

# Le psoriasis :

## un enjeu de santé publique en Algérie, faut-il s'inquiéter ?



B. DAHMANI,  
O. BOUDGHENE STAMBOULI,  
Service de Dermatologie,  
CHU Tidjani Damerdji, Tlemcen

### Résumé

Les dermatoses représentent un motif fréquent de consultation en Algérie, et de ce fait représentent un enjeu de santé publique longtemps sous-estimé. Peu de données sont disponibles en général concernant les critères épidémiologiques de ces dermatoses. Le psoriasis, une maladie chronique avec un impact important sur la qualité de la vie est une des principales dermatoses recensées par ordre de fréquence après les eczémas et l'acné, avec un taux qui est variable entre 3 et 5 % selon les publications. Elle est caractérisée par sa fréquence élevée, son impact important sur la qualité de vie, la fréquence accrue de comorbidités associées, le risque carcinologique rapporté avec les traitements proposés, le coût de la prise en charge de la maladie qui ne cesse d'augmenter avec la commercialisation de divers produits issus de la nouvelle technologie, et l'augmentation de la mortalité du fait des facteurs sus cités. Cette dermatose est fréquente en consultation dermatologique au service de dermatologie du CHU Tidjani Damerdji de Tlemcen, (représente 5,8%, registre de consultations). Le psoriasis touche essentiellement la qualité de la vie dans la même mesure que d'autres maladies chroniques surtout affaçantes. Le tabagisme et l'alcool peuvent contribuer en tant que facteurs déclenchant du psoriasis. L'existence d'une association entre le psoriasis et les troubles addictifs est suspectée depuis plusieurs années. Des informations précises sur le coût de la maladie sont nécessaires pour pouvoir prendre des décisions et l'élaboration d'une politique de santé basée sur des données réelles.

#### >>> Mots-clés :

Psoriasis, comorbidités, coût, santé publique.

### Abstract

Skin diseases are a frequent reason for consultation in Algeria and thus represent a public health issue that has long been underestimated. Little data are available in general on epidemiological criteria for these dermatoses. Psoriasis, a chronic disease with a major impact on quality of life is one of the major skin diseases listed in order of frequency after eczema and acne with a rate that varies between 3 and 5% according to the publications. It is characterized by its high frequency, its impact on quality of life, increased frequency of comorbidities, the oncological risk related to the proposed treatment, treatment cost of the disease is increasing with marketing of various products from new technology and increased mortality due to above mentioned factors. This skin disease is common in dermatology department consultation of Tlemcen CHU, representing 5.8% (consultation register). Psoriasis affects mainly the quality of life to the same extent as other chronic diseases, especially visible diseases. Smoking and alcohol can contribute as triggers of psoriasis. The existence of an association between psoriasis and addictive disorders is suspected for several years. Accurate information on the cost of the disease are needed to make decisions and the development of a health policy based on real data.

#### >>> Key-words :

Psoriasis, comorbidities, cost, public health.

## Introduction :

Les maladies dermatologiques représentent un motif fréquent de consultation en Algérie et de ce fait, un enjeu de santé publique longtemps sous-estimé. Peu de données sont disponibles en général concernant les critères épidémiologiques de ces dermatoses.

Le psoriasis, une maladie chronique avec un impact important sur la qualité de vie, est une des principales dermatoses recensées par ordre de fréquence après les eczémas et l'acné avec un taux qui varie entre 3 et 5 % selon les publications. Elle est caractérisée par sa fréquence élevée, son impact important sur la qualité de vie, la fréquence accrue des comorbidités associées, le risque carcinologique rapporté avec certains traitements proposés, et le coût de la prise en charge de la maladie qui ne cesse d'augmenter avec la commercialisation de divers produits issus de la nouvelle technologie notamment les traitements biologiques <sup>[1]</sup>.

## Fréquence :

Cette dermatose est fréquente en consultation dermatologique au service de Dermatologie du CHU Tidjani Damerdjil de Tlemcen, où elle représente 5,8 % des consultations (registres des consultations). Elle atteint les deux sexes avec une prédominance masculine et l'atteinte infantile est retrouvée dans 22,6 % ; les formes compliquées représentent 5,7 % de l'ensemble des psoriasis <sup>[2]</sup>.

Ce profil épidémiologique se rapproche des études du centre de l'Algérie (3 à 6 %) <sup>[3]</sup>. Par contre en Tunisie, le psoriasis représente 3 % des consultations <sup>[4]</sup>. Au Maghreb ; dans une étude récente multicentrique PSOMAG (réalisée dans les 03 pays du Maghreb) ; dont l'objectif principal était de déterminer la prévalence du psoriasis en consultation quotidienne, qui avait inclus plus de 221 médecins généralistes et 60 dermatologues dans différentes régions : 12,08/1.000 IC 95 % (10,96/1.000 ; 13,19/1.000) <sup>[5]</sup>.

