

# Psoriasis

Tapio Rantanen

Cet article est une reproduction de la version en ligne des «EbM-Guidelines: Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis». <https://www.ebm-guidelines.ch>

## Généralités

Dans la population adulte des pays scandinaves et de l'Europe de l'Ouest, la prévalence du psoriasis est d'environ 2%. Les jeunes enfants sont rarement touchés. Il existe deux pics de début de la maladie, avec des causes génétiques différentes. La forme précoce de psoriasis se manifeste avant 40 ans et présente une prédisposition familiale ainsi qu'une évolution généralement plus sévère que la forme tardive. Le déclencheur de la forme précoce, en particulier pour le psoriasis en gouttes, est souvent une infection à streptocoques, tandis que la forme tardive est étroitement liée à des situations de stress psychique. Le surpoids, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque supplémentaires.

Le psoriasis est une maladie chronique, parfois très gênante sur le plan cosmétique, qui peut altérer l'image de soi et la qualité de vie des patients. Elle s'accompagne parfois d'états anxieux considérables et peut déclencher des réactions dépressives.

Le psoriasis est associé à un risque accru d'obésité, de diabète, de troubles du métabolisme lipidique, ainsi que d'hypertension et d'autres maladies cardiovasculaires. Elle est sous-diagnostiquée et sous-traitée.

## Tableau clinique

Le diagnostic du psoriasis se base sur le tableau clinique. Dans des cas spécifiques, une biopsie peut être utile. L'échantillon doit être prélevé au milieu d'une efflorescence non traitée au moyen d'un poinçon à biopsie de 4–6 mm.

Le *psoriasis en plaques* (psoriasis nummulaire, psoriasis vulgaire) constitue la forme la plus fréquente (90% de tous les cas). Les plaques caractéristiques sont symptomatiques et réparties de façon symétrique sur les coudes, les genoux, les jambes, la région lombaire et le cuir chevelu.

Les plaques sont des infiltrats agglomérés clairement délimités formant des plaques rouges d'un diamètre de pas moins de 0,5 cm. Les plaques sont couvertes d'une couche squameuse blanche argentée; l'épaisseur des

plaques diffère chez chaque patient et varie en fonction du traitement. Après l'élimination prudente du dernier dépôt squameux, des piquetés hémorragiques apparaissent (signe d'Auspitz). Le psoriasis en plaques peut se manifester sous forme de grandes plaques (psoriasis géographique = plaques de plus de 3 cm) ou de petites plaques (psoriasis en points/en gouttes = plaques de moins de 3 cm).

Lorsque les plaques sont localisées dans des zones où deux surfaces cutanées entrent en contact (sous la poitrine, région ombilicale, aine, pli anal, aisselles), la peau desquame rarement (psoriasis «des plis» ou psoriasis «inversé»).

Le *psoriasis en gouttes* se présente sous forme d'érythème étendu, qui survient typiquement chez les jeunes personnes à la suite d'une amygdalite à streptocoques. En règle générale, la guérison est spontanée, mais une nouvelle flambée de psoriasis en points peut survenir par la suite, ou le psoriasis peut évoluer en psoriasis en plaques.

Les *formes de psoriasis pustuleux* surviennent rarement. Parmi ces dernières figurent le psoriasis acral, le psoriasis palmo-plantaire, le psoriasis généralisé, ainsi que le psoriasis érythrodermique, qui touche l'ensemble de la surface cutanée.

Des altérations unguéales, telles que des ongles en dé à coudre, une «tache d'huile», une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéale et des dystrophies unguéales, s'observent; ces manifestations livrent des indications pour le diagnostic différentiel. Les manifestations de ce type sont en règle générale également observées en cas d'arthrite psoriasique.

## Diagnostic différentiel

### Cuir chevelu

En cas de *dermatite séborrhéique*, les squames sont plus minces et «huileuses», et la maladie répond mieux au traitement. Il peut être difficile de distinguer un eczéma séborrhéique d'un psoriasis si d'autres zones cutanées ne livrent pas d'informations supplémentaires. Les *infections fongiques* du cuir chevelu sont une rareté dans les pays occidentaux. La plupart du temps, ce sont les enfants qui sont touchés. Le diagnostic peut être exclu au moyen d'une culture fongique négative. La *névrodermite* du cou (lichen simplex nuchae) se caractérise par une plaque isolée prurigineuse couverte de fines squames.

