



LiSA n° 117 : Psoriasis

Situations de départ

37 Eruptions chez l'enfant 67 Douleurs articulaires 81 Anomalie des ongles 88 Prurit 328 Annonce d'une maladie chronique
--

Connaitre la prévalence dans la population française

rang B

Dermatose inflammatoire chronique fréquente, qui concerne environ 2 à 4% de la population française adulte. Deux pics de survenue : vers l'âge de 20 ans et vers 60 ans. Parfois début dans l'enfance.

Connaître la physiopathologie du psoriasis.

rang B

Terrain génétique prédisposant (multiples gènes de susceptibilité), donc prédisposition familiale possible

Intervention du système immunitaire (voies TH1 et TH17) avec production accrue de cytokines inflammatoires induisant prolifération accrue et troubles de la différenciation des kératinocytes, néo-angiogénèse, recrutement de polynucléaires neutrophiles

De multiples facteurs déclenchants ou aggravants : traumatismes cutanés (phénomène de Koebner), prise de médicaments (bêta-bloquants, lithium, sartans, IEC), épisodes infectieux liés à des agents pathogènes spécifiques (streptocoques, VIH), stress affectifs

Ceci aboutit à une accélération du renouvellement épidermique et à des lésions inflammatoires cutanées

Savoir diagnostiquer un psoriasis en plaques classique

rang A

Le diagnostic est clinique devant des lésions érythémato-squameuses, bien limitées, parfois épaisses/infiltrées développées principalement sur les zones sièges de frottements récurrents (coudes, genoux, sacrum), de forme arrondie, ovale, de taille variable (Figures 1 A, B et C : psoriasis en plaques)

Figure 1A



Figure 1B



Figure 1C



Biopsie inutile devant un tableau typique

Atteinte possible

Des ongles (déformations, ponctuations) (Figures 2 A , B , C et D)

Figure 2A



Figure 2B



Figure 2C



Figure 2D



Des plis ou psoriasis inversé : grands plis (Figure 3), petits plis (ombilic) (Figure 4), organes génitaux (Figure 5) avec des lésions souvent peu squameuses

Figure 3



Figure 4



Figure 5



Du scalp sous la forme de squames épaisses (casque entraînant une possible chute des cheveux) et de lésions inflammatoires en lisière frontale (Figure 6)

Figure 6



Des extrémités (psoriasis palmo-plantaire) (Figure 7) avec des lésions hyperkératosiques, avec fissures et crevasses douloureuses et gênant les fonctionnalités

Figure 7



Du visage : rare mais très similaire à la dermite séborrhéique (Figure 8)

Figure 8



Evolution chronique avec parfois poussées conditionnées par des épisodes infectieux, de la vie personnelle etc...

Régression des lésions parfois au prix de séquelles pigmentées plus ou moins durables mais pas de cicatrices.

Prurit fréquent dans les formes les plus inflammatoires

Connaître les 3 formes graves de psoriasis.

rang B

Forme érythrodermique : souvent à partir d'un psoriasis en plaques. Erythème généralisé, infiltration oedémateuse diffuse de la peau donnant un aspect drapé, plissé de la peau (Figure 9), squames inconstantes ou abondantes, altération de l'état général, fébricule et frissons possibles.

Figure 9



Forme pustuleuse généralisée : survenue brutale de pustules diffuses sur des lésions de psoriasis très inflammatoires (Figure 10), altération de l'état général, hyperthermie et frissons, syndrome inflammatoire biologique, hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, cytolyse hépatique. Evolution par poussées avec retour à une peau normale ou à une forme plus typique de psoriasis en plaques.

Figure 10



Pour ces deux formes : mise en jeu possible du pronostic vital, patients à hospitaliser. Survenue possible au décours d'une corticothérapie par voie générale.