Dans notre pays, le peu d'études réalisées sur les petits échantillons de sujets atteints de psoriasis ne reflète pas la prévalence réelle de cette maladie, d'où l'intérêt d'accorder encore plus d'importance aux études épidémiologiques.

En Algérie, il est difficile de donner des chiffres exacts sur l'incidence du psoriasis pour plusieurs raisons : absence d'une base de données nécessaire pour effectuer ce genre d'étude, les hôpitaux et les services hospitalo-universitaires ne sont pas dotés de moyens logistiques humains et matériels pour réaliser ce genre de travail et

un manque de collaboration avec les médecins.

En se référant aux registres de consultation quotidienne des services hospitaliers et de quelques dermatologues libéraux, les chiffres ont révélé une fréquence variant entre 2 à 3 % de la population générale <sup>[1]</sup>.

## Impact sur la qualité de vie :

La qualité de vie est définie par le *World Health Organisation* (WHO) comme un état de bien être complet mental, physique et social.

Le psoriasis touche essentiellement la qualité de vie au même titre que d'autres maladies chroniques, surtout affichantes. Le vécu de la maladie est en effet très différent d'un malade à un autre. Les échelles de la qualité de vie proposées évaluent l'impact de la maladie sur l'état psychologique du patient, sur ses activités quotidiennes et sur ses relations sociales.

Selon la gravité de la maladie et le degré de la surface cutanée atteinte, les psoriasiques peuvent souffrir d'un certain inconfort physique allant jusqu'au handicap fonctionnel dans les formes palmo-plantaires ou encore en cas d'atteinte articulaire associée.

Les personnes touchées peuvent être gênées par cette affection affichante et avoir une mauvaise estime de soi induite par la crainte d'être socialement rejeté ou par des difficultés d'ordre psychologique et sexuel.

On observe souvent chez elles, une détresse psychologique due en particulier à la stigmatisation dont elles font l'objet et qui peut être à l'origine d'une discrimination dans l'emploi et d'un isolement social.

De nombreuses études ont fait état d'un taux de dépression et d'anxiété plus élevé chez les personnes atteintes de psoriasis que dans la population générale.

Dans une publication récente en 2015, la comorbidité psychiatrique chez les psoriasiques est estimée approximativement à 30 %. Les troubles observés étaient essentiellement la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires. La prévalence de la dépression est estimée à un taux alarmant allant jusqu'à 62% <sup>[6]</sup>.

Un cas de suicide a été rapporté chez un patient recevant une biothérapie ; l'auteur explique que le sujet était déjà en état de dépression avant la mise en route du traitement et conclut de ce fait, que la cause était le désespoir du malade arrivant à la dernière ligne des thérapeutiques de cette maladie sans efficacité notable, et on soulève ainsi le problème de l'accompagnement psychologique primordial <sup>[7]</sup>.

## Le tabagisme et la consommation d'alcool :

Le tabagisme et l'alcool peuvent contribuer en tant que facteurs déclenchants du psoriasis [8]. L'existence d'une association entre le psoriasis et les troubles addictifs est suspectée depuis plusieurs années. Ce lien a fait l'objet de plusieurs évaluations épidémiologiques transversales, dont les résultats sont parfois controversés, plusieurs études ont conclu que le tabagisme est un facteur de risque pour le développement du psoriasis [8].

Le tabac chez nos malades psoriasiques était un facteur associé qui peut influencer l'aggravation de cette maladie et surtout la survenue de comorbidités d'une façon générale. Notre étude ne peut pas être comparée avec les grands échantillons qui se sont intéressés au sujet du fait d'abord de la taille relativement réduite de notre échantillon. Ainsi, vu le contexte socioculturel de notre population où le tabagisme est un tabou, tout particulièrement pour le sexe féminin, ce qui constitue un point faible pour notre étude car elle n'a pas permis d'obtenir des résultats concluants et fiables [1].

Ceci serait encore plus compliqué pour l'alcool ; car pour certains, si ce n'est pour la plupart, soit ils ne donnent aucune information exacte, soit ils nient simplement, pour les mêmes raisons que précédemment [1].

Une analyse systématique de la littérature faite en 2012 sur la consommation d'alcool et le psoriasis a retenu 5 études dont 4/5 trouvent l'alcool comme facteur de risque du psoriasis : trois études cas-témoins dont les OR varient de 2,5 à 3,4 et une étude cohorte : le risque relatif est de 1,7 avec IC 95 % (1,2-2,7), tandis que la cinquième étude ne trouve pas de lien [9].

