

Cours de 6<sup>e</sup> année Médecine  
Module de Dermatologie

# PSORIASIS

**Dr Boussaid Riadh**

Année universitaire : 2022/2023

## SOMMAIRE

I- Introduction .....	3
II- Pathogénie .....	3
III- Clinique .....	3
IV- Évolution / Complications .....	5
V- Diagnostic.....	5
VI- Traitement .....	6
VII-Conclusion .....	8

### OBJECTIFS

- Diagnostiquer un psoriasis.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

## I- Introduction

- Le psoriasis est une dermatose inflammatoire de la peau, caractérisée par des lésions érythémato-squameuses chroniques
- Elle est fréquente (2% de la population), elle survient à tout âge, surtout chez l'adulte jeune (entre 20 et 30 ans)
- C'est une dermatose bénigne mais qui altère considérablement la qualité de vie
- Le diagnostic est essentiellement clinique
- Il existe des formes graves : érythrodermie, rhumatisme psoriasique, psoriasis pustuleux
- Ses mécanismes physiopathologiques sont imparfaitement connus
- Le traitement est symptomatique, repose souvent sur des thérapeutiques locales. Les traitements généraux, utilisés exceptionnellement, sont réservés aux formes sévères
- Facteurs aggravants : stress, infection, médicament

## II- Pathogénie

- Le psoriasis est caractérisé par une accélération du renouvellement épidermique, en effet, le turn over épidermique (qui est normalement de 30 jours) n'est que de 7 jours dans le psoriasis, ceci est en rapport avec des troubles immunitaires (activation des LT et sécrétion des différentes cytokines :  $TNF_{\alpha}$ , IL12, IL23...) entraînant une réaction inflammatoire psoriasique responsable de la prolifération accrue des kératinocytes
- Il s'agit d'une affection multifactorielle :
  - **Facteur génétique** : 30% des psoriasiques sont familiaux, lorsque l'affection débute dans l'enfance, elle est fréquemment liée aux antigènes d'histocompatibilité (HLA Cw6)
  - **Facteurs d'environnement** :
    - L'alcool et le tabac sont des facteurs de résistance au traitement
    - Les infections sont soulignées surtout dans les poussées de psoriasis chez l'enfant
    - Les facteurs psychologiques et les médicaments (sels de lithium,  $\beta$ -bloquants, IEC...) peuvent induire ou aggraver un psoriasis

## III- Clinique

- **Forme classique du psoriasis vulgaire** :
  - **Lésion élémentaire** : c'est une tache érythémato-squameuse
    - **Couche squameuse superficielle** : de couleur blanchâtre et terne, à surface lisse ou rugueuse, légèrement en relief par rapport à la peau saine voisine. Ces squames sont sèches, de dimension et d'épaisseur variable, peuvent masquer totalement ou partiellement l'érythème. Le grattage méthodique de Brocq permet de constater :
      - ✓ **Signe de blanchiment** : les premiers coups de curettes enlèvent les couches superficielles friables et la surface devient d'un blanc éclatant
      - ✓ **Signe de la tache de bougie** : les couches profondes sont plus

