

PSORIASIS

INTRODUCTION

- Dermatose érythémato-squameuse. fréquente, survient chez les **2 sexes** et à tout âge avec prédilection chez l' **adulte jeune** (20 – 30 ans)
- Chronique: **poussées et des remissions**. Facteurs aggravants : stress, infections, médicaments
- Le diagnostic est essentiellement clinique : localisée ou généralisée à tout le tégument, les localisations électives étant les zones de frottements : coudes –Genoux- cuir chevelu – région lombaire – ongles , mais les plis et les muqueuses peuvent être intéressés.
- Habituellement bénin mais invalidant **avec un retentissement social marqué**, avec quelques cas graves:
 - Erythrodermie psoriasique
 - Psoriasis pustuleux
 - Psoriasis arthro-pathique.
- D'étiologie multifactorielle mal connue . **L'hypothèse actuelle met en avant le rôle de facteurs pro mitotiques produits par les lymphocytes T activés par des antigènes ou des superantigènes.**
- Trt symptomatique repose sur les thérapeutiques locales, les traitements généraux sont réservés aux formes sévères

- CLINIQUE
- FORMES CLINIQUES
- EVOLUTION- COMPLICATIONS
- DIAGNOSTIC
- ETIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE
- TRAITEMENT

CLINIQUE

FORME CLASSIQUE:

- 1.LESION ELEMENTAIRE:
- Tache erythemato-squameuse arrondie ou ovale
- L'aspect à lui seul permet le diagnostic
- **Couche squameuse superficielle :**
 - blanchâtre et terne, parfois nacrée ou micacée.
 - Surface : lisse ou rugueuse, légèrement en relief par rapport à la peau saine voisine.
 - Sèche, de dimension et d'épaisseur variable :
 - Petite et fine de type pityriasique.
 - large et épaisse prenant au maximum un aspect **ostracé** .
- Ces squames peuvent masquer la totalité de l'érythème ou ne le recouvrir qu'en partie, le laissant apparaître en périphérie.



Grattage méthodique de Brocq

pathognomonique

- Blanchiment de la lésion
- Signe de la tache de bougie
- Signe de la dernière pellicule décollable
- Signe de la rosée sanglante = signe d'Auspitz



Tache de bougie



Rosée sanglante

- **Tache érythémateuse :**
- Située sous la couche squameuse
- peut être spontanément visible à la périphérie des squames ou par transparence
- rose rouge congestif
- Bien limitée.
- Surface : lisse et sèche.
- Souple ne présentant aucune induration.
- Disparaît à la **vitro pression**.



- **2- Groupement :**
- **Nombre :** Variable :
 - rarement isolé (psoriasis en plaque isolé)
 - le plus souvent Multiples ou diffus.
- **Dimensions :**
 - En point "**punctata**" ou en gouttes "**guttata**" de quelques millimètres de Diamètre,
 - **Nummulaires** de quelques centimètres de diamètre. (du latin nummulus = pièce de monnaie)
 - **En plaque** : de contours plus ou moins géométrique ou circiné occupant de larges surfaces.
 - **En nappes ou placards** : > à 10 cm
 - **Universalis** : généralisé.



Psoriasis en goutte

- Quelques mm de Ø .
- **Enfant++**, adulte jeune.
- Souvent **post infectieux** (angine, pharyngite, **anite**)



Psoriasis nummulaire :

- > 1cm de Ø:
lésions en pièces de monnaie .