## Le risque carcinologique et le psoriasis :

Le psoriasis est une affection chronique nécessitant des traitements locaux et systémiques qui peuvent engendrer des effets secondaires en particulier carcinologique surtout chez les sujets de la race blanche aux antécédents d'exposition solaire prolongée ou de traitement physique par les UVA. Une étude faite par Margolis et collaborateurs, qui a comparé le taux du cancer chez les psoriasiques par rapport à un groupe de témoins ; a conclu que les sujets atteints de psoriasis ont plus de risque de développer les carcinomes en particulier [10].

- Un risque élevé de développer des carcinomes épidermoïdes sous ciclosporine chez les sujets ayant reçu plus de 200 séances de puvathérapie ; (RR de 7.3 à 9). L'étude PUVA *follow-up study* a montré un risque de carcinomes épidermoïdes 03 fois plus élevé sous ciclosporine.

Dans une étude observationnelle sur 1.252 patients psoriasiques, la fréquence des cancers était 6 fois plus élevée sous ciclosporine. Pour le méthotrexate, il n'y a pas de risque de développement de cancer en se référant à l'étude PUVA *follow-up study*, les résultats sont controversés pour cette molécule même à forte dose [10].

- La survenue des cancers cutanés non mélanique sous puvathérapie est la plus admise surtout chez les psoriasiques de race blanche ayant reçu plus de 200 séances de Puvathérapie. L'incidence des carcinomes épidermoïdes est 14 fois plus élevée chez les psoriasiques avec une exposition légère (moins de 100 séances). Tandis que pour les carcinomes baso-cellulaires et les mélanomes malins, le risque est moindre. En 2001 un nouveau rapport de l'étude *follow-up study* a montré que le risque du mélanome malin est lié à la dose reçue et la durée d'exposition.

- Pour les traitements biologiques dans le psoriasis, il est admis qu'il y a un risque légèrement accru de développer des cancers non mélaniques [10]. Dans une étude récente, le risque potentiel de malignité a été évalué au cours des traitements systémiques du psoriasis. L'exposition à long terme des essais pivots pour l'infliximab, l'adalimumab et l'etanercept ont généralement montré un taux faible et stable comparable aux taux de base des données [11,12].

## Les comorbidités associées :

La découverte des comorbidités liées au psoriasis est ancienne, puisqu'en 1978, Mc Donald et coll. constataient que le risque de maladie occlusive vasculaire était augmenté chez les patients atteints de psoriasis [13]. Depuis, les travaux sur ce sujet se sont multipliés. En 1995, dans une première étude cas-témoins, Henseler comparait 40.000 patients psoriasiques et témoins appariés selon le sexe et l'âge et montrait un risque relatif augmenté d'obésité, d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque et de diabète sucré dans le groupe psoriasis [14].

Le syndrome métabolique (SM) est estimé à un taux alarmant de 24 % des adultes aux États-Unis, avec une prévalence plus élevée chez les sujets 60 à 69 ans (44 %) [15].

En Europe, sa prévalence était respectivement de 41% et 26 % ; pour les hommes et les femmes de 55 ans et plus [16].

Dans notre série la prévalence des psoriasiques qui ont présenté un SM était de 34,8 % des cas, légèrement supérieur par rapport aux témoins qui était de 22,6 % des cas, et un OR de 1,76 IC à 95% (1,33-2,31) ; p très significatif < 0,000 [1].

Ainsi en Tunisie, dans une étude cas-témoins sur 164 patients psoriasiques et 216 témoins, la prévalence du syndrome métabolique était plus élevée chez les cas, que chez les témoins ; mais sans différence statistiquement

significative ; légèrement supérieure par rapport à nos résultats (35,5 % vs 30,8 %, odds ratio (OR) : 1,39 IC: 0,88 à 2,18 ; p=0,095) [17].

En Égypte les résultats publiés étaient très superposables aux nôtres. Ainsi, une étude de cas réalisée en milieu hospitalier sur 210 patients adultes atteints de psoriasis en plaques et 389 patients atteints d'autres dermatoses non-inflammatoires, l'OR était de 1,94 IC de (1,24-3,02) [18].

Une étude japonaise a également montré que la prévalence du syndrome métabolique était augmentée chez les patients psoriasiques [OR = 1,72 (IC 95 % 0,98 à 3,01) [19].

