

# Le psoriasis

## Résumé

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique fréquente qui affecte 1 à 3% de la population mondiale. Il est caractérisé par des lésions érythémato-squameuses bien limitées siégeant électivement au niveau des faces d'extension des membres et du cuir chevelu. Son diagnostic clinique est facile. Le pronostic vital n'est pas engagé, mais il peut altérer grave-ment la qualité de vie du patient. Le traitement doit prendre en considération plusieurs para-mètres. Il repose essentiellement sur les traitements topiques (dermocorticoïdes et vitamine D) pour les formes localisées, et les traitements systémiques pour les formes étendues avec une prise en charge psychologique du patient.

**Dr H. SAHEL,**  
**Pr B. BOUADJAR**  
Service de Dermatologie  
Centre Hospitalier Universitaire  
de Bab El Oued  
Hôpital Lamine Debaghine

## Abstract

Psoriasis is a chronic, inflammatory condition that affects approximately 1% to 3% of the general population. The most characteristic lesions consist of red, scaly, sharply demarcated, indurated plaques, present particularly over extensor surfaces and scalp. The disease is enormously variable in duration, periodicity of flares and extent. Morphological variants are common. Treatment depends upon the type, extent, duration and natural history of the disease.

## Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique à médiation immunitaire. Il touche 1 à 3% de sujets dans le monde soit 125 millions de patients. En Algérie, sa prévalence a été estimée à 10,26 %.

## Physiopathologie

Le psoriasis est caractérisé par une prolifération accrue des kératinocytes : le « turnover » du renouvellement épidermique est accéléré : il est de 4 à 5 jours au lieu de 21 jours. Son mécanisme n'est pas encore élucidé. On suppose qu'il résulte d'une interaction entre les facteurs de l'environnement et plusieurs gènes avec le système immunitaire.

Parmi les facteurs de l'environnement, il a été rapporté l'effet de l'infection, particulièrement celles causées par le streptocoque, les événements stressants de la vie, Les traumatismes cutanés (phénomène de Koebner) et l'ingestion de médicaments tels que les  $\beta$ -bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. La corticothérapie générale et surtout son interruption est un facteur déclenchant classique des formes graves de psoriasis.

## Clinique

Le psoriasis se présente sous différentes formes cliniques. La lésion typique se présente comme une lésion bien limitée érythémateuse recouverte de squames micacées nacrées. Toutes les régions du corps peuvent être atteintes, plus particulièrement les coudes, les genoux, la région lombaire et le cuir chevelu. Ces régions seront plus résistantes au traitement.

## Évolution

Le psoriasis est une dermatose chronique qui présente une évolution lente et progressive avec des poussées entrecoupées de périodes de rémissions. Ces rémissions sont plus fréquentes en été grâce à l'effet bénéfique des rayons ultraviolets.

## Formes cliniques

Le psoriasis peut se présenter sous différents aspects. Chaque forme clinique a des caractéristiques qui nécessitent des approches thérapeutiques différentes.

### Formes topographiques

#### Le cuir chevelu :

Est la localisation la plus fréquente (50-80 %). Elle peut être isolée. La nuque, le front, les zones sus et retro-auriculaires sont plus particulièrement atteintes. Le psoriasis n'est pas alopeciant. Les plaques peuvent être très épaisses, formant un « casque » adhérent. Le prurit est fréquent à l'origine d'une surinfection secondaire au grattage.

#### Le visage :

Est une localisation rare, plus fréquente chez l'enfant.

#### Le psoriasis unguéal

Touche 40-45% des patients. Il survient dans tous les types de psoriasis et est quasi constant en cas d'arthropathie psoriasique (85% des cas). Il peut être isolé. On distingue plusieurs aspects en rapport avec la localisation anatomique de l'atteinte et de sa sévérité. L'aspect le plus caractéristique est celui de dépressions ponctuées (ongles en « dé à coudre »).

L'atteinte des **paumes et des plantes** peut s'associer à des plaques dans d'autres localisations ou être isolée. Dans cette localisation, l'érythème peut être discret et les squames épaisses et fissuraires à l'origine d'un handicap fonctionnel.

Le psoriasis « inversé ou flexural » atteint la région génitale et les plis (axillaires, inguinaux, sous-mammaires, inter-fessiers, conduits auditifs externes, retro-auriculaires). Les lésions sont peu ou non squameuses, rouges, brillantes, fréquemment fissurées au fond du pli et macérées.