Psoriasis en plaque ou en nappe :



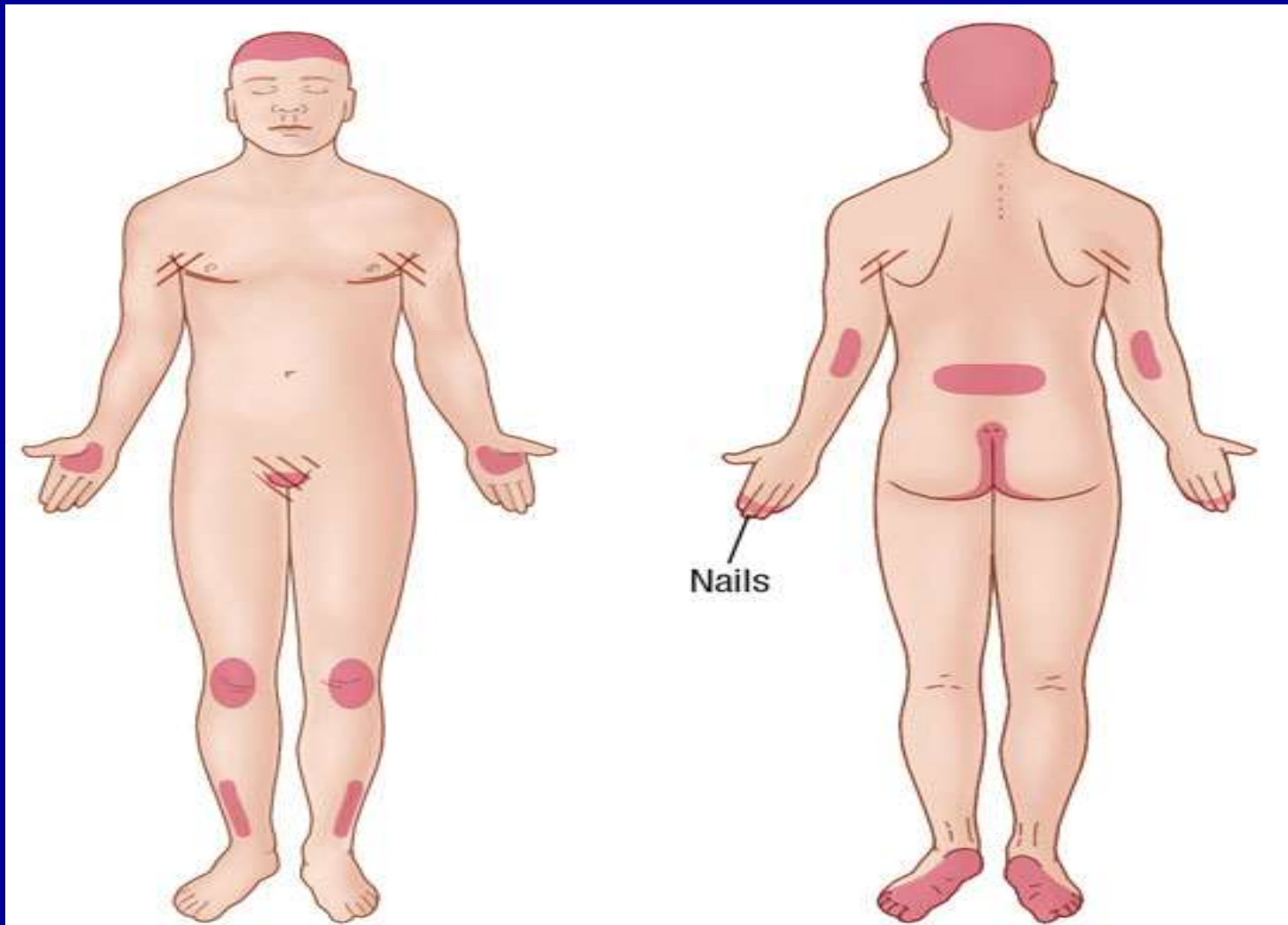
Psoriasis universalis



Photo 34 : Le psoriasis généralisé.

3- Topographie :

- Siège = Zones bastion
- Distribution bilatérale et symétrique.



4- Signes fonctionnels :

- En général, le psoriasis est peu ou pas prurigineux
- cependant un prurit sévère peut se voir dans 30% des cas, et peut traduire un terrain psychologique dépressif ou être provoqué par des thérapeutiques externes.

