

Psoriasis

Pr A.OUYAHIA

Faculté de médecine
université Ferhat Abbas Sétif 1

- Il est important de signaler que plus d'informations et de détails sont procurés pendant le cours.
- Un polycopié ne peut nullement remplacer la présence au cours.

Psoriasis :

- Définir le psoriasis.
- Décrire la physiopathologie du psoriasis.
- Identifier la forme classique du psoriasis (lésion élémentaire, siège de prédilection).
- Enumérer les formes cliniques du psoriasis.
- Identifier les facteurs influençant et les profils évolutifs du psoriasis.
- Evaluer la gravité du psoriasis.
- Enumérer les moyens thérapeutiques et leurs indications.
- Décrire les effets secondaires et les contre-indications des traitements.

Plan

- Introduction
- Classification
- Pathogénie
- Clinique
- Psoriasis vulgaire et ses formes cliniques (selon le nombre, la taille,
- Formes topographiques
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- Traitement

Définition

- ✓ Dermatose érythémato-squameuse chronique
- ✓ BENIGNE
- ✓ Très fréquente : 2% de la population.
- ✓ conséquences très lourdes sur la vie des patients, tant au niveau physique que psychologique.

Classification

- Psoriasis précoce
- Psoriasis tardif

Pathogénie

- ✓ Le mécanisme précis : complexe, mal connu
- ✓ dysfonctionnement du système immunitaire, responsable d'un renouvellement trop rapide des cellules de l'épiderme.

Pathogénie

- Trois types cellulaires participent à la constitution de la lésion de psoriasis :
 - les kératinocytes,
 - les cellules dendritiques
 - les LT

en 5 étapes successives

- 1) **activation de l'immunité innée cutanée**, principalement les **kératinocytes**, par des stimuli environnementaux ;
- 2) **activation de l'immunité adaptative**, principalement les lymphocytes (**LT**), par les **cellules dendritiques** (**DC**) sensibilisées par les kératinocytes ;
- 3) **production de fortes quantités de cytokines et chimiokines** par les kératinocytes, les DC et les LT ;
- 4) **activation de l'endothélium vasculaire**, angiogenèse et recrutement de leucocytes dans l'épiderme où ils perpétuent l'activation des kératinocytes ;
- 5) **prolifération des kératinocytes** avec altération de leur programme de différenciation aboutissant à la génération des lésions.

Pathogénie

- ✓ l'épiderme se renouvelle en 28 jours environ ;
- ✓ dans le cas du psoriasis, ce cycle est réduit à 2 à 7 jours,

Facteurs déclenchants

Hérédité:

Haplotypes HLA :
-Cw6, -B13, -B57
et –DR7
fréquemment
retrouvés.

Facteurs déclenchants

**infection
bactérienne :
rhinopharyngite
streptococcique**

**iatrogène
(lithium, AINS,
béta-bloquants,
antipaludéens de
synthèse...**

Facteurs déclenchants

Psychologiques

**traumatismes
cutanés**
induisant le
phénomène de
Koebner,

**alcoolisme
chronique,**

**infection à
VIH.**

Facteurs de
résistance
au TRT

Facteurs
bénéfiques

Clinique

- **Forme de description:**
Forme classique ou psoriasis vulgaire

Forme classique ou psoriasis vulgaire

- lésion élémentaire :
- ✓ *plaque érythémato-squameuse* arrondie à limites nettes non prurigineuse,
- ✓ *Les squames*, épaisses, nacrées, recouvrent la totalité de la tache érythémateuse.