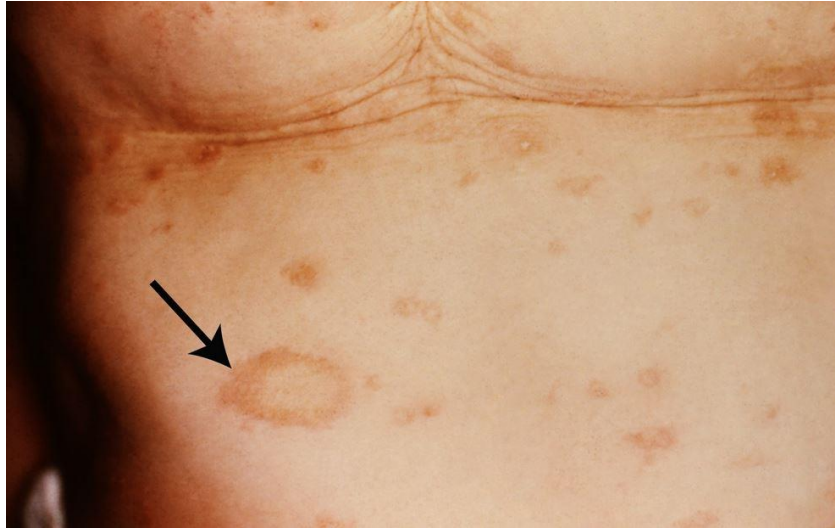
Rhumatisme psoriasique : concerne 20 à 30 % des psoriasis en plaques. Peut survenir à tout moment au cours de l'évolution d'un psoriasis cutané. Pronostic fonctionnel. Ce diagnostic peut conditionner les choix thérapeutiques.

Connaitre les principaux diagnostics différentiels du psoriasis.

rang B

Pityriasis rosé de Gibert : dermatose virale éruptive à caractère saisonnier du sujet jeune. Eruption de lésions érythémato-squameuses annulaires du tronc, précédée d'une lésion initiale en médaillon (Figure 11). Pas de chronicisation.

Figure 11



Dermite séborrhéique : Lésions érythémateuses squameuses des zones médianes du visage, des sillons nasogéniens et du front, prurit et squames grasses du scalp associées. Evolution par poussées influencées par stress ou fatigue.(Figure 12)

Figure 12



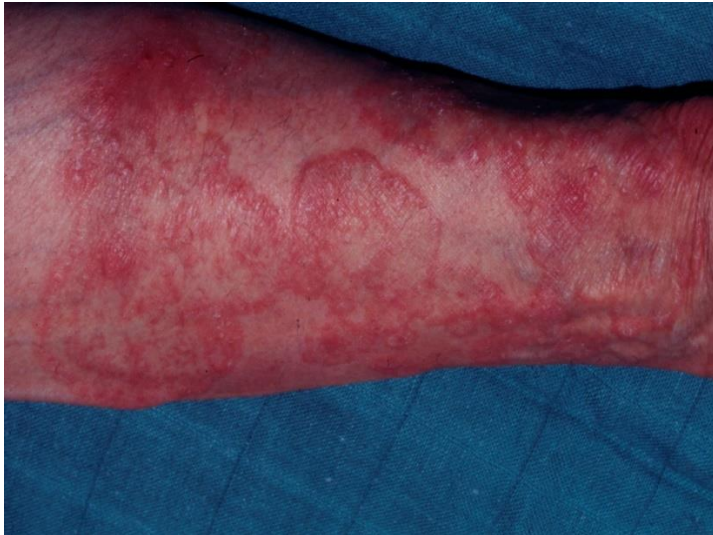
Eczéma chronique : Terrain prédisposant atopique. Difficile parfois de trancher pour les formes à type d'eczéma nummulaire (Figure 13) et les atteintes palmo-plantaires .

Figure 13



Dermatophyties de la peau glabre (Figure 14) : Prurit sévère, évolutivité des lésions sous dermocorticoïdes.

Figure 14



Lymphomes cutanés (Figure 15) : Biopsie au moindre doute.