FORMES CLINIQUES

1- Formes topographiques :

Psoriasis du cuir chevelu :

- l'une des formes les plus communes, isolée ou associée à des lésions diffuses.
- Il réalise soit

Des lésions en **plaques circonscrites** de forme régulière, arrondie, bien limitées recouvertes de larges squames **sèches** qui n'engluent pas les cheveux qui les traversent (LOCALISATION OCCIPITALE+++)

Ou une véritable **carapace** recouvrant la **totalité du cuir chevelu**.

- Le psoriasis du cuir chevelu **n'est pas alopéciant** bien que les alopécies circonscrites puissent se rencontrer dans les formes très kératosiques.



FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis des ongles:** Très fréquent: 30 à 50% des cas,
- plusieurs aspects peuvent se voir:
 - **Dépressions ponctuées cupuliformes:** de quelques mm en "dé" à coudre ou disposées en lignes transversales (**lignes de Beau**) réalisant des sillons généralement multiples; c'est la forme la plus caractéristique.
 - Trachyonychie: "Rugosité" avec perte de la transparence de l'ongle.
 - Onycholyse: friabilité avec effritement de la tablette secondaire à une atteinte matricielle.



FORMES CLINIQUES

1- Formes topographiques :

- **Psoriasis des plis** : Se développe sur les **faces de flexions** "psoriasis inversé" .
- **Aspect**: plaque continue, **rouge vif**, brillante et lisse peu ou pas squameuse à bordure très bien dessinée
- parfois suintement lié à la macération ou des fissures douloureuses.
- **Siège**: plis inter fessier- inguinaux- région génitale- sous mammaires- creux axillaires- ombilic- creux poplités et même dans les espaces interdigitaux plantaires.



FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis du visage :**
- Rare, discret.
- Deux aspects :
 - Sur les **régions séborrhéiques** : médio faciale, racines des sourcils, sillon nazogénien ; souvent associé à un psoriasis du cuir chevelu : sébopsoriasis
 - le psoriasis **de l'oreille** : conduit auditif externe- conque- sus et rétro auriculaires.



FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis palmo-plantaire :**
- Souvent bilatéral.
- **Formes localisées :**
- **Cors psoriasiques :** hyperkératose prédomine. C'est une élévation de 1-2 cm localisée essentiellement sur les éminences thénar et hypothénar.
- **Formes diffuses : Kératodermie psoriasique diffuse :**
 - Carapace kératosique dure épaisse



FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis des muqueuses :**
- Rare dans le psoriasis vulgaire,
- **Le gland :** des taches peu infiltrées, roses peu ou pas squameuses d'évolution chronique.
- **La langue :** - Langue **géographique** surtout dans le psoriasis pustuleux.
- Langue **plicaturée** ou **scrotale**.



FORMES CLINIQUES

2- Formes selon le terrain

Psoriasis du nourrisson : Rare,

- **Psoriasis des langes : napking psoriasis**
- Érythème rouge sombre bien limité,
- Evolution favorable

Psoriasis de l'enfant :

- **les filles** sont plus atteintes que les garçons.
- les antécédents familiaux: **50%** des cas .
- Tous les aspects du psoriasis peuvent se rencontrer, avec une forme plus particulière à l'enfant.
- **Psoriasis en gouttes:** Succédant à une rhinopharyngite ou une vaccination

Souvent fébrile

le visage est plus souvent atteint que chez l'adulte



FORMES CLINIQUES

3- Formes induites (provoquées) :

- **Phénomène de Koebner :**
- Caractérisé par l'apparition de lésions psoriasiques sur un traumatisme cutané :
 - stries de grattage
 - sur cicatrice chirurgicale
 - vaccination
 - sur tatouage
- L'éruption est strictement limitée à la partie irritée ou traumatisée
- **Médicaments :**
- Certains médicaments peuvent
 - Induire ou aggraver un psoriasis pré existant
 - ou être responsable du développement d'une résistance au traitement.
 - **Sels d'or- B bloquants , IEC. Interferon alpha.**

