

**Département de Médecine.
Dr. Pr CHEHAD.A S. Maitre de conférence A.
Module de Dermatologie.**

PSORIASIS

Cours destiné aux étudiants de 6^{ème} année. Année universitaire 2019-2020.

PLAN DU COURS :

- I- Introduction.
- II- Epidémiologie.
- III- Physiopathologie.
- IV- Clinique.
- V- Diagnostic positif.
- VI- Diagnostic différentiel.
- VII- Evolution.
- VIII- Complication.
- IX- Traitement.

OBJECTIFS DU COURS :

- 1- Faire le diagnostic du psoriasis.
- 2- Traiter un psoriasis.
- 3- Argumenter l'attitude thérapeutique

I. Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse chronique fréquente.

- De cause inconnue
- lié à un trouble de l'homéostasie épidermique (hyperprolifération et troubles de la différenciation kératinocytaire) ainsi que par des phénomènes inflammatoires dermo-épidermiques complexes.
- Les localisations sont le plus souvent très caractéristiques : coudes, genoux, région lombosacrée, cuir chevelu, ongles.
- Il existe des formes graves : érythrodermie, rhumatisme psoriasique, psoriasis pustuleux.
- Le but du traitement est symptomatique : soulager le patient et ramener la dermatose à un niveau lésionnel acceptable au long cours.

II. Epidémiologie :

- Fréquence **2 à 4%** de la population générale
- Le psoriasis peut débuter à tout âge avec 2 pics :
 - 1^{er} avant 40 ans : psoriasis type I familial
 - 2^{ème} après 40 ans : psoriasis type II non familial
- Sexe ratio : 1

III. Physiopathologie

Le psoriasis est caractérisé par un trouble de l'homéostasie épidermique ainsi que par des phénomènes inflammatoires dermo-épidermiques complexes.

1. Mécanismes lésionnelles :

Trois cellules clés de l'immunité cutanée sont impliquées : Kératinocytes, lymphocytes T (LT) et dendrocytes cutanées(DC).

Les DC présentent l'Antigène (Kératine ?) aux LT qu'elles activent, ces derniers sont recrutés dans la peau où ils vont produire des cytokines (IL 17, IL 22, TNF- α ...). Ces cytokines sont responsables de l'hyperplasie épidermique (d'où la desquamation), de la vasodilatation (d'où l'érythème) et de l'afflux dans la peau d'autres leucocytes. L'interaction DC/LT/KC est continue, tel un cercle vicieux, perpétuant le phénotype inflammatoire du psoriasis.

2. Facteurs étiologiques :

- **Prédisposition génétique**
 - La prédisposition génétique est étayée par la survenue de cas familiaux (30 % des cas).
 - Lorsque l'affection débute dans l'enfance, elle est fréquemment liée aux antigènes d'histocompatibilité, en particulier HLA Cw6.

- **Facteurs d'environnement**
 - Des facteurs d'environnement (stress, climat, infection, traumatisme.. .) permettraient l'expression du psoriasis chez des sujets génétiquement prédisposés.
- **Facteurs infectieux**
 - Infection bactérienne (enfant+++): facteur déclenchant ou aggravant
 - Infection virale(HIV): formes plus sévères
- **Médicaments**
 - Certains médicaments peuvent induire ou aggraver le psoriasis, en particulier les sels de lithium, les bêtabloqueurs.
- **Facteurs psychologiques**
 - Le rôle des chocs émotifs et des traumatismes affectifs dans le déclenchement de la maladie ou la survenue des poussées est classique.

IV. Clinique :

1. Forme commune de psoriasis :

a) Lésion élémentaire

Lésion érythémato-squameuse bien limitée, arrondie, ovalaire ou polycyclique. la couche squameuse superficielle peut être fine laissant voir l'érythème sous-jacent, mais surtout blanchâtre, épaisse masquant l'érythème.

b) Disposition :

Le plus souvent, ces éléments sont multiples et symétriques, parfois diffus.

De taille variable : psoriasis en points, en gouttes, nummulaires, ou en plaques.

c) Localisations habituelles

Les localisations habituelles, très caractéristiques de l'affection, sont surtout les zones exposées aux frottements :

coudes (et bord cubital de l'avant-bras) ;

genoux, jambes ;

région lombosacrée.

d) Signe fonctionnel :

Le prurit est présent lors des poussées dans 30 à 60 % des cas.