- cohérentes, ont un aspect micacé
    - ✓ **Signe de la pellicule décollable** : arrachement d'une fine pellicule adhérente au plan profond
    - ✓ **Signe de la rosée sanglante** (signe d'Auspitz) : c'est l'apparition de fines gouttelettes hémorragiques, traduisant la mise à nu des papilles dermiques
    - **Tache érythémateuse** : située sous la couche squameuse, de couleur rose caractéristique, rouge congestif (au niveau des membres inférieurs), bien limitée, lisse et sèche, souple, disparaît à la vitropression
  - **Groupement et topographie** :
    - **Nombre** : rarement psoriasis en plaque isolé, le plus souvent, multiple ou diffus
    - **Dimensions** :
      - ✓ En point « punctata » ou en gouttes « guttata » de quelques millimètres de diamètre, il s'agit d'un psoriasis éruptif de l'enfant, précédé parfois d'un épisode infectieux ORL
      - ✓ Nummulaire (nummulus = pièce de monnaie) de quelques centimètres de diamètre
      - ✓ En plaque, de contours plus ou moins géométriques ou circonscrits
      - ✓ Universalis : généralisé, qui touche presque la totalité des téguments
    - **Topographie** : très évocatrice du diagnostic (au niveau des saillies osseuses), bien qu'ubiquitaire, siège souvent sur les surfaces exposées aux traumatismes (coudes, bord cubital de l'avant-bras, genoux, régions pré-tibiales, régions lombosacrées, cuir chevelu, ongles)
  - **Signes fonctionnels** (prurit) : en général, le psoriasis est peu ou pas prurigineux
- **Formes cliniques particulières** :
    - **Formes topographiques** :
      - **Psoriasis du cuir chevelu** : il réalise soit des lésions en plaques érythémato-squameuses (bien limitées, couvertes des larges squames sèches, traversées par les cheveux, sans alopecie) soit une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu
      - **Psoriasis des plis** (psoriasis inversé) : c'est une plaque continue, rouge, brillante et lisse, peu ou pas squameuse, siège au niveau du pli inter-fessier, inguinal, région génitale, sous-mammaire, creux axillaire...
      - **Psoriasis du visage** : rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique (séboréopsoriasis)
      - **Psoriasis palmoplantaire** : souvent bilatéral, il peut réaliser une kératodermie en îlots ou diffuse
      - **Psoriasis des ongles** : 30-50% des cas de psoriasis, parfois isolé, aspect de dépressions ponctuées cupuliformes (ongles en « dé à coudre »), onycholyse avec décollement distal, hyperkératose sous-unguéale, leuconychie
      - **Psoriasis des muqueuses** :
        - ✓ **Sur le gland** : taches bien limitées, purement érythémateuses
        - ✓ **Sur la langue** : langue géographique surtout dans le psoriasis pustuleux, languescrotale
    - **Psoriasis de l'enfant** : peut-être précoce = psoriasis des langes « napkin psoriasis », chez l'enfant, souvent aigu, en gouttes et peut succéder à une infection rhinopharyngée streptococcique. Le visage est plus souvent atteint que chez l'adulte
    - **Psoriasis provoqué** :

- **Médicaments** : ils peuvent induire ou aggraver un psoriasis ou être responsables d'une résistance au traitement (sels de lithium,  $\beta$ -bloquants,  $\text{INF}\alpha$ )
- **Phénomène de Koebner** : caractérisé par l'apparition de lésions de psoriasis sur un traumatisme cutané : stries de grattage, cicatrices chirurgicales ou post-traumatiques.
- **Formes graves** :
  - **Psoriasis érythrodermique** : psoriasis généralisé à plus de 90% des téguments, avec une desquamation abondante, l'érythrodermie peut être provoquée par une corticothérapie générale, elle peut se compliquer d'une surinfection, de troubles de la thermorégulation et des anomalies hydroélectriques et doit entraîner une hospitalisation
  - **Psoriasis pustuleux** : il s'agit d'une pustulose amicrobienne, il peut apparaître d'emblée ou sur un psoriasis déjà connu et peut être déclenché par divers médicaments (surtout la corticothérapie générale). Il distinguer :
    - ✓ **Psoriasis pustuleux localisé palmoplantaire** : évoluant par poussées, le handicap fonctionnel est souvent important
    - ✓ **Psoriasis pustuleux généralisé** (de von Zumbusch) : début brutal avec une altération de l'état général, une fièvre et des placards rouge-vifs qui se couvrent de pustules pouvant confluer en larges nappes
  - **Psoriasis arthropathique** : concerne environ 20% des psoriasisiques, et réalise divers tableaux cliniques
    - ✓ Arthralgies, mono- ou oligo-arthrite ou polyarthrite voisine de la polyarthrite rhumatoïde avec cependant, une atteinte des interphalangiennes distales et facteur rhumatoïde négatif
    - ✓ Rhumatisme psoriasique axial avec atteinte vertébrale et sacro-iliaque voisine de la spondylarthrite ankylosante