Formes graves :

1- Psoriasis pustuleux :

- d'emblée/pso connu
 - déclenché souvent par des médicaments
 - localisé : palmo plantaire
 - généralisé: AEG
 - histologie : pustule spongiforme multiloculaire et aseptique



Formes graves :

2-Erythrodermie psoriasique :

- Complique en général un **psoriasis déjà installé**, rarement inaugural de la maladie
- Divers facteurs (Médicaments + +: surtout corticothérapie général) ou une infection surajoutée.
- L'érythème s'étend à la totalité du corps **> 90% tégument**, sans espaces de peau saine
- L'état général: altéré : Fièvre- troubles digestifs- oligurie- amaigrissement.
- Les complications: fréquentes: surinfection- septicémies, troubles de la thermorégulation- défaillance cardiovasculaire, détresse respiratoire, troubles hydroélectrolytiques- hypoprotidémie.



Formes graves :

3-Rhumatisme psoriasique :

- C'est un rhumatisme inflammatoire chronique souvent apparaît chez un psoriasique connu (20%).
- La poussée rhumatismale coïncide souvent avec la poussée psoriasique.
- On distingue 2 formes: une périphérique et l'autre centrale.
 - * **Rhumatisme psoriasique périphérique**: arthralgies, mono et oligoarthrites : peuvent atteindre n'importe quelle articulation par ordre de fréquence: doigts-orteils- poignets- genoux- chevilles- coudes- épaules
Polyarthrite d'aspect voisin de celui de la polyarthrite rhumatoïde, mais l'atteinte des IPD et réaction de Waaler-Rose négative.
 - * **Rhumatisme psoriasique axial**: atteinte vertébrale et sacro-iliaque voisine de la SPA

EVOLUTION

- Maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune
- **chronique qui évolue par poussée dont la durée est variable et dont la survenue est imprévisible. Favorisées par le stress, médicaments, infections**
- **A chaque poussée:** réapparition ou extension des plaques anciennes alors que de nouveaux éléments peuvent apparaître.
- **Lors des rémissions,** la tache pâlit et peut disparaître complètement, cependant le plus souvent persistent des éléments discrets des coudes et des genoux.
- Des séquelles achroniques ou pigmentées peuvent se rencontrer surtout à la suite des thérapeutiques (réducteur- ultraviolets- antimitotiques).
- **Les rémissions** sont plus fréquentes en **saison estivale** : effet bénéfique des rayons ultraviolets,
cependant certains psoriasis sont aggravés par l'exposition solaire: sujets de phototype clair et d'âge avancé.

COMPLICATIONS:

1- Surinfection :

- **Bactérienne** : surtout à Staphylocoque : Pustules-furoncles-folliculites.
- **Candidosique** : fréquente surtout au niveau des plis.
- La surinfection est provoquée surtout par la corticothérapie locale.

2-Eczématisation :

- Le fait de médicaments locaux mal tolérés
- caractérisé par l'association **squames-croûtes** peu adhérentes.

3-Lichenification:

- Liée au grattage
- l'érythème et les squames sont discrets et de fines excoriations sont généralement visibles.

Diagnostic positif :

- Dans la grande majorité des cas le diagnostic est **facile et essentiellement clinique**.

→ Devant les éléments **anamnéstiques** :

- Cas similaires dans la famille.
- évolution chronique par poussées / rémissions avec amélioration en période estivale.

→ Devant l'examen **clinique** :

- Lésions érythémato- squameuses, arrondies ou ovalaires, bien limitées.
- grattage méthodique de BROCC
- Localisation des lésions dans les zones bastions.
- Atteinte phanérienne ou muqueuse évocatrice, voire caractéristique.

