Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou étudier ?**  
<sub>3</sub> Oui    <sub>0</sub> Non     Non concerné(e)  
  
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou vos études ?  
<sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
8. **Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis ou votre famille ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
9. **Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)
  
10. **Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?**  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout     Non concerné(e)

Score final DLQI : .....(0-30)

# Evolution habituelle du psoriasis vulgaire

- Absence d'atteinte de l'état général, mais retentissement sur la qualité de vie (prurit, douleur, handicap social...etc.)+++
- Evolution chronique, en continue ou par poussées (voir diapo: facteurs favorisant les poussées).
- Amélioration fréquente l'été, voire rémission.
- Régression sans cicatrice (en dehors pigmentation post inflammatoire transitoire).
- Surinfection bactérienne rare, contrairement à la DA. Possible surinfection à Candida du psoriasis des plis.
- Eczématisation en cas d'allergie de contact aux topiques anti-psoriasiques
- Evolution (ou développement) vers formes graves de psoriasis (voir diapo: formes graves de psoriasis).
- Morbidité propre aux comorbidités associées (voir diapo: comorbidités du psoriasis).

# Facteurs favorisant les poussées

- Facteurs environnementaux
  - Alcool, tabac (facteurs aggravants)
  - Infections (bactériennes ou virales ORL; infection par le VIH)
  - Stress psycho-affectif
  - Médicaments (lithium, IEC, bêtabloquants, IFN alpha, APS, sevrage d'une corticothérapie générale, sevrage d'un traitement de fond anti psoriasique)
- Facteurs physiques : phénomène de Koebner
  - Griffures, chirurgie, coups de soleil, grattage...etc

# Formes évolutives (ou associées) graves du psoriasis vulgaire

- Psoriasis érythrodermique
- Rhumatisme psoriasique
- Psoriasis pustuleux généralisé (von Zumbusch)

# Erythrodermie psoriasique

> 90% surface corporelle

Desquamation +++

Risques de:

- surinfection,
- troubles hydroélectrolytiques,
- troubles thermorégulation,
- troubles hémodynamiques,
- décès



# Rhumatisme psoriasique

- Rhumatisme inflammatoire séronégatif (négativité du facteur rhumatoïde)
- Différents tableaux :
  - Oligo ou mono arthrite (MCP, IPP, hanches, genoux)
  - Polyarthrite (atteinte des IPD)
  - Rhumatisme axial de type SPA (atteinte vertébrale et sacro-iliaque).
- Enthésites
- Doigts ou orteils en saucisse (Dactylite)
- Peut être destructeur
- Handicap fonctionnel++
- Diagnostics différentiels:
  - arthrose,
  - tendinopathie,
  - goutte





# Quelques caractéristiques du RhumPso

- **Prévalence du rhumatisme psoriasique (RP) chez des patients atteints de psoriasis** : de 6% à 42% selon les études (1, 2)
- **Age de survenue** : entre 30 et 55 ans (3).
- **Sex ratio** : 1 (3)
- **L'atteinte cutanée précède l'atteinte articulaire (d'environ 10 ans) dans 80% des cas** (4). Le RP survient avant le psoriasis dans 15 à 20% des cas, ou en même temps que le psoriasis dans 10 à 15% des cas (4).
- La sévérité de l'atteinte cutanée, dans la plupart des études, ne semble pas corrélée à la présence d'une atteinte articulaire, sauf dans les cas où l'atteinte cutanée et l'atteinte articulaire apparaissent de façon concomitante (2, 5)

1. Gisondi P et al. The diagnostic and therapeutic challenge of early psoriatic arthritis. Dermatol Ther. 2009;22:40-55.

2. Gladman DD. Psoriatic Arthritis. Dermatologic Therapy 2009;22:40-55.

# Certaines localisations du psoriasis cutané pourraient « prédisposer » au Rhum Pso

Site atteint	Risque d'augmentation d'atteinte rhumatismale (Risque relatif)	IC 95%
Cuir chevelu	3,89	2,18-6,94
Ongles	2,93	1,68-5,12
Pli inter-fessier et de la région péri-anale	2,35	1,32-4,19
≥ 3 sites	2,24	1,23-4,08