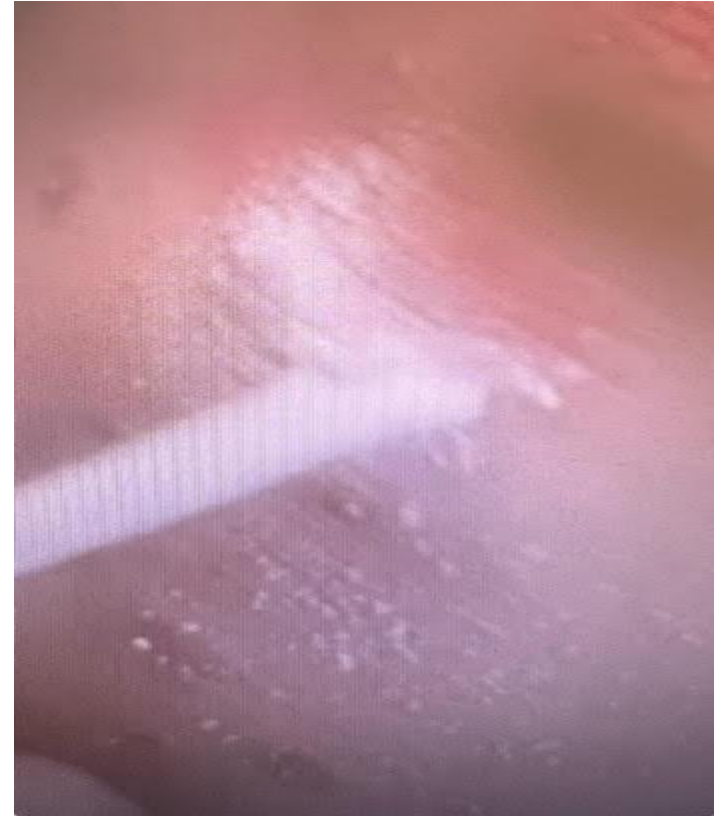
Clinique

Un foyer psoriasique présente

- 4 signes typiques grâce au grattage méthodique de Brocq

Clinique grattage méthodique de Brocq

- signe du blanchiment :
le grattage d'une lésion récente décolle une couche squameuse superficielle friable.



Caracteristiques

2. la tache de bougie

***3. Signe de la pellicule
décollable :***
**arrachement d'une
fine pellicule
adhérente au plan
profond**



4. Rosée sanglante signe d'AUSPITZ



A. OUYAHIA faculté de médecine
Sétif

caractères des lésions

Nombre

- souvent multiples
- le plus souvent bilatérales et symétriques



Taille

- Taille : permet de distinguer plusieurs formes cliniques :

Taille

- Lésion en tête d'épingle :
psoriasis en goutte ou guttata
appanage de l'enfant



Taille

- Lésion de quelques cm de diamètre : aspect en pièce de monnaie **psoriasis nummulaire**