→ Devant les formes posant problème de diagnostic différentiel, une biopsie avec étude histologique peut être de secours, elle retrouve :

- . Des anomalies épidermiques :
 - Hyper kératose avec ortho et para kératose.
 - Micro abcès de Munro- Sabouraud.
 - Couche granuleuse diminuée ou absente.
 - Hyperacanthose.
- . Des anomalies dermiques :
 - Papillomatose et infiltrat inflammatoire à lymphocytes T.
 - Membrane basale épaisse avec capillaires très développés dans les papilles.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il se pose avec de nombreuses dermatoses érythémato squameuses :

On fait que les citer:

- 1/ **Pytiriasis Rosé de Gibert** :
- 2/dermatite séborrhéique
- 3/Dermatite atopique
- 4/ Pytiriasis rubra pilaire



ETIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE

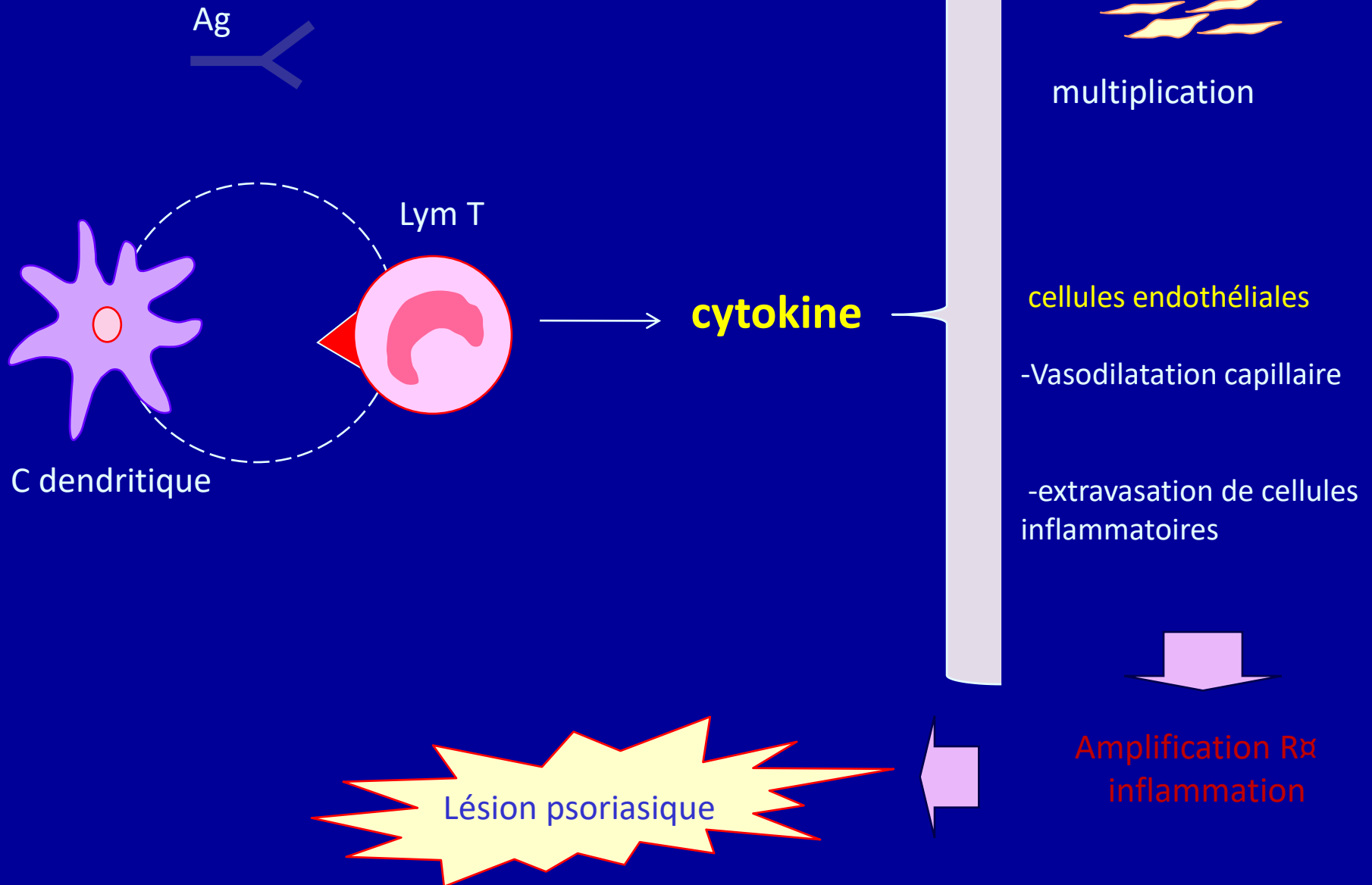
- La cause demeure mal connue
- Prédisposition génétique révélée par des facteurs de l'environnement
 - facteur génétique: 30% cas familiaux, début dans l'enfance, jumeaux monozygotes, Ag d'histocompatibilité HLA CW6 et DR7
 - Facteurs environnementaux : stress
 - infectieux: enfants ++
 - médicaments: sels de lithium, TNF α , β bloquants,
 - tabac / alcool: résistance aux traitements

ETIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE

- Lymphocytes T activées CD4 +
- Cytokines pro inflammatoire
- TNF alpha
- Kératinocytes + différenciation

Nb : l'action des différents trt : MTX-BIOTHERAPIE (anti TNF α)

Physiopathologie



TRAITEMENT

BUT DU TRAITEMENT

- Les traitements actuels n'entraînent pas la guérison définitive de l'affection
- Entraîner une réduction des lésions jusqu'à ce qu'elles deviennent tolérables pour le malade
 - Soutien et prise en charge psychologique
 - Traitements majeurs : formes graves

Armes thérapeutiques

Traitements locaux

- dermo corticoïdes
- analogues de la Vitamine D3
- association :
dermocorticoïde et
analogue Vit D3
- rétinoides topiques
- autres : bains émollients
kératolytiques

Traitements généraux

- Rétinoides: dérivés de la vitamine A
- Méthotrexate
- Ciclosporine
- Trt biologiques

Traitements physiques

- puvathérapie: psoralène / UVA
- photothérapie : UVB

Corticothérapie locale

- Pommade dont l'effet occlusif favorise l'hydratation, les crèmes: plis et lésions macérées, les lotions sont réservées pour le cuir chevelu
- Rythme d'applications : 1 a 2 applications / jours
 - Arrêt du traitement : progressif pour éviter l'effet rebond
- Effets secondaires
 - Locaux : Atrophie cutanée, vergeture telangiectasie, dyschromie hypertrichose, surinfection virale, mycosique
 - Systémiques: Hyperglycémie, diabète, sd cushingoïde ulcère gastrique ostéoporose

Dérivés de la vitamine D

- Calcipotriol, Daivonex (Crème, pommade et lotion:0,005%)
- Schéma: 1 application matin et soir sur les lésions sans dépasser **100 à 120 g/sem**
- les effets secondaires irritatifs sont réduits par l'association aux Dctc: application du calcipotriol le soir et du corticoïde le matin.
- Précaution: **pas sur le visage et les plis**
- Contres indications: femme enceinte, psoriasis pustuleux, pso érythrodermique

Utilisation avec prudence chez l'insuffisant rénal et enfant,
Hypercalcémie

Association galénique: Daivonex + bethamethasone = Daivobet

Rétinoïdes topiques

- Tazarotene (Zorac®)
- Gel 0.1% - 0.05%
- 1app/jr
- Contre indication: plis, visage, cc
- Indication: pso max 10%
- Irritant → association DCD
‡ Dérivés vitD

Autres traitements locaux

- Kératolytiques:

Acide salicylique

Acide salicylique dans un excipient type vaseline (vaseline salicylée 2 à 10%), peut être associé aux dermocorticoïdes