Figure 15



Savoir diagnostiquer les formes cliniques articulaires du psoriasis.

rang B

Monoarthrite, oligoarthrite ou polyarthrite :

Ténosynovites associées : dactylites avec doigts en saucisse

Atteinte axiale proche cliniquement de celle de la spondylarthrite ankylosante et / ou atteinte périphérique associée proche de la polyarthrite rhumatoïde avec arthralgies inflammatoires (noctures), dérouillage matinal.

L'atteinte digitale (articulations inter phalangiennes distales) s'associe souvent à une atteinte unguéale.

Savoir reconnaître un psoriasis chez l'enfant.

rang B

Napkin psoriasis : chez le nourrisson. Lésions érythémato-squameuses du siège (sous les langes). (Figure 16).

Figure 16



Psoriasis en gouttes : chez le sujet jeune. Caractère souvent éruptif, avec retour à une peau normale entre les poussées. Éléments diffus de petite taille (gouttes) avec squames moins marquées que dans les formes en plaques (Figure 17). Poussées souvent précédées d'un épisode infectieux des voies aériennes supérieures (angine à streptocoque).

Figure 17





Connaître les principales pathologies associées au psoriasis.

rang A

Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique. De nombreuses comorbidités peuvent être associées, surtout dans les formes graves et étendues de la maladie. Leur dépistage systématique est indispensable avec la coopération d'autres spécialités.

Dépression et anxiété : en lien avec le caractère affichant de la dermatose, sa stigmatisation, les douleurs, le prurit, les crevasses, l'altération de la qualité de vie, le handicap social. Rechercher des addictions : alcool, tabac

Syndrome métabolique : obésité abdominale, diabète, HTA, dyslipémie.

Pathologies cardio-vasculaires : risque accru et dès le jeune âge.

Maladies inflammatoires du tube digestif

Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique du psoriasis.

rang B

Facteurs de gravité de la maladie : obésité, tabagisme, consommation excessive d'alcool

Traitements disponibles fonction de la gravité du psoriasis, du retentissement sur la qualité de vie, de l'existence ou non d'une atteinte articulaire, de la prise en compte des comorbidités.

Tous les traitements sont suspensifs, ne permettant pas la guérison du psoriasis qui est une dermatose chronique et récidivante, mais qui contrôlent les lésions en place et empêchent leur récurrence ou survenue ultérieure

Traitements locaux : toujours possibles seuls dans les formes peu étendues ou en complément des traitements généraux.

Dermocorticoïdes, analogues de la vitamine D topiques, combinaisons des deux. Connaître les règles de prescription et d'usage des dermocorticoïdes (voir item 330). Utiles aussi mais hors AMM les inhibiteurs de calcineurine en topique pour les lésions du visage.

Kératolytiques et émollients utiles en traitements adjuvants.

Traitements généraux :

Traitements systémiques conventionnels

Rétinoïdes : acitrétine. Faible efficacité. A éviter chez la femme en âge de procréer car programme de prévention de la grossesse en raison de sa tératogénicité (3 ans de contraception après l'arrêt du médicament).

Photothérapie (UVB TLO1 de préférence) : Cycles de 20 à 30 séances par an. Ne pas dépasser 200 séances dans la vie. Carcinogénicité cutanée à long terme. Attention aux médicaments phototoxiques.

Méthotrexate : Indiqué dans les formes cutanées et articulaires de la maladie en première intention. Tolérance hématologique et hépatique à suivre. Contraception indispensable.

Aprémilast : Indiqué dans les formes cutanées et articulaires de la maladie en seconde intention. Contraception indispensable

Ciclosporine : Indiqué dans les formes cutanées de la maladie. Toxicité rénale au long cours, ne pas dépasser 2 ans de prescription.

Biothérapies.

En seconde intention après échec, contre-indication ou intolérance à au moins deux traitements systémiques conventionnels. Bilan pré thérapeutique spécifique pour exclure les risques



infectieux (tuberculose..) et rediscuter le traitement selon les antécédents néoplasiques récents. Connaître les règles de prescription des biothérapies (voir item 202). Selon les molécules, activité attendue à la fois sur l'atteinte cutanée et articulaire.