#### IV- Évolution / Complications

- Le psoriasis est une maladie chronique qui évolue par poussées dont la durée est variable et dont la survenue est imprévisible. À chaque poussée, on note la réapparition ou l'extension de plaques anciennes alors que de nouveaux éléments peuvent apparaître
- Lors des rémissions, la tache pâlit et peut disparaître complètement, en laissant parfois des séquelles achromiques ou pigmentées. Les rémissions sont plus fréquentes en saison estivale (effet bénéfique des rayons UV)
- **Complications** :
  - **Mineures** : surinfection, eczématisation, lichénification
  - **Majeures** : psoriasis érythrodermique, pustuleux et arthropathique

#### V- Diagnostic

- **Diagnostic positif** : est facile, essentiellement clinique : dermatose érythémato-squameuse chronique (poussée/rémission) et localisation des lésions dans les zones bastions. En cas de doute
  - biopsie cutanée avec étude histologique :
    - **Anomalies épidermiques** :

- **Hyperkératose avec parakératose** : épaissement des cornéocytes qui conservent lenoyau
- **Micro-abcès de Munro-Sabouraud** : infiltrats épidermiques à polynucléaires
- **Couche granuleuse diminuée ou absente**
- **Hyperacanthose** : prolifération excessive des kératinocytes
- **Anomalies dermiques** : papillomatose (papilles dermiques allongées) et infiltrat inflammatoire (TCD<sub>4</sub>), membrane basale épaisse avec capillaires très développés dans les papilles
- **Diagnostic différentiel** : il se pose avec de nombreuses dermatoses érythémato-squameuses d'évolution chronique, nous ferons que les citer : pityriasis rosé de Gibert, dermatite séborrhéique, pityriasis rubra pilaire, mycosis fongoïde, eczéma chronique...

## VI- Traitement

- **Objectifs** : obtenir une disparition transitoire plus ou moins complète des lésions (pas de traitement curatif)
- **Armes thérapeutiques** :
  - **Traitements locaux** :
    - **Dermocorticoïdes** : ils sont utilisés en pommade (lésions sèches), les crèmes sont réservées aux plis et les lotions au cuir chevelu. Leurs effets secondaires sont nombreux et il est conseillé d'effectuer des traitements de durée limitée et de contrôler les quantités utilisées (nombre de tubes)
    - **Calcipotriol (Daivonex®)** : dérivé de la vitamine D) : il est disponible en pommade, en crème et en lotion, son activité est équivalente à celle des dermocorticoïdes (antiprolifératif et anti-inflammatoire)
      - ✓ Utiliser 2 applications/jour sans dépasser 100 g/semaine pour éviter les risques d'hypercalcémie
      - ✓ Des phénomènes irritatifs surviennent dans 20% des cas, surtout lors des applications sur le visage
      - ✓ L'association Calcipotriol-corticothérapie locale est très efficace (Daivobet® : Daivonex + Bétaméthasone)
      - ✓ **Contre-indications** : grossesse, insuffisance rénale, patients sous vitamine Dou calcium
    - **Autres traitements topiques** :
      - ✓ **Kératolytiques** (acide salicylique à la concentration de 2-5% dans un excipient gras « vaseline », urée à 10-20%) : sont utiles dans les lésions très kératosiques
      - ✓ **Bains et émoulliens** : sont utiles pour décapier les lésions
      - ✓ **Produits à base de goudron** : huile de cade (goudron de bois), sous forme de lotion caditar, à mettre dans l'eau de bain ou shampooing
      - ✓ **Rétinoïdes topiques** (Tazarotène) : ont un effet irritatif important, réservés aux psoriasis très limités (< 10% de la surface corporelle)
  - **Traitements généraux** :
    - **Acitrétine** (rétinoïde, dérivé de la vitamine A : Soriatane® ou