# Psoriasis pustuleux généralisé

- Installation brutale d'un érythème inflammatoire généralisé,
- Se recouvrant, par vagues successives, de pustules stériles, suivies de desquamation,
- Signes d'accompagnement: asthénie importante, fièvre élevée et hyperleucocytose à PNN.
- Lésion élémentaire :
  - Pustules aseptiques, blanc laiteuse, plane non folliculaire.

**Principal diagnostic différentiel : Pustulose exanthématique aigue généralisée (PEAG)**



# 3 variants cliniques du PPG

- Poussée unique de PPG compliquant un psoriasis vulgaire (PV),
- ou poussées récurrentes de PPG coexistant avec un PV,
- ou poussées récurrentes de PPG, sans psoriasis résiduel (ou minime) entre les poussées.
- Déficit génétique en antagoniste du récepteur à l'IL-36 (DITRA) à évoquer dans cette dernière forme.

# Critères diagnostiques du PPG selon les auteurs japonais

- (1) Multiple sterile pustules on erythematous skin.
- (2) Systemic symptoms such as fever and malaise.
- (3) The presence of histopathologically confirmed spongiform pustules.
- (4) One or more of the following laboratory tests alterations:

Leukocytosis

Elevated erythrocyte sedimentation rate

Elevated CRP

Elevation of IgG or IgA

Hypoproteinemia

Hypocalcemia

**Or recurrence of any of the clinical or histological findings**

# Atteintes extra-cutanées possibles au cours d'une poussées de PPG

- Muqueuses (langue, gencives),
- Conjunctivite, iridocyclite, ulcération cornéenne,
- Arthrites (14 à 32%),
- Myalgies (11%),
- Pyurie aseptique,
- Leucorrhées aseptiques,
- Otite moyenne aseptique,
- Troubles hépato-biliaires,
- Atteinte pulmonaire.

Viguier M et al. Hepatology 2004

Hubler WR. J Am Acad Dermatol 1984; 11:1069-76.

Kawana S, Nishiyama S. Dermatology 1995; 190: 35-38

Baker H, Ryan TJ. Br J Dermatol 1968; 80:771-793

Zelickson BD, et al. Arch Dermatol 1991; 127:1339-45

Fréquence des atteintes hépato-biliaires  
au cours du PPG, possiblement en rapport  
avec une cholangite neutrophilique

LIVER FAILURE AND LIVER DISEASE  
LIVER DISEASE

## High Frequency of Cholestasis in Generalized Pustular Psoriasis: Evidence for Neutrophilic Involvement of the Biliary Tract

Manuelle Viguier,<sup>1</sup> Matthieu Allez,<sup>2</sup> Anne-Marie Zagdanski,<sup>3</sup> Philippe Bertheau,<sup>4</sup> Eric de Kerviler,<sup>3</sup> Michel Rybojad,<sup>5</sup>  
Patrice Morel,<sup>5</sup> Louis Dubertret,<sup>1</sup> Marc Lémann,<sup>2</sup> and Hervé Bachelez<sup>1</sup>