Schéma appliqué quelque jours sur les lésions squameuses, arrêt après décapage des lésions

Contre indication: enfant

Crème à l'urée

Mode d'action: kératolytique et hydratant

Présentation gel à 30%

Contre indication: dermatose suintante

- Bains et émollients

Dans l'eau claire ou eau salée, ou additionnée l'huile de cade ou émollients

TRAITEMENTS SYSTEMIQUES:

Méthotrexate:

antiinflammatoire et immunosuppresseur

Ampoule : 5. 20. 25. 50. 500 mg injection IM ou IV et Cp à 2,5mg

Schéma: début par **2.5 à 5 mg** en 1 prise à augmenter si besoin par paliers de 2,5 à 5 mg /sem jusqu'à **15- 25 mg/sem**

Prise unique (1 fois /sem) ou multiple: 2- 3 fois /sem séparées de 12H d'intervalle.

Les effets secondaires: – l'effet tératogène

- **l'hépatotoxicité cumulative**: cytolyse hépatique (possibilité de fibrose si dose cumulée > 1.5 g, voire de cirrhose).
- les effets **hématologiques** (leucopénie, thrombopénie, anémie voire pancytopenie).

Associations: Acide folique 1cp /jour, 6 jours/7 en dehors du jour de l'administration de Methotrexate

Indications : psoriasis résistant du sujet âgé, psoriasis arthropathique grave.

Rétinoïdes :

- Dérivés de la vitamine A (rétinol): immuno-modulateur et anti-inflammatoire

Acitrétine (Soriatane) gel à 10 mg ou à 25 mg

- Doses: 0.3 – 0.5 mg/kg/j sans dépasser 50 mg/j en une seule prise au repas.
- Les effets secondaires: nombreux
 - Effet tératogène majeur
 - Les effets cutanéomuqueux: xérose,
 - Appareil digestif: hépatite (exceptionnelle)
 - Effets biologiques: élévation des triglycérides, du cholestérol, augmentation des transaminases, cholestase modérée
 - Précaution: une contraception efficace est obligatoire commencée 1 mois avant et poursuivie pendant 2 ans après la fin du traitement
 - Indications : psoriasis pustuleux, érythrodermie psoriasique

Ciclosporine

- **Mode d'action:-** Immuno supprimeur
- Neoral: Solution buvable à 100 mg/ml
Sandimmun: capsule à 10. 25. 50. 100 mg
Ampoule injectable IV à 50 mg, 250 mg
- La cyclosporine est également très efficace mais avec un risque **néphrotoxique** important
- Donc elle n'est utilisée que comme traitement séquentiel à durée limitée en cas de psoriasis sévère,
- la posologie est de 2- 5 mg/kg/j

TRAITEMENTS BIOLOGIQUES

- Nous assistons aujourd'hui à un tournant de l'histoire du psoriasis par les produits mis récemment sur le marché (produits dérivés de biotechnologie)
- Ces agents sont des molécules biologiques comme des anticorps monoclonaux humanisés ou des protéines de fusion
- Inhibiteurs du $\text{TNF}\alpha$: INFLIXIMAB (Remicade®)
ETANERCEPT (Embrex®)
ADALIMUMAB (Humira®)
- Inhibiteurs de l'IL12/IL23: USTEKINUMAB (Stelara®)
- Indications: psoriasis modéré à sévère en cas d'intolérance ou de contre indications à au moins 2 agents systémiques

TRAITEMENTS PHYSIQUES :

Photothérapie artificielle:

- **a-PHOTOCHIMIOTHÉRAPIE UVA (PUVA)**
- C'est une irradiation aux UVA (320 à 450 nm, avec un pic à 365 nm), 2 heures après l'administration d'un produit **photosensibilisant**
 - Méladinine = 8-méthoxypsoralène = (8-MOP): Cp à 10 mg
 - Psoraderm = 5-méthoxypsoralène (5-MOP = bergaptène) : Cp à 20 mg
- Schéma: 3-4 séances par semaines jusqu'à blanchiment puis une séance par semaine puis par deux semaines puis par mois
- **b- Photothérapie UVB:** (290-320 nm): utilisés seuls en 3 – 5 séances/ sem
- La tendance actuelle est de limiter le spectre des UVB à la longueur d'onde 311 nm qui est la plus efficace et la moins érythématogène.
- Efficacité: en 20 séances, 80 à 90 % de très bons résultats (comparable pour les 2 méthodes)
- - Effets secondaires: Prurit, érythème, sécheresse cutanée, parfois aggravation d'un psoriasis photosensible, risque carcinogène



TRAITEMENTS PHYSIQUES :

- **Photothérapie naturelle et balnéothérapie :**
- Héliothérapie et la thalassothérapie: constituent d'excellents traitements du psoriasis en période estivale.
- L'irradiation en bord de mer est bénéfique pour la prise en charge par la qualité de l'eau et la détente psychologique

Traitement psychologique:

- Il faut toujours évaluer avec le patient
 - Comment s'exprime sa souffrance morale ?
 - Comment il s'y adapte ?
 - Comment il envisage de la prendre en charge et de s'en libérer ?

INDICATIONS :

- Elles dépendent:
 - ✓ du type de psoriasis (étendue des lésions, localisation, forme clinique)
 - ✓ du malade (âge, sexe, retentissement fonctionnel et relationnel de la maladie) Il faut tenir compte de la comorbidité.
 - ✓ du traitement déjà reçu
- **Psoriasis vulgaire peu étendu:**
- traitement local simple: Calcipotriol en application 2 x/j pendant 6 sem,
 - ou calcipotriol + Dctc si intolérance
 - Kératolytiques d'abord puis Dctc pendant 2 à 3 sem.
- **Psoriasis vulgaire étendu: >40 % :** photothérapie UVB ou PUVA
 - ou ciclosporine ou méthotrexate ou rétinoïdes

PRONOSTIC:

- Le psoriasis est habituellement une affection CHRONIQUE évoluant par poussées durant toute la vie, une **guérison définitive ne peut être garantie**.
- Les éléments de pronostic:
 - ✓ **Age de survenue:** PC meilleur chez l'enfant où certaines formes guérissent définitivement.
 - ✓ **Sévérité clinique:** évaluée par le PASI: l'érythème – l'importance de squames. L'épaisseur des lésions (coté de 0 à 04) étendue des lésions (0 à 06)
 - ✓ **Durée d'évolution de la maladie**
- **Survenue de formes graves ou de complications:**
 - * **Vital**= mise en jeu, érythrodermie, pso pustuleux;
 - * **Fonctionnel**, mise en jeu: psoriasis arthropathique
 - * **Esthétique:** nécessitant l'aide d'un psychologue voire même psychiatre en cas de complications.
- **Prévention des poussées:** Sont imprévisibles mais on peut agir sur les facteurs favorisants.
 - ATB précoce de l'infection ORL de l'enfant parfois amygdalectomie
 - Éviction des médicaments pouvant aggraver ou induire psoriasis
 - Limitations des facteurs de stress en donnant des conseils de relaxation.

Conclusion:

- Le Psoriasis est une maladie fréquente bénigne mais qui peut être grave non seulement à cause de ses complications mais aussi en raison de son retentissement sur la qualité de vie.
- Les récives sont imprévisibles.
- Les traitements sont symptomatiques et rapport bénéfice / risque doit être évalué dans le choix thérapeutique.
- Le traitement rotatoire semble être l'attitude actuelle la plus adaptée
- Intérêt de la prise en charge psychologique.
- **Les espoirs thérapeutiques passent par des traitements immunomodulateurs ciblés sur les lymphocytes T responsables de la prolifération épidermique et sur les thérapies géniques**