Taille

- Lésions confluentes : **psoriasis en plaque**



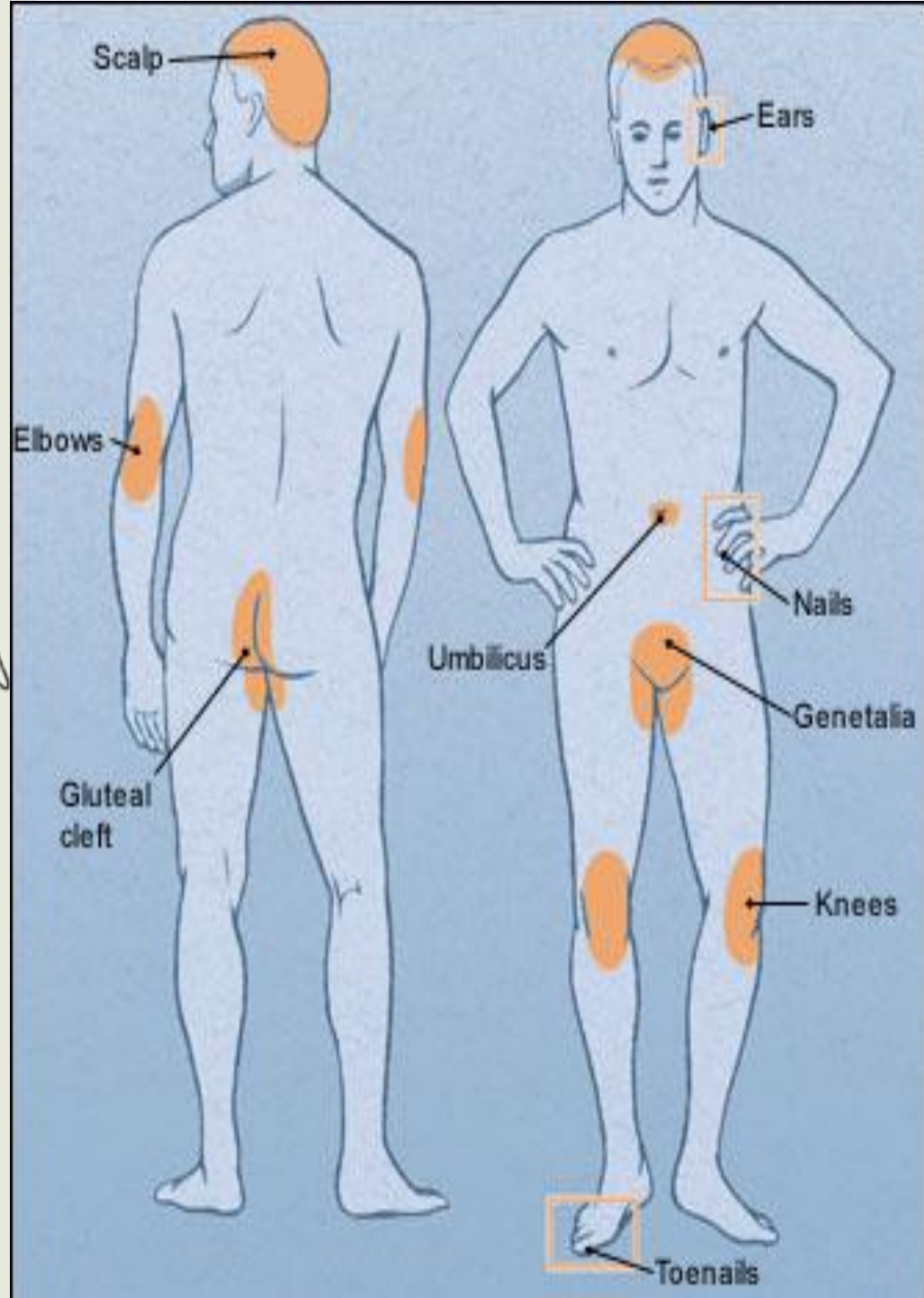
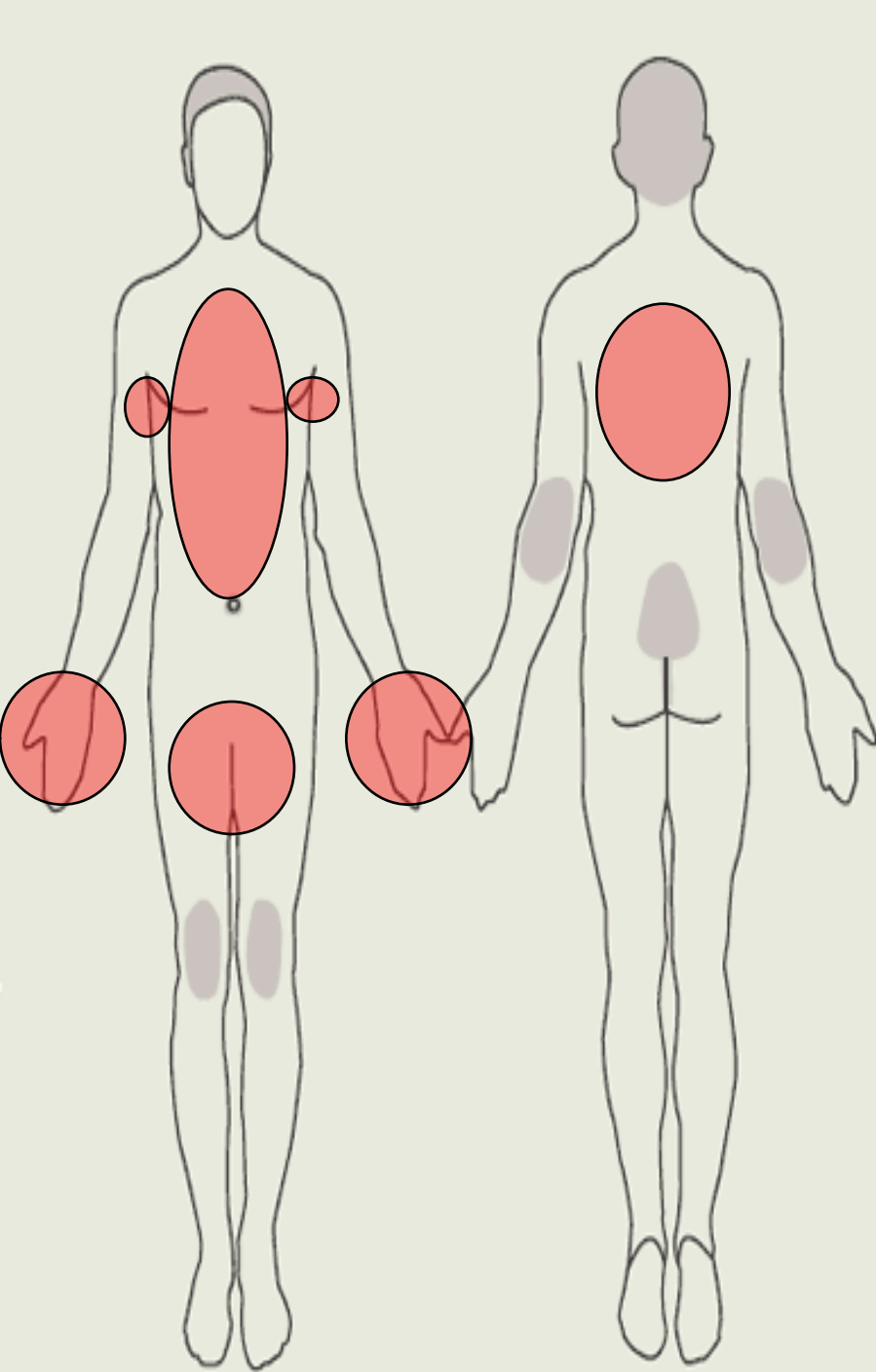
Taille