Generalized pustular psoriasis is a rare form of psoriasis that is sometimes associated with extracutaneous manifestations. Evidence for biliary involvement has been suggested in isolated cases. We investigated the prevalence and nature of liver abnormalities occurring in this disease. Twenty-two patients consecutively admitted for generalized pustular psoriasis who underwent liver biological tests at the time of the attack and during the following weeks were included. Twenty patients (90%) had at least one abnormal biological liver parameter. Eleven patients (50%) had pronounced abnormalities: jaundice (4/22), gammaglutamyl transferase higher than 5 times the normal value (10/22), alkaline phosphatase higher than twice the normal value (7/22), and/or aminotransferases higher than 3 times the normal value (7/22). These abnormalities returned to normal range at the time of remission of pustular psoriasis, suggesting that severe liver abnormalities could be associated with severe cutaneous disease. Neutrophilic cholangitis was observed on liver biopsy. Persistent magnetic resonance cholangiopancreatography features similar to those observed in sclerosing cholangitis were found in 3 of the 4 patients studied. No causal factor other than pustular psoriasis could be identified. In conclusion, our results demonstrate the high frequency of liver abnormalities in patients with generalized pustular psoriasis. Biliary involvement related to neutrophilic cholangitis should be added to the spectrum of extracutaneous manifestations of this disease, and physicians should be aware of such a complication. (HEPATOLOGY 2004;40:452–458.)



# Atteintes pulmonaires au cours des poussées de PPG

- Première description: 1972.
- « Sterile pneumonitis », « Non infectious acute distress respiratory syndrome », « Capillary leak syndrome ».
- 12 cas rapportés dans la littérature:
  - 7 F/12 (58%), âge moyen 40.6 ans (14-64 ans)
  - 9 PPG, 3 psoriasis érythrodermique
  - Pendant ou juste après une poussée de PPG
  - Rapide détérioration respiratoire avec tachypnée et hypoxémie
  - Pneumopathie interstitielle bilatérale avec comblements alvéolaires (RX, TDM)
  - Biopsie: infiltrat inflammatoire modéré avec alvéolite aigue
  - **4 décès**
- Importance du diagnostic précoce et importance du traitement précoce: corticothérapie systémique 1 mg/kg + antibiothérapie.



**Figure 1.** Patient 1: chest computed tomographic scan at admission to the intensive care unit, showing a bilateral interstitial infiltrate and alveolar filling of the right pulmonary



**Figure 2.** Patient 1: normal chest computed tomographic scan on day 12 after admission to the intensive care unit.



**Figure 3.** Patient 2: chest X-ray showing a bilateral interstitial infiltrate of the pulmonary bases.

## Psoriasis et comorbidités: nombreuses associations pathologiques à rechercher, à prendre en charge et à prendre en compte pour les choix thérapeutiques

Table I. Prevalence (percentage) of selected co-morbidities in patients with and without psoriasis (n = 1,344,071 persons)

Diagnosis	ICD-10 code(s)	With psoriasis (n = 33,981)	Without psoriasis (n = 1,310,090)	Prevalence rate (95% CI)
Rheumatoid arthritis	M05.*	0.95	0.25	3.84 (3.43–4.31)
Metabolic syndrome	#	0.18	0.06	2.86 (2.21–3.71)
Crohn's disease	K50.*	0.92	0.45	2.06 (1.84–2.31)
Diabetes mellitus	E11.*. E13.*. E14.*	12.12	6.01	2.02 (1.96–2.08)
Colitis ulcerosa	K51.*	1.09	0.56	1.91 (1.72–2.11)
Ischaemic heart disease	I20.* ... I25.*	13.30	7.12	1.87 (1.82–1.92)
Hyperlipidaemia	E78.*	29.88	17.05	1.75 (1.72–1.78)
Arterial hypertension	I10.* ... I13.*	35.61	20.57	1.73 (1.71–1.76)
Obesity	E66.*	17.82	10.39	1.72 (1.68–1.76)
All co-morbidities (at least one)		57.86	34.48	1.68 (1.66–1.69)

# I10.\* or I11.\* or I12.\* or I13.\* and E66.\* and R73.0 and E78.\*

CI: confidence interval; ICD-10: World Health Organization International Classification of Diseases.

# Association MICI et psoriasis

- 1 à 2 ‰ des patients psoriasiques ont une maladie de Crohn.
- Les patients atteints d'une maladie de Crohn ont un **risque multiplié par 1,6** de développer un psoriasis par rapport à la population contrôle.
- Les patients atteints d'un psoriasis ont un **risque multiplié par 1,52** de développer une maladie de Crohn par rapport à la population contrôle.