En Allemagne, les patients hospitalisés pour un psoriasis comparés aux patients atteints de mélanome hospitalisés ; ont présenté une prévalence du syndrome métabolique très augmentée (OR 5,92, IC 95%: (2,78 à 12,8)) après ajustement pour l'âge et le sexe [20].

Comme ces risques cardiovasculaires sont des complications connues du syndrome métabolique, sa présence accrue dans le psoriasis peut contribuer à l'augmentation du risque de ces complications observées chez les personnes atteintes de psoriasis [21].

## L'impact économique de la prise en charge du psoriasis :

Des informations précises sur le coût de la maladie sont nécessaires pour pouvoir prendre des décisions et l'élaboration d'une politique de santé basée sur des données réelles. Peu de données sont disponibles dans la littérature quant à l'impact économique des médicaments

utilisés pour le traitement du psoriasis.

Depuis la première mise sur le marché des traitements biologiques, la stratégie thérapeutique du psoriasis a totalement changé. L'introduction de ces produits a fourni des traitements supplémentaires pour les formes modérées à sévères du psoriasis, mais avec une facture plus élevée retentissant sur le budget global de la santé.

Dans une étude Allemande faite entre 2003 et 2004 sur un total de 180 malades suivis sur une période de 12 mois, les coûts moyens étaient variables entre 6.709 euros et 8.831 Euros pour les psoriasis modérés à sévères en fonction du PASI [22].

Le coût moyen de la prise en charge d'un psoriasis varie en fonction de la gravité de l'affection et des traitements reçus en particulier les thérapeutiques biologiques ; il englobe deux volets :

- Les coûts directs qui comportent les consultations spécialisées, la consommation des médicaments : dans les conditions normales de la mise en route d'un traitement biologique à titre d'exemple en suivant les schémas proposés par les experts dans le domaine et les prix tels qu'ils sont mentionnés dans le Vidal 2012 [23]; le coût annuel du traitement se situe entre 11.280 euros (1.588.860 DA) et 70.444 euros (9.566.295 DA) en fonction de la molécule utilisée ( tableau 1), les hospitalisations du jour ou avec un séjour à l'hôpital, les bilans pratiqués et les traitements anti-infectieux en particulier antituberculeux.
- Les coûts indirects en particulier l'absentéisme suite aux hospitalisations répétées avec une perte de productivité.

Médicaments	Posologie	Coût mensuel		Coût annuel Euro /DA	
Adalimumab (1041,36 euros ; boîte de 2 stylos)	40 mg en sous cutanée tous les 15 jours	2082,72		24992,64euros (3.394.000 DA)	
Etanercept 516,89 euros (4 seringues pré remplies à 25 mg)	25 mg en sous cutanée 2 fois par semaine	1033 ,78 euros		12405,36 Euros (1.684.599 DA)	
1008,13 euros (4 seringues pré remplies à 50 mg)	50 mg en sous cutanée 2 fois par semaine	4032,52 euros		48390,24 Euros (6.571.362 DA)	
Infliximab (434,403 euros. Falcon de 100 mg)	5 mg en perfusion par kg 0-2-6 Toutes les 08 semaines	60 kg	70 kg	60 Kg	70 Kg
		3888 Euros	5028 Euros	3888 Euros	5028 Euros
		1302*6	1736*6	11700 Euros (1.588.860 DA)	15444 Euros (2.097.295)DA
Ustekunimab 2935,23 euros (seringue pré remplie à 45 mg)	45 mg en sous cutanée 0-4-12 Toutes les 12 semaines	Inf. 90 kg	Sup 90 kg	Inf. 90 kg	Sup 90 kg
		8805 Euros	17610 Euros	35222 Euros	70444 Euros
		26417 Euros	52834 Euros	(4.783.147 DA)	(9.566.295 DA)

Tableau 1 : Évaluation du coût des traitements biologiques.

## Conclusion :

Le psoriasis est une dermatose chronique sous-estimée, de par sa prévalence, sa fréquence ainsi que ses associations et ses complications. Les études épidémiologiques sont nécessaires pour planifier la stratégie de la prise en charge de cette affection chronique, considérée comme affichante voire invalidante. Les médicaments utilisés actuellement visent à améliorer la qualité de vie au dépend de certains effets secondaires parfois graves avec une facture plus élevée, tout cela doit être pris en compte. Si la santé n'a pas de prix, elle a par contre un coût.