- Lésions étendues à l'ensemble du revêtement cutané avec des intervalles de peau saines
psoriasis généralisé ou universalis



Topographie

- Les lésions psoriasiques peuvent siéger n'importe où, mais ont des zones de prédilection :
 - ✓ **coudes,**
 - ✓ **genoux,**
 - ✓ **sacrum,**
 - ✓ **cuir chevelu**



Cuir chevelu

- Fréquent dans les formes étendues,
- souvent forme de début.
- soit de grandes plaques débordant sur le front,
- soit sous forme de tâches circonscrites



Pas d'alopecie

Cuir chevelu



Sétif

Psoriasis unguéal

- les lésions les plus caractéristiques sont :
- des dépressions ponctuées en dés à coudre,
- une hyperkératose sous unguéale,
- une onycholyse (décollement unguéal) disto-latérale.



A. OUYAHIA faculté de médecine
Sétif

Psoriasis palmoplantaire prenant l'aspect de :

- Macules érythémato-squameuses arrondies à **contours polycycliques**



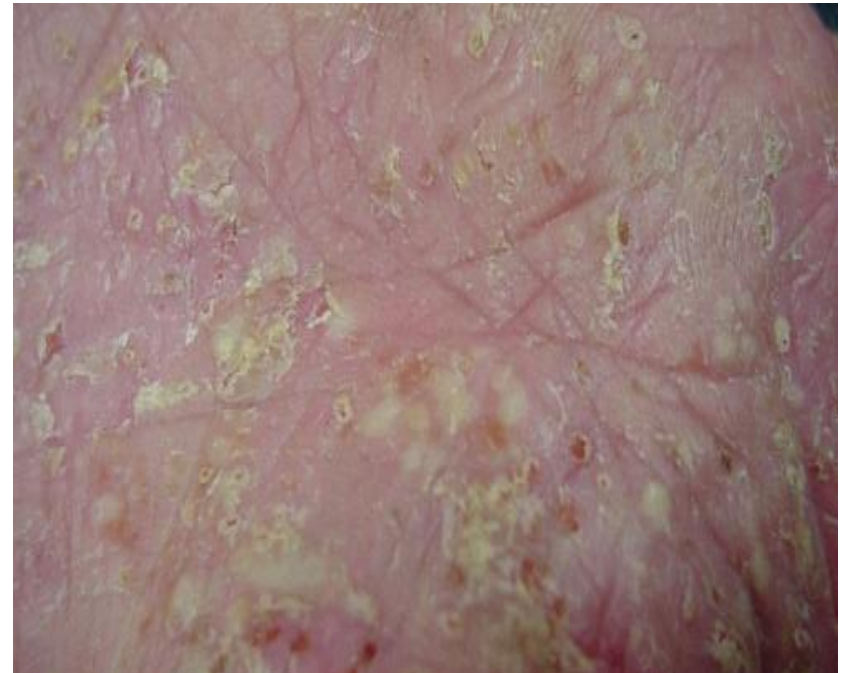
Psoriasis palmoplantaire prenant l'aspect de :

- **Clous ou cors psoriasiques** : noyau corné, entouré d'un anneau kératosique



Psoriasis pustuleux localisé

Plaques à fond
érythémateux,
couvertes de petites
pustules profondes



Psoriasis des plis ou psoriasis inversé

- Atteinte des grands plis et petits plis
- apparaît sous forme de plaque rouge vif, bien limitée, brillante, lisse et peu ou pas squameuse.



Psoriasis provoqué

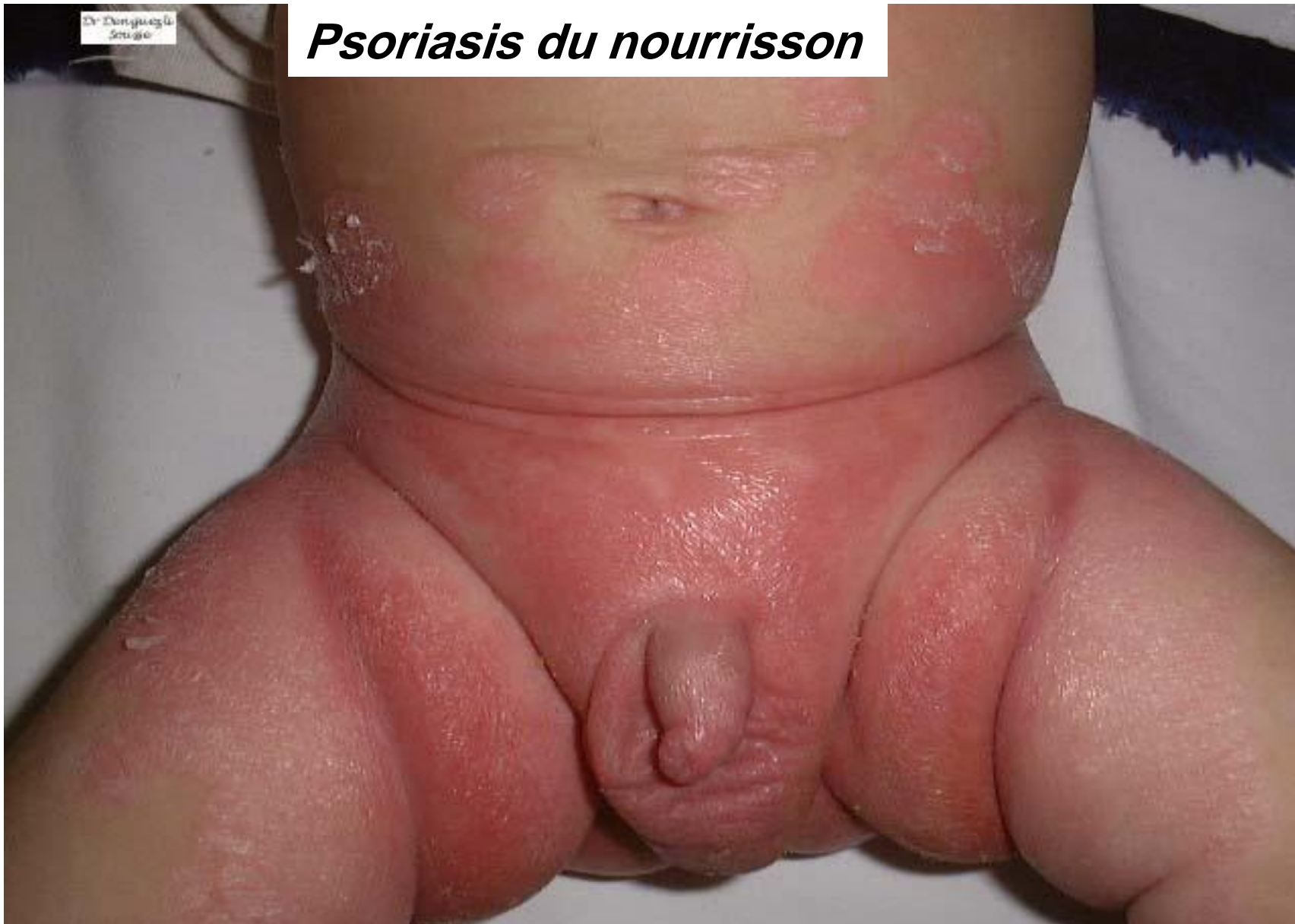
Les
traumatismes
cutanés
induisant **le**
phénomène
de Koebner:



iatrogène

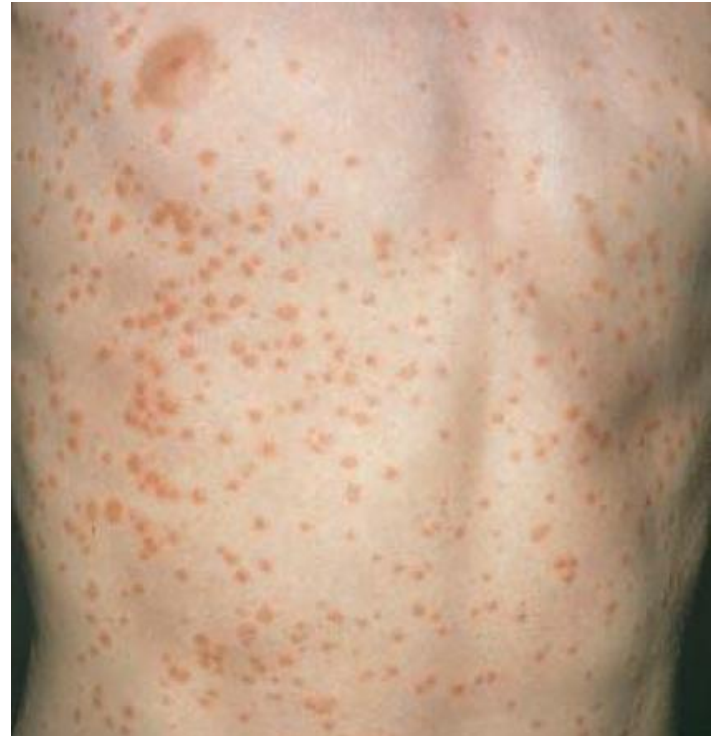
Selon le terrain

Psoriasis du nourrisson



Enfant

En goutte



Psoriasis et infection par le **VIH**

- Psoriasis souvent grave,
- réfractaire aux thérapeutiques

Formes graves

Psoriasis pustuleux *généralisé*

- **Forme grave,**
- **Spontané**
- Souvent suite à une erreur thérapeutique (corticothérapie générale)+++

Sur un fond érythrodermique
efflorescence **de pustulettes stériles**.
l'évolution sans traitement défavorable
(décès)



Psoriasis érythrodermique

Forme grave,

Souvent suite à une corticothérapie générale.