# Psoriasis et syndrome métabolique

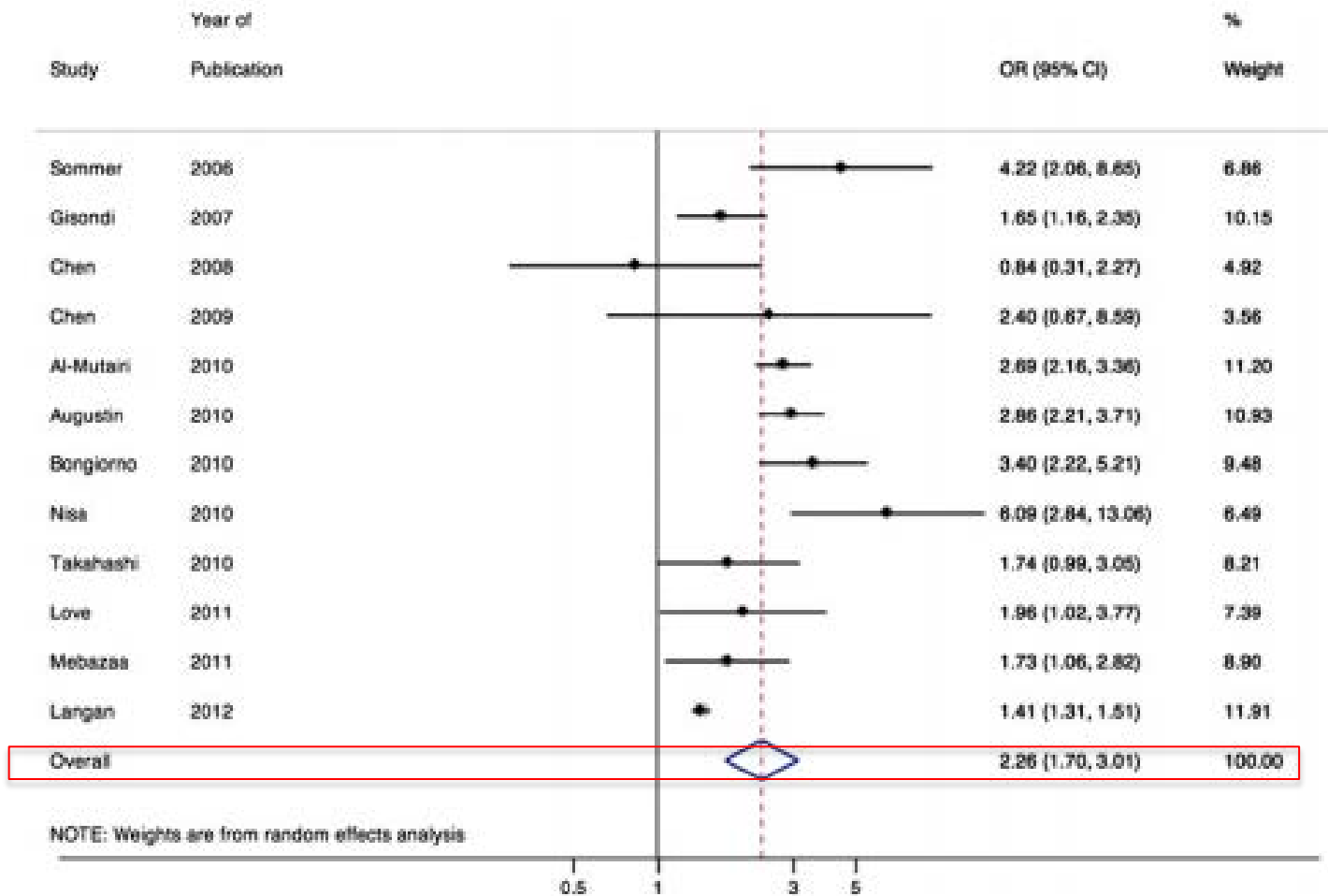


# Syndrome métabolique: définition et diagnostic

Le diagnostic est établi sur l'association de **3 anomalies cliniques ou biologiques parmi les 5 suivants (1)** :