Chez le nourrisson, le psoriasis des langes (napkin psoriasis) se caractérise par des lésions localisées au niveau des plis et des convexités. Lorsque l'atteinte des plis est isolée, sans plaques « classiques », le diagnostic de psoriasis peut être difficile. Les autres étiologies des érythèmes fessiers doivent être alors discutées.

### Les formes de l'enfant

Le psoriasis de l'enfant est souvent aigu, en gouttes et peut succéder à une infection rhinopharyngée streptococcique. Le visage est plus souvent atteint que chez l'adulte.

### Les associations pathologiques

Si l'association entre psoriasis et certaines maladies auto-immunes est controversée, la présence d'un syndrome métabolique (associe une obésité abdominale, une hypertriglycéridémie, un taux bas du HDL-cholesterol et une hypertension artérielle) est fréquemment rencontrée. Le psoriasis, surtout dans ses formes sévères peut être ainsi associé à un risque accru d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et à un risque accru de mortalité précoce. La prise en charge multidisciplinaire des patients est importante pour assurer

un traitement concomitant du psoriasis et des comorbidités.

### Les formes graves

#### L'érythrodermie

Les plaques du psoriasis peuvent s'étendre progressivement à plus de 90% de la surface du corps réalisant une **érythrodermie**. Elle peut être secondaire à une intolérance ou un échappement aux traitements, ou être la forme évolutive d'un psoriasis pustuleux généralisé. Le patient peut être fébrile, l'état général altéré et le pronostic vital engagé.

#### Le rhumatisme psoriasique

Le psoriasis peut être associé à une atteinte articulaire ; c'est le **rhumatisme psoriasique (RP)**. Il a été défini comme « une arthrite inflammatoire se produisant au cours du psoriasis avec un facteur rhumatoïde négatif ».

Plusieurs articulations sont atteintes dans la forme périphérique, qui est la plus fréquente, réalisant des dactylites asymétriques touchant les inter phalangiennes distales. L'atteinte axiale, à type de sacro-iléite ou d'atteinte vertébrale, est plus rare et peut être pauci- ou asymptomatique, de découverte radiologique.

#### Le psoriasis pustuleux

C'est une autre forme clinique rare, qui peut être localisée ou généralisée. Le psoriasis pustuleux généralisé peut compliquer un psoriasis en plaques déjà connu, classiquement après l'arrêt des corticoïdes systémiques (la corticothérapie par voie générale à faible dose (inférieure à 10 mg par jour de prednisone) est parfois utilisée pour traiter un rhumatisme psoriasique, avec cependant un risque de rebond de la dermatose en cas d'arrêt brutal ou de diminution de la corticothérapie.).



Iconographie 1. Grandes plaques de psoriasis vulgaris

## Diagnostic positif

Le diagnostic de psoriasis est essentiellement clinique. Le recours à un examen anatomo-pathologique est parfois nécessaire dans les formes atypiques.

## Le pronostic

Bien qu'il n'engage pas le pronostic vital, l'impact physique et psychosocial du psoriasis et de son traitement peut s'avérer similaire ou supérieur à celui de maladies comme l'insuffisance cardiaque, le diabète de type 2 et les maladies respiratoires chroniques.

## Traitement

Le traitement a pour but de ralentir le renouvellement rapide de la peau et de contrôler l'inflammation permettant ainsi au patient de mener une vie normale.

Le choix du traitement pour un psoriasis doit tenir compte de ses caractéristiques : forme clinique, localisation et étendue, demande et motivations du patient.

En Algérie, le traitement du psoriasis, affection chronique, est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

## Traitements locaux

**Les dermocorticoïdes** constituent le traitement local « de référence » du psoriasis. Ils ont une action anti-inflammatoire, cytostatique sur les cellules épidermiques et sur les fibroblastes.

On utilise des dermocorticoïdes en crème, pommade ou lotion selon la localisation et le type de lésion. Les pommades (effet occlusif et hydratant) pour les lésions sèches et hyperkératosiques. Les lotions ou les gels pour les zones macérées (plis) et sur le cuir chevelu et les crèmes pour les lésions aiguës suintantes et plis. Le rythme des applications est de une à deux applications / jours. L'arrêt du traitement doit être progressif afin d'éviter l'effet rebond et les rechutes.

Leur action est rapide, mais la prescription doit tenir compte des effets secondaires habituels (atrophie cutanée, effet rebond à l'arrêt), avec une diminution progressive du rythme des applications. L'association des dermocorticoïdes aux dérivés de la vitamine D (le daivobet) permet d'en réduire l'usage.