L'ensemble du tégument est rouge, chaud, infiltré, tendu et le prurit intense avec une desquamation abondante

Risque

Surinfection

troubles de la thermorégulation

Anomalies hydroélectriques



Psoriasis arthropatique

Arthralgies,
Mono,oligoarthrite
ou polyarthrite
Similaire à la PR
facteur
rhumatoïde négatif.

Rhumatisme
psoriasique axial
avec atteinte
vertébrale
et sacro-iliaque
voisine de la SPA



Rhumatisme psoriasique

A. OUYAHIA faculté de médecine
Sétif

Complications

Mineures : surinfection,
eczématisation,
lichénification

Diagnostic positif

Clinique:

Dermatose érythémato-squameuse chronique
+ caractéristiques +
succession poussée,
rémission + localisation

Si lésion atypique:
biopsie cutanée

Histologie

Anomalies
épidermiques :
Hyper kératose
avec+ para
kératose :
épaississement
des cornéocytes

□ Micro abcès
de Munro-
Sabouraud :
infiltrats
épidermiques à
PN

Hyperacanthose
prolifération
excessive des
kératinocytes

Histologie

Des anomalies
dermiques :
Papillomatose
(allongement
des papilles
dermiques)

Infiltrat
inflammatoire
(TCD4)

Membrane
basale épaisse
avec capillaires
très développés
dans
les papilles.

Diagnostic différentiel

PITYRIASIS
ROSÉ DE
GIBERT

DERMITE
SÉBORRHÉIQUE

DERMATITE
ATOPIQUE



Pityriasis rosé de Gibert

A. OUYAHIA faculté de médecine
Sétif



Dermite seborrheique

A. OUYAHIA faculté de médecine
Sétif

Traitement

Pas de TRT curatif++++

vaseline salicylée

acide salicylique à la concentration de 2 à 20% dans un excipient gras,

1 app/ j jusqu'au décapage

CI :enfant

Traitement local Réducteurs

Goudrons
végétaux

huile de cade :
shampooing+++.

Dermo corticoïdes

Classification internationale

Classe 4	Clobétasol propionate	<i>Dermoval</i>
Très forte	Bétaméthasone dipropionate	<i>Diprolène</i>
Classe 3	Bétaméthasone valérate	<i>Betneval</i>
Forte	Bétaméthasone dipropionate	<i>Diprosone</i>
	Diflucortolone valérate	<i>Nérisonne</i>
	Hydrocortisone acéponate	<i>Locoïd</i>
Classe 2	Désonide	<i>Locapred</i>
Modérée		<i>Tridésonit</i>
Classe 1	Hydrocortisone	<i>Hydrocortisone</i>
Faible		<i>Hydracort</i>

Dermocorticoïdes

Règles

1 seule
application

TRT court
tachyphylaxie

arrêt
progressif
risque

Dose:
Phalangette

ADULTE

Unités phalanges nécessaires au traitement chez l'adulte	
Tête & cou	2,5
Tronc (face ant.)	7
(face post.)	7
Membre supérieur	3
Main (2 faces)	1
Membre inférieur	6
Pied	2

D'après Long and Finlay

Les analogues de la vitamine D

- calcipotriol (Daivonex®): 2 app/j
- calcitriol (Silkis®).
2 app/j
- tacalcitol (Apsor®)
1 app/j

**ne pas dépasser 100 g de
topique / semaine**

CI:
grossesse, insuffisance
rénale et les patients sous
vitamine D ou sous calcium

ASSOCIATIONS

- DermoCorticoides + calcipotriol corticoïdes + acide salicylique, ou un réducteur.
- DAIVOBET 50 µg/0,5 mg/g Pom T/60g (Diprosalic® diprosone + ac salicylique pommade et lotion),

Dérivés de la vitamine A

Retinoïdes topiques

tazarotène =
ZORAC

*Gel à 0,1 % et
à 0,05 %*

Tubes de
15 g et
de 60 g.