### Zones de flexion avec contact entre deux surfaces cutanées

Une *dermatite séborrhéique* peut ressembler à un psoriasis au niveau des zones de flexion. La comparaison avec d'autres zones cutanées est utile. Il n'est toutefois pas toujours nécessaire de faire la distinction entre les deux maladies, car le traitement est le même.

Une *infection fongique* (Tinea) peut ressembler à un psoriasis; elle guérit toutefois habituellement en son centre et s'étend vers la périphérie. Le diagnostic est établi sur la base d'une culture fongique positive.

Une candidose au niveau des zones de flexion n'est pas fréquemment observée dans les groupes d'âge touchés par le psoriasis (c'est-à-dire chez les patients jeunes et ceux d'âge moyen). Elle se présente sous la forme d'une zone cutanée érythémateuse humide et de macération avec «éruptions satellites» environnantes. Le diagnostic de candidose peut être confirmé par une mise en culture.

L'*érythrasma* se caractérise par une lésion cutanée brune tachetée peu symptomatique. Les zones de prédilection sont les aisselles et les plis inguinaux. Il est provoqué par des corynébactéries. Sous rayons UVA de grande longueur d'onde (lampe de Wood), une fluorescence rose-coral des squames apparaît.

### Paume des mains, plante des pieds et pieds

Il peut être difficile de distinguer un *eczéma hyperkératosique* de la paume des mains et une *pustulose palmo-plantaire* d'un psoriasis. Examinez l'ensemble de la surface cutanée.

Une *infection fongique* survient en règle générale d'un seul côté et peut facilement être diagnostiquée à partir d'un bon échantillon à l'aide de la microscopie directe.

## Traitement

L'objectif du traitement est de minimiser les symptômes et d'améliorer la qualité de vie liée à la maladie. Il n'est pas nécessaire de traiter un psoriasis si le patient ne s'en trouve pas incommodé. Les options thérapeutiques actuellement disponibles permettent rarement d'obtenir une disparition des symptômes. Un psoriasis peut s'accompagner d'une anxiété ou d'une dépression, ainsi que d'autres maladies nécessitant une intervention.

Les options thérapeutiques actuellement disponibles sont listées dans le tableau 1. Les traitements sont répartis selon les catégories

Tableau 1: Classification des traitements du psoriasis.

	Traitements topiques	Photothérapies	Traitements systémiques
<b>Auto-traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produits de soin</li> <li>• Substances kératolytiques</li> <li>• Shampoings contre les squames</li> <li>• Hydrocortisone</li> <li>• Bandages occlusifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lumière naturelle du soleil</li> <li>• Appareil de rayonnement UVB pour une utilisation à domicile</li> </ul>	
<b>Médecin de famille/médecin de premier recours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analogues de la vitamine D3</li> <li>• Corticostéroïdes</li> <li>• Produits d'association</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Climatothérapie organisée (héliothérapie)</li> <li>• Photothérapie UV sélective (UVB)</li> </ul>	
<b>Dermatologue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dithranol = cignoline</li> <li>• (Tazarotène)*</li> <li>• (Goudron de houille)*</li> <li>• Inhibiteurs de la calcineurine*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UVB à large spectre</li> <li>• UVB à spectre étroit</li> <li>• PUVA, par voie topique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acitrétine</li> <li>• Méthotrexate</li> <li>• Ciclosporine</li> <li>• PUVA systémique</li> <li>• Médicaments biologiques</li> </ul>

\*= Indication qui n'est pas autorisée partout (dans certains pays, pas de remboursement par la caisse-maladie)

«traitement topique», «photothérapie» et «traitement systémique» et sont classés en fonction des différents niveaux de prise en charge médicale.

Le choix du traitement dépend:

- du sous-type de psoriasis et des répercussions sur la vie du patient;
- de l'ampleur, de la sévérité et de la localisation des lésions;
- de la disponibilité, de la faisabilité et des coûts des options thérapeutiques;
- de l'âge du patient et de sa situation de vie, de la réponse aux précédentes tentatives de traitement, ainsi que des éventuelles comorbidités.