Photos : Pr B. DAHMANI

## Date de soumission :

28 Mai 2018.

## Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références :

1. Dahmani B. Thèse de doctorat en sciences médicale. Mai 2013 ; faculté de médecine. Université Aboubakr Belkaid Tlemcen ; Étude de la prévalence des facteurs de risque du syndrome métabolique au cours du psoriasis à Tlemcen.
2. Boudghène Stambouli. O. Thèse de doctorat en sciences médicale. 1999; faculté de médecine. Université Aboubakr Belkaid Tlemcen ; profil épidémiologique des affections dermatologiques dans la wilaya

de Tlemcen 1981-1995 ; page 121.

3. Ammar khodja, A Bachar, Ysmail Dahloug M, Benkaidali Ismail, et coll. Aspects du psoriasis ; étude rétrospective portant sur 410 cas. IIIème congrès maghrébin de dermatologie. Alger 29-30 mai 1996. livre des résumés, page 38.
4. Zartal, Fazaa B, Kamoun M R. Profil épidémiologique du psoriasis en Tunisie : IIIème congrès maghrébin de dermatologie, .Alger 29-30 mai 1996.livre des résumés, page 2.
5. Ammar Khodja. A, Benkaidali .I, Denguezli M,N, Doss, Serradj A, Bouadjar, A. Titi, Sekkat .A; Eude Psomag: prévalence des cas de psoriasis au Maghreb ; Ann. Dermatol. Venereol. B162-JDP 2012.
6. Chamoun A, Goudetsidis L, Poot F, Bourdeaud'hui F, Titeca G. Psoriasis and depression. Rev Med Brux. 2015 Jan-Feb; 36(1):23-8
7. Ellard R1, Ahmed A, Shah R, Bewley A. Suicide and depression in a patient with psoriasis receiving adalimumab: the role of the dermatologist. Clin Exp Dermatol. 2014 Jul; 39(5):624-7.
8. Poikolainen K, Karvonen J, Pukkala E. Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. Arch. Dermatol. 135(12), 1490-1493 (1999).
9. Bernault et al. L'alcool serait un facteur de risque mais pas un facteur de sévérité du psoriasis: analyse systématique de la littérature .COO32 JDP 2012 Ann. Dermatol. Venereol. ;139(hors série) Décembre 2012.
10. Margolis D, Bilker W, Hennessy S, Vittorio C, Santanna J. The risk of malignancy associated with psoriasis. Arch Dermatol 2001 ; 137: 778-783
11. McDonald & Calabresi. (1978) Psoriasis and occlusive vascular disease. Br J Dermatol. November; 99(5): 469-75.
12. Fiorentino D, Ho V, et coll. Risque de malignité avec les traitements systémiques du psoriasis dans un registre d'évaluation longitudinale. J Acad Dermatol .2017.845-854.
13. Dreyers L et al. Incidences des cancers globaux et spécifiques chez les patients traités par un inhibiteur du TNF alpha atteints de polyarthrite rhumatoïde. Une étude de suivi du registre DANBIO. Ann Rheum Dis 2013 ;72 :79-82.
14. Kremers HM, Mc Evoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Heart diseases in psoriasis; J Am Acad Dermatol 2007;57:347-57.
15. Azfar RS, Gelfand JM. Psoriasis and metabolic disease : epidemiology and pathophysiology. Opin Rheumatol 2008 ;20 (4) 416-42218525354
16. Bebis S .Psoriasis sévère, au-delà de la peau, quel est le risque à ne pas traiter? Ann. Dermatol. Venereol. (2008) 135, supplément 5, S285-S289.
17. Mebazaa et al. Psoriasis and metabolic syndrome in tunisian psoriatic patients : prevalence and determinants; J Eur Acad Dermatol Venereol. 25(6):705-9 ;2011.
18. El-Shahat Farag Ahmed, Mohammed Khaled Seliem. Prevalence of metabolic syndrome in Egyptian patients with psoriasis ; Egypt. J. Derm & Androl. Vol. 29. No (2) December 2009
19. Takahashi, H ; Takahashi, Honma M et al. La prévalence de troubles métaboliques syndromes chez les patients atteints de psoriasis japonais. Sci J Dermatol 2010 ; 57: 143-144.
20. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, et al. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res. 2006 ;298 :321-328.
21. Thorvardur Jon Love, MD, MMSc; Abrar A. Qureshi, MD, MPH; Elizabeth Wood Karlson, Prevalence of the Metabolic Syndrome in Psoriasis Results From the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2006 FREE Arch Dermatol. 011;147(4):419-424.
22. Cost of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Germany:A (Multicenter Cost-of-Illness StudyS. Sohn a O. Schoeffskia J. Prinz K. Reich E. Schubertd K. WaldorfeM. Augustin Dermatology 2006;212:137-144)
23. Le dictionnaire Vidal – 2012. EAN13 : 9782850912023.