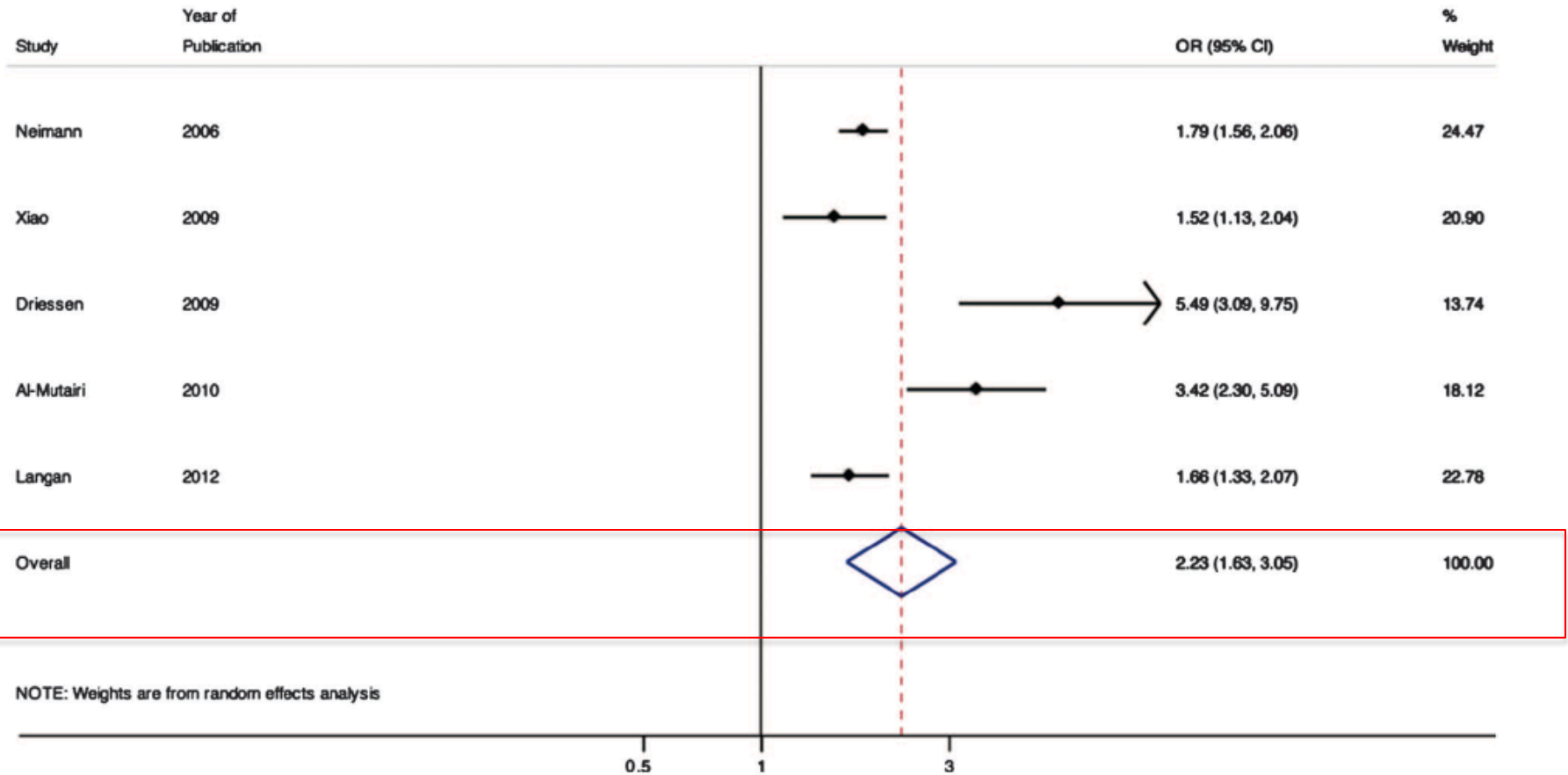
- Un tour de taille > 80 cm chez la femme et > 94 cm chez l'homme ;
- Une pression artérielle > 130/85 mmHg ;
- Une glycémie à jeun > 1 g/L ;
- Un HDL-c < 0,5 g/L chez la femme et < 0,40 g/L chez l'homme ;
- Une triglycéridémie > 1,5 g/L.