1 application
par jour.

CI : femme
enceinte

TRT SYSTEMIQUE

Dérivé de la vitamine A. famille des rétinoïdes

Acitrétine (Soriatane)

Gel 10mg , 25 mg
dose 0,3 à 0,5
mg/kg/j

Débuter à des
doses faibles (10 à
20 mg qui seront
progressivement
augmentées).

Les doses vont de
30 à 50 mg /J

Risque tératogène :
chez toute femme
en période d'activité
génitale :

test de grossesse
avant traitement,
contraception fiable

Durée:

méthotrexate (Novatrex)

- ***Comprimé à 2,5 mg***
- **7,5 à 25 mg / semaine:** prise unique, ou en 3 prises réparties
- ***Solution injectable à 5 mg et à 25 mg :***
- dose initiale . 7,5 mg / semaine IM.
- dose augmentée graduellement, sans dépasser les 25 mg/semaine de méthotrexate.
- contraception chez la femme et chez l'homme, durée
- **La réponse au bout de 2 à 6 semaines.**

- **Effets secondaires,** hématologiques / hépatiques,

Immunosuppresseur

CICLOSPORINE

Néoral

*Capsule 10 mg, 25 mg,
50 mg ou 100 mg*
très efficace en 4 à 6
semaines

mais risque
néphrotoxique lors des
traitements prolongés.

dose initiale 2,5
mg/kg/jour.
Elle peut être augmentée
jusqu'à 5mg/kg/jour

Surveillance:
PA, créatininémie.

Photothérapie

PUVA THERAPIE

Psoralene + UVA
UVA (320-400 nm)

Psoralène
photosensibilisant
méladinine cp 10
mg 0,6mg/Kg/j
3 fois /sem
administrer 2 h
avant l'irradiation

3 séances /
semaine,
sans
dépasser 100-150 j
/ cm² pour une
cure de 30
séances/
année
100 séances dans
la vie

Photothérapie UVB

**UVB à
spectre étroit
311 313nm**

**rémission en
4 à 6
semaines**

Autres

THALASSOTHERAPIE

CRENOTHERAPIE

Biothérapie

**= protéines : administration exclusive par voie injectable, sous-cutanée ou intramusculaire,
la prise orale : destruction du médicament dans le tube digestif**

**Action
immunosuppressive ciblée**

Psoriasis : 2 classes :

- inhibiteurs du TNF α :

**adalimumab (Humira®),
certolizumab (Cimzia®),
étanercept (Enbrel®),
infliximab (Remicade®),**

...

- inhibiteurs d'IL :

IL-12 et l'IL-23 :

Ustekinumab.

IL-17 :

Sécukinumab ;

Brodalumab ;

Ixekizumab

IL-23:

tildrakizumab,

risankizumab

guselkumab.

Indication selon score PASI

**Formes localisées
traitement local suffisant.**

**Formes très étendues
photothérapie et/ou rétinoïdes
ou méthotrexate ou
ciclosporine.**

Formes cliniques particulières

- Psoriasis pustuleux :
acitrétine**
- Psoriasis unguéal:
methotrexate ou ciclosporine**
- Psoriasis érythrodermique :
TRT local +
méthotrexate ou acitrétine**
- Rhumatisme psoriasique
invalidant: méthotrexate ou
Ciclosporine
Biothérapie**

Bibliographie

- Annales de dermatologie et de vénéréologie (2019) 146, 429—439
- Actualités pharmaceutiques • n° 548 • septembre 2015
- Actualités pharmaceutiques, Supplément préparateur au n° 634 • 1er trimestre 2024
- F. Poizeau, Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, September 2024
- April W. Armstrong, Journal of the American Academy of Dermatology, April 2024