2. Formes cliniques :

a) Topographiques

- Psoriasis du cuir chevelu
 - Classiquement non alopeciant,
 - De plaques circonscrites, bien limitées, jusqu'à une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu.
 - La localisation occipitale est fréquente.
- Psoriasis unguéal : les aspects les plus fréquents sont :
 - Des dépressions ponctuées cupuliformes (ongles en « dé à coudre »)
 - Une onycholyse (décollement de la tablette unguéale).

- Une hyperkératose sous-unguéale,
- une paronychie.

- Autres localisations moins fréquentes : Ce sont :
 - le psoriasis inversé : on le retrouve dans les plis, en particulier interfessier, axillaires, sous-mammaires et ombilical, avec aspect de plaques rouge vif, non ou peu squameuses ;
 - le psoriasis palmo-plantaire : réalise une kératodermie localisée ou diffuse;
 - le psoriasis du gland ;
 - le psoriasis du visage : rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique (sébopsoriasis). Les localisations à la conque et au conduit auditif externe sont classiques.

- b) Formes graves
 - Psoriasis érythrodermique
 - C'est un psoriasis généralisé à plus de 90 % des téguments,
 - Il peut être provoquée par des traitements généraux (corticothérapie).
 - Il peut se compliquer de surinfections, de troubles de la thermorégulation et d'anomalies hydroélectrolytiques → hospitalisation du malade.
 - Psoriasis arthropathique
 - C'est un rhumatisme inflammatoire chronique, Il peut être soit :
 - périphérique : arthralgies, mono et oligoarthrites, polyarthrite et enthésopathie (atteinte des insertions tendino- ligamentaires, =>douleurs péri- articulaires).
 - axial : spondylarthropathie
 - Psoriasis pustuleux
 - Se manifeste par des pustules superficielles, non folliculaire, aseptiques pouvant confluer en plaques ou en nappes, il faut distinguer :
 - le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire: chronique, pouvant entraîner un handicap fonctionnel (difficultés du travail manuel et de la marche) ;
 - le psoriasis pustuleux généralisé (dit de von Zumbusch) : début brutal avec une altération de l'état général, une fièvre et une érythrodermie pustuleuse, d'évolution parfois grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

- c) Au cours de l'infection par le VIH
Le psoriasis est souvent plus grave et réfractaire aux thérapeutiques conventionnelles.

- d) Psoriasis de l'enfant
 - Le psoriasis du nourrisson : est souvent localisé à la zone des langes (« napkin psoriasis »)
 - Psoriasis de l'enfant :
 - les filles sont plus atteintes que les garçons
 - les antécédents familiaux sont retrouvés dans la moitié des cas.

- Tous les aspects du psoriasis de l'adulte peuvent se rencontrer, cependant, certaines formes sont plus particulières à l'enfant.
 - Psoriasis en gouttes : souvent aigu, et peut succéder à une infection rhinopharyngée streptococcique.
 - Psoriasis nummulaire.
 - Psoriasis du visage.

V. Diagnostic positif :

Dans la grande majorité des cas le diagnostic est facile et essentiellement clinique :

- Devant les éléments anamnestiques :
 - Cas similaires dans la famille.
 - Notion de dermatose érythémato- squameuse chronique.
 - Evolution par poussées / rémissions avec amélioration en période estivale.
 - Localisation des lésions dans les zones bastions.
- Devant l'examen clinique :
 - Lésions érythémato- squameuses, bien limitées.
 - Groupement et topographie évocateurs.
 - Atteinte phanérienne évocatrice.

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

- **Des anomalies épidermiques :**
 - Hyperkératose avec parakératose et hyperacanthose (prolifération excessive des keratinocytes).
 - Micro abcès de Munro- Sabouraud (infiltration de polynucléaires).
- **Des anomalies dermiques :**
 - Papillomatose, prolifération capillaire et infiltrat lymphocytaire.

VI. Diagnostic différentiel :

1. Forme classique :

Se fait essentiellement avec les autres dermatoses erythemato-squameuses

- Dermatite séborrhéique
- Pityriasis rosé de Gibert
- Toxidermies
- Eczématides

2. Formes particulières :

- psoriasis des plis : ≠ intertrigos bactériens ou mycosiques ;
- Psoriasis palmo-plantaire : ≠ autres kératodermies palmo-plantaires;
- Erythrodermie psoriasique : ≠ autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes...) ;

- Psoriasis pustuleux généralisé : ≠ certaines toxidermies pustuleuses;
- Rhumatisme psoriasique : ≠ polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante.
-

VII. Evolution :

- C'est une maladie chronique qui évolue par poussée dont **la durée est variable** et dont la **survenue est imprévisible**.
- Durant chaque poussée, on note la réapparition ou l'extension des lésions anciennes alors que de nouveaux éléments peuvent apparaître.
- Lors des remissions, la lésion pâlit et peut disparaître en laissant parfois des séquelles achromiques ou pigmentées
- Les rémissions sont plus fréquentes en saison estival (effet bénéfique des rayons ultraviolets).