Néotigason®) : sousforme de gélules de 10 et 25 mg, prescrite à la dose de 0.3-0.5 mg/kg/j

- ✓ **Effets secondaires** : sont dose-dépendants : sécheresse cutanée et muqueuse(chéilite obligatoire), hépatotoxicité (réversible à l'arrêt), hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, 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 le traitement et l'utilisation d'une contraception fiable débutée avant le traitement, poursuivie pendant le traitement et pendant 2 ans après son arrêt)
  - ✓ La Ré-PUVA : association de rétinoïdes et PUVA
  - **Méthotrexate** : cytostatique le plus utilisé
    - ✓ **Forme** : comprimés de 2.5 mg et ampoule injectable de 10, 25 et 50 mg (IM sous-cutané)
    - ✓ **Dose** : 15-25 mg/semaine, l'effet débute à partir de la 8<sup>e</sup> semaine
    - ✓ **Effets secondaires** : en particulier hématologiques et hépatiques, nécessitent une surveillance stricte
  - **Ciclosporine** : traitement immunosuppresseur puissant, très efficace, mais avec un risque néphrotoxique important lors des traitements prolongés. La dose initiale est de 2.5 mg/kg/j, elle peut être augmentée sous réserve d'une bonne tolérance clinique (HTA) et biologique (créatininémie) jusqu'à 5 mg/kg/j
- **Photothérapie** :
- **PUVA thérapie** (photo-chimiothérapie) : consiste à administrer 2h avant l'irradiation par UV<sub>A</sub> (320-400 nm) un psoralène photosensibilisant (8-méthoxypsoralène-Méladinine®) en comprimé
    - ✓ **Effets secondaires** : érythème au début, accélération du vieillissement cutané et l'induction de cancer cutanés ou de cataracte)
    - ✓ Utilisée à raison de 3 séances par semaine et à ne pas dépasser 100-150 j/cm<sup>2</sup> pour une cure de 30 séances par année et 100 séances dans la vie
  - **Photothérapie par UV<sub>B</sub>** (290-320 nm) : surtout utilisée sous la forme d'UV<sub>B</sub> à spectre étroit (TL-01 : 311 nm), la photothérapie entraîne dans 80% des cas une rémission des lésions en 4 à 6 semaines de traitement
  - **Thalasso thérapie / Créno thérapie** : les bains de mers associés à l'exposition solaire, les cures thermales constituent un bon traitement adjuvant
- **Biothérapie** :
- Ces médicaments sont des molécules biologiques (dérivés des biotechnologies), utilisés pour bloquer ou inhiber des étapes précises de la pathogénie du psoriasis, sont à visée anti-TNF [Étanercept (Enbrel®), Infliximab (Remicade®), Adalimumab (Humira®)] ou à visée lymphocytaire T par inhibition de la liaison LFA1-ICAM1 [Efalizumab (Raptiva®)]. Leur indication est réservée aux échecs ou aux contre-indications des traitements systémiques précédents
- **Indications** : elles dépendent, d'une part, du type de psoriasis et, d'autre part, du malade lui-même et sa qualité de vie
    - **Formes localisées** : le traitement local est suffisant

- **Formes très étendues** : le traitement comprend : photothérapie et/ou rétinoïdes ou Méthotrexate ou Ciclosporine
- **Formes cliniques particulières** :
  - **Psoriasis pustuleux** : Acitrétine
  - **Psoriasis érythrodermique** : hospitalisation + traitement local + Méthotrexate ou Acitrétine
  - **Rhumatisme psoriasique invalidant** : Méthotrexate ou Ciclosporine

## VII- 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 impact sur la qualité de vie du malade. Si les traitements utilisés là sont simplement symptomatiques, les espoirs passent, aujourd'hui, par des traitements immunomodulateurs ciblés sur les étapes de la physiopathologie du psoriasis