**Les dérivés de la vitamine D3** permettent une amélioration nette ou une disparition des lésions chez 30-50 % des patients après 4-6 semaines. Trois molécules sont utilisées : le calcitriol, le tacalcitol et le calcipotriol (le daivonex). Seul ce dernier est disponible en Algérie. On utilise en traitement d'attaque le daivonex une application le soir et le dermocorticoïde une application le matin. On arrête ensuite le der-

mocorticoïde et on continue le daivonex seul en traitement d'entretien. Son utilisation conjointe à un dermocorticoïde, ou mieux l'utilisation d'une forme combinée (calcipotriol/dipropionate de bétaméthasone (daivobet), est donc à privilégier les premières semaines.

**Les rétinoïdes topiques :** le tazarotène est utilisé pour traiter les plaques du psoriasis hyperkératosiques, épaisses et limitées. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte

### Autres thérapeutiques locales.

Les émoullients, les goudrons végétaux (l'huile de cade), la balnéothérapie (bains d'eau salée très concentrée (> 20 %)) et la crénothérapie (cures thermales) représentent un traitement adjuvant important aux thérapeutiques médicamenteuses dont ils permettent l'épargne.

Les bains et les émoullients sont utiles pour soulager le prurit.

## Traitements systémiques

Les traitements généraux sont utilisés lorsque le psoriasis retentit de façon importante sur la vie quotidienne, lorsqu'il est étendu et que l'utilisation des traitements locaux deviendrait difficile ou bien lorsqu'ils sont insuffisamment efficaces ou trop contraignants.

Ces traitements sont représentés par la photothérapie, les rétinoïdes (soriatane\*, néotigason\*) contre-indiqués en cas de grossesse, le méthotrexate, analogue de l'acide folique. C'est le traitement systémique de référence dans les formes sévères de psoriasis en plaques et de rhumatisme psoriasique. Il présente une toxicité hématologique, pulmonaire et hépatique. La ciclosporine est un médicament immunosuppresseur, sa néphrotoxicité en limite son emploi. Les biothérapies (agents biologiques=biomédicaments) sont développées pour inhiber des étapes clés de la réponse immune. Les agents ciblant le TNF $\alpha$  (l'adalimumab, l'éta nercept et l'infliximab) partagent un même mécanisme d'action. Très coûteux ils sont réservés pour l'instant aux formes modérées à sévère de psoriasis intolérants ou résistants aux traitements systémiques habituels.

## Conclusion

Le psoriasis est une dermatose fréquente, de diagnostic clinique facile. Quelle que soit l'option thérapeutique choisie, la prise en compte du retentissement psychologique doit être mise en œuvre tout au long du suivi.

## Références

1. Le psoriasis. Le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF). Annal. de Dermatol. et de Vénérolog. 2012, 139, A112-A120
2. Le psoriasis. A Du-Thanh, D Jullien, C Girard. EMC de Dermatologie-Vénérologie 2013.98-520-A-10

## Contrôlez vos connaissances !

Une patiente âgée de 24ans, mariée, consulte pour un psoriasis en plaque (lésions érythémato-squameuses) localisé au niveau des coudes et des genoux avec un aspect en dé à coudre au niveau des ongles, évoluant depuis 2ans.

### 1. Quel(s) élément(s) recherchez-vous à l'interrogatoire pour l'évaluation initiale de ce psoriasis ?

- a- Douleurs articulaires.
- b- Gonflements articulaires.
- c- Phénomène de Raynaud.
- d- Retentissement sur la vie quotidienne.
- e- Contage infectieux.

### Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?

- a- Prélèvement de squames.
- b- Prélèvement d'ongles.
- c- Biopsie cutanée.
- d- Facteurs antinucléaires.
- e- Aucun de ces examens.

### Quel(s) traitement(s) préconisez-vous en première intention chez cette patiente ?

- a- Corticoïdes locaux.
- b- Vitamine D locale.
- c- PUVAthérapie.
- d- Acitrétine.
- e- Méthotrexate.

Réponses au quizz sur [www.el-hakim.net](http://www.el-hakim.net)

Iconographie 2. Psoriasis arthropathique : doigt en saucisse



Iconographie 3. lésions de psoriasis pustuleux



Iconographie 4. Psoriasis palmaire



Iconographie 5. Psoriasis des plis