# Prévalence plus élevée du syndrome métabolique au cours du psoriasis par rapport à la population générale (1)



**Fig 2.** Meta-analysis of the prevalence of metabolic syndrome in the psoriasis patients.

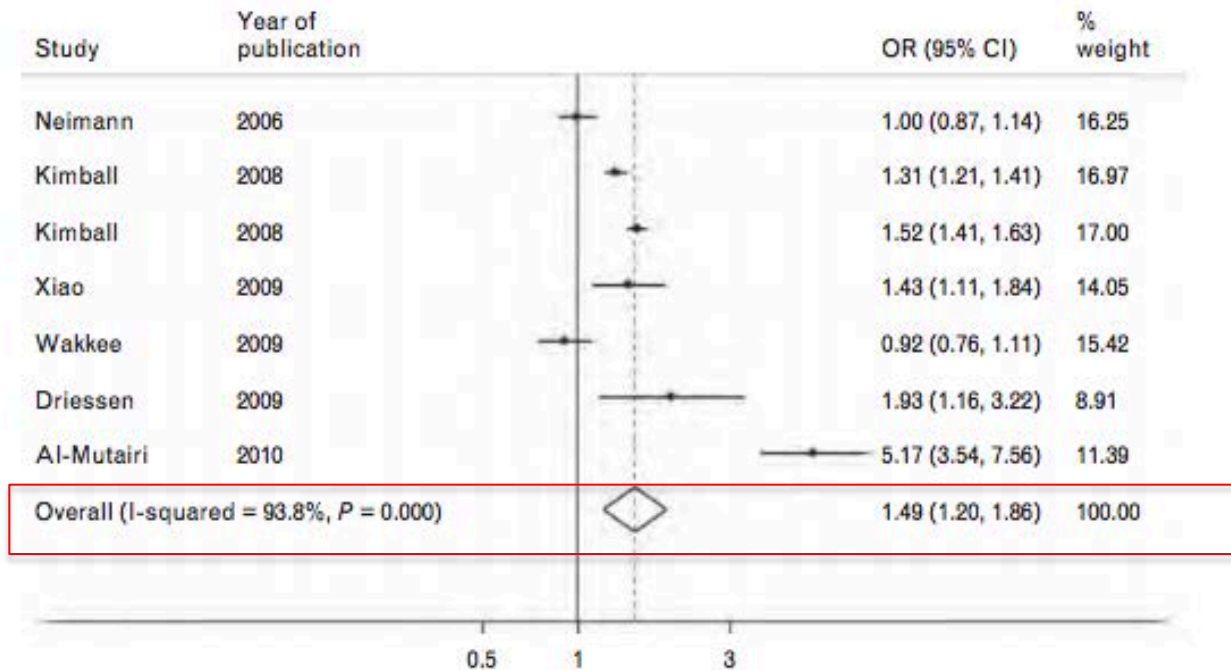
# Psoriasis sévère et obésité : une association fréquente (1)



1- Armstrong AW et al. The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies Nutrition and Diabetes 2012 ; 2 : e54.