VIII. Complications :

1. Mineures

- **Surinfection** : provoquée surtout par la corticothérapie locale
 - Bactérienne surtout à Staphylocoque
 - Candidosique fréquente surtout au niveau des plis.
- **Eczématisation** : Le fait de médications locales mal tolérés.
- **Lichenification** (épaississement de la peau) Liée au grattage.

2. Majeurs : (voir formes cliniques)

- Psoriasis pustuleux
- Psoriasis erythrodermique.
- Psoriasis arthropatique.

- ### 3. Altération de la qualité de vie et retentissement psychologique : lorsque les lésions sont affichantes ou gênantes pour le travail manuel.

IX. Traitement :

1. Armes thérapeutiques :

a) Traitements locaux

- **Dermocorticoïdes (voir cours DCTC)**
- **Analogues de la vitamine D : le calcipotriol (Daivonex) ;**
 - 2 applications par jour, sur la peau en dehors des plis et du visage.
 - association possible avec les dermocorticoïdes
 - activité globalement comparable aux dermocorticoïdes, mais plus lente.
- **association dermocorticoïde et calcipotriol (Daivobet) :**
 - Permet une efficacité supérieure à raison d' 1 application par jour/ 1 mois.
- **Autres traitements topiques**

- **Bains et émoullients** : ils sont utiles pour décaper les lésions.
- **Les kératolytiques** (acide salicylique à la concentration de 2 à 5 % dans un excipient gras, urée à 10 ou 20 %) sont utiles dans les lésions très kératosiques.

b) Photothérapie

- *photothérapie naturelle* : l'exposition solaire (qui peut être associée à la balnéothérapie ou à la crénothérapie) est presque toujours bénéfique
- *Photothérapie artificielle* :
 - *PUVAthérapie* : association d'un psoralène photosensibilisant et d'une irradiation UVA (320-400 nm).
 - *photothérapie UVB à spectre étroit TL-01* (311 nm) ne nécessitant pas la prise de photosensibilisant préalable.
 - Vingt séances en moyenne à raison de 3 séances par semaine sont nécessaires.
 - Une rémission dans environ 80 % des cas est observée après 20 à 30 séances.

c) Traitements systémiques :

- **Acitrétine**
 - dérivée de la vitamine A (famille des rétinoïdes) peut être utilisée seul ou en association avec la photothérapie.
 - Le risque tératogène contre-indique son administration pendant la grossesse et implique chez toute femme en période d'activité génitale la réalisation d'un test de grossesse avant traitement, et l'utilisation d'une contraception fiable débutée avant le traitement, poursuivie pendant le traitement et pendant 2 ans après son arrêt.
- **Méthotrexate**

Le méthotrexate à la dose de 7,5 à 25 mg en administration hebdomadaire unique per os ou par voie parentérale est souvent rapidement efficace. Ses effets secondaires, en particulier hématologiques et hépatiques, nécessitent une surveillance stricte.
- **Ciclosporine**

Egalement très efficace mais avec un risque néphrotoxique important lors des traitements prolongés
- **Biothérapie** : Ces traitements sont à visée :
 - Anti-TNF (étanercept [Enbrel] ; infliximab [Remicade] ; adalimumab [Humira])
 - Ou anti IL 23, IL 12 qui activent les LT CD4 (utekinumab[stelara]).
 - Anti IL 17 : secukinumab, ixekizumab et brodalumab
 - Anti IL 23 : guselkumab, risankizumab

- Leur indication est réservée aux échecs ou aux contre-indications de la photothérapie ou des traitements systémiques précédents.

2. Indications :

Elles dépendent :

- de la gravité du psoriasis
 - du retentissement sur la qualité de vie du patient
 - des contre-indications éventuelles
 - des antécédents du patient.
-
- **Abstention thérapeutique** : Il n'est pas utile de traiter les psoriasis très limités et/ou psychologiquement bien acceptés par les malades.
 - **Formes localisées** : Le traitement local est suffisant.
 - **Formes très étendues** : photothérapie et/ou rétinoïdes ou méthotrexate ou ciclosporine.
 - **Formes cliniques graves ou compliquées** nécessitent une prise en charge spécialisée.