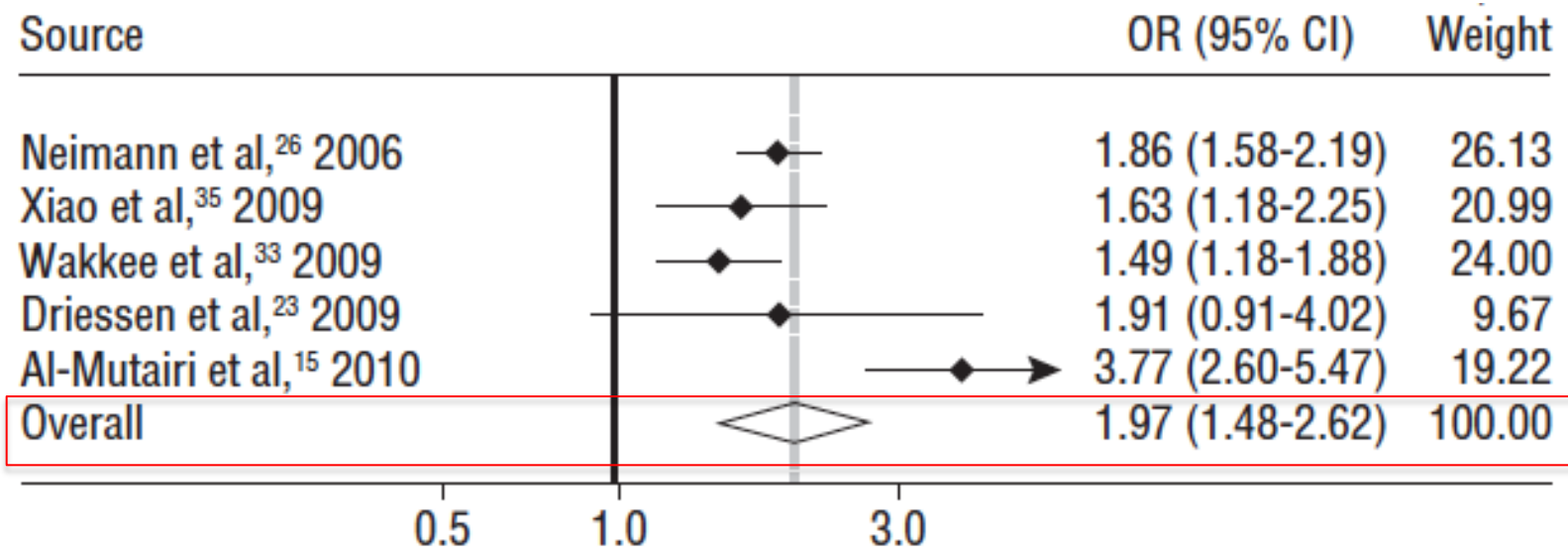
# Psoriasis sévère et HTA : une association démontrée



(1)

1- Armstrong AW et al. The association between psoriasis and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Hypertens 2013 ; 31:433–443.

# Psoriasis sévère et diabète de type 2 : une association 2 fois plus fréquente que chez le sujet non atteint de psoriasis



# Psoriasis et hypercholestérolémie : une association retrouvée (1)

Hazard ratios of incident psoriasis and PsA according to hypercholesterolemia

	Cases	Person-Years <sup>a</sup>	Age-adjusted HR (95% CI)	Multivariate-adjusted HR <sup>b</sup> (95% CI)	Multivariate-adjusted HR <sup>c</sup> (95% CI)
<b>Psoriasis</b>					
No hypercholesterolemia	427	1,006,906	1.00	1.00	1.00
Hypercholesterolemia	219	313,859	1.49 (1.26, 1.77)	1.26 (1.06, 1.51)	1.25 (1.04, 1.50)
Duration of hypercholesterolemia < 7 years	87	147,630	1.41 (1.12, 1.78)	1.22 (0.96, 1.55)	1.20 (0.95, 1.53)
Duration of hypercholesterolemia ≥ 7 years	132	166,230	1.56 (1.27, 1.92)	1.30 (1.05, 1.62)	1.29 (1.03, 1.61)
<i>P</i> <sub>trend</sub>			<0.0001	<0.0001	0.0002
<b>Psoriasis with concomitant PsA</b>					
No hypercholesterolemia	93	1,002,575	1.00		1.00
Hypercholesterolemia	72	312,458	2.14 (1.55, 2.94)	1.60 (1.14, 2.24)	1.58 (1.13, 2.23)
Duration of hypercholesterolemia < 7 years	28	146,892	1.93 (1.26, 2.96)	1.50 (0.97, 2.31)	1.48 (0.96, 2.29)
Duration of hypercholesterolemia ≥ 7 years	44	165,566	2.31 (1.58, 3.39)	1.69 (1.13, 2.54)	1.68 (1.12, 2.52)
<i>P</i> <sub>trend</sub>			<0.0001	0.002	0.002

<sup>a</sup> Person-years of hypercholesterolemia duration < 7 years and ≥ 7 years for psoriasis did not add up to total hypercholesterolemia person-years because of rounding.

<sup>b</sup> Simultaneously adjusted for age, BMI (<24.9, 25–29.9, 30–34.9, and ≥35 kg/m<sup>2</sup>), alcohol intake (no, <5.0, 5.0–9.9 or ≥10.0 g/d), physical activity (<3.0, 3.0–8.9, 9.0–17.9, 18.0–26.9 or ≥27.0 metabolic equivalent hours/week), smoking status (never, past, current smoking with 1–14, 15–24, or ≥25 cigarettes/day), and cholesterol-lowering medication use (statins and others) (never, past or current use).

<sup>c</sup> Additionally adjusted for cardiovascular disease (yes or no), type 2 diabetes (yes or no), and hypertension (yes or no).

# Psoriasis : un facteur indépendant de morbi-mortalité cardio-vasculaire

Outcome	Patients, <i>n</i>	HR or RR (95% CI)	Confounders controlled
<b>Death from CVD</b>			
Severe psoriasis*	3603 patients with severe psoriasis 14 330 controls	HR 1.57 (1.26–1.96)	Age, gender§
<b>MACE</b>			
Severe psoriasis*	3603 patients with severe psoriasis 14 330 controls	HR 1.53 (1.26–1.85)	Age, gender, smoking, diabetes, hyperlipidaemia, hypertension¶
<b>Ischaemic stroke</b>			
Mild psoriasis†	36 765 patients with mild psoriasis	RR 1.25 (1.17–1.34)	Age, gender, calendar year, co-morbidity, medication, socioeconomic status**
Severe psoriasis‡	2793 patients with severe psoriasis 4 478 926 controls	RR 1.65 (1.33–2.05)	

\*Defined as patients treated with phototherapy and/or systemic therapy.

†Defined as patients treated with at least two prescriptions of vitamin D analogues.

‡Defined as patients with at least three in- or out-patient visits for psoriasis or psoriatic arthritis.

CVD, cardiovascular disease; HR, hazard ratio; MACE, major adverse cardiovascular events; RR, rate ratio.

# Comorbidités du psoriasis: que retenir?



Association psoriasis sévère et:

- Syndrome métabolique (obésité abdominale, diabète, dyslipidémie)
- Maladies cardio-vasculaires (HTA, IDM, AVC...)
- Risque accru mortalité précoce

Nécessité dépistage et prise en charge comorbidités.

Gestion multidisciplinaire++

Surcharge pondérale: facteur de résistance au traitement

# Autres formes cliniques du psoriasis

- Psoriasis en gouttes
- Psoriasis pustuleux localisé

# Psoriasis en gouttes

- Psoriasis de l'enfant
- Peut se voir également chez adulte
- Eruptif
- Lésions prédominent sur tronc
- Post infectieux (streptocoque)



# Diversité des psoriasis pustuleux



Acrodermatitis continua  
(Hallopeau)



Psoriasis paradoxal induit  
par les anti-TNF



Psoriasis pustuleux palmo-plantaire



Psoriasis pustuleux généralisé



# Psoriasis pustuleux palmo-plantaire



# Acrodermatite continue de Hallopeau