Le psoriasis est une affection chronique. Le traitement aigu doit donc être complété par un plan thérapeutique à long terme.

Il convient également de prêter attention aux maladies et risques qui sont associés au psoriasis (par ex. syndrome métabolique et troubles associés), ainsi qu'aux habitudes de vie ayant des répercussions défavorables sur le psoriasis (consommation d'alcool, tabagisme). Le risque cardiovasculaire global doit être évalué de temps en temps (par ex. au moyen du calculateur de risque ARRIBA ou du SCORE Risk Chart), du moins chez les patients sous photothérapie ou traitement médicamenteux systémique, ainsi que chez les patients de plus de 40 ans.

### Traitement topique

Pour le médecin généraliste, le traitement topique est la principale option parmi les options thérapeutiques disponibles; il est dans la plupart des cas suffisant pour la prise en charge du psoriasis. Les pommades et crèmes renforcent probablement l'effet des autres formes de traitement.

### Psoriasis en plaques

Lorsque les lésions sont couvertes d'une épaisse couche de squames, il est pertinent de commencer le traitement par une élimination des

squames. Les préparations à base d'acide salicylique (5%) sont disponibles sans ordonnance et doivent être appliquées pendant quelques jours. Les squames ne doivent en aucun cas être éliminées en grattant ou en frottant.

Les préparations de soin peuvent être utilisées de façon concomitante aux autres traitements ou en tant que traitement consécutif. Dans les cas très légers, l'utilisation de ces préparations à elles seules peut suffire.

Les préparations topiques à base de vitamine D et analogues (calcitriol et calcipotriol) sont efficaces et sûres pour une utilisation à long terme dans le cadre d'un psoriasis en plaques. Des réactions cutanées locales peuvent survenir. La nécessité d'appliquer la préparation de façon régulière 2x par jour peut être une cause d'échec du traitement topique par vitamine D. En outre, le patient ne répond au traitement qu'après 4–6 semaines d'utilisation. Il s'agit de la forme de traitement la plus sûre et la plus recommandée, mais seuls quelques rares patients pensent être en mesure d'appliquer la préparation de façon régulière au long terme.

Les corticoïdes topiques (puissants à très puissants, c'est-à-dire principes actifs des classes III–IV) se distinguent par un début d'action rapide et ils soulagent également le prurit, présent chez environ 70% des patients. Ils doivent initialement être employés de façon continue pendant 2–4 semaines, puis être réduits lentement. Une interruption abrupte doit être évitée, car elle conduit à une réapparition précoce des symptômes. Les effets indésirables connus doivent être minimisés par le biais de contrôles suffisants.

Les pommades associant du calcipotriol et du dipropionate de bétaméthasone sont le traitement le plus rapide et le plus efficace pour le psoriasis en plaques. Une utilisation 1x par jour est suffisante. La phase de traitement initiale dure 4 semaines, puis l'un des traitements d'entretien suivant devrait être suivi:

- calcipotriol au long terme 1 ou 2 fois par jour;
- calcipotriol pendant la semaine et pommade d'association pendant les week-ends ou
- pommade d'association au besoin (dans une étude de 52 semaines, 4,8% des patients ont développé des effets indésirables induits par les corticoïdes).
- Il a été montré que les bandages occlusifs seuls, sans médicaments supplémentaires, sont efficaces en cas de psoriasis en plaques circonscrit. Ils peuvent accroître l'efficacité des corticostéroïdes et des préparations à base de calcipotriol, en particulier dans le cadre du traitement des plaques persistantes isolées.

### Psoriasis en plaques sur des zones spécifiques

*Le psoriasis du cuir chevelu* est traité par shampoings fréquents. Lorsque cela est nécessaire, une exfoliation peut initialement être réalisée avec de l'acide salicylique, puis une solution de corticostéroïdes ou une préparation combinée est appliquée. Les squames empêchent la pénétration des principes actifs. L'acide salicylique est souvent utilisé sous forme de mixture à 5-10% (mélangée en pharmacie) dans une crème, avec de l'huile de ricin, ou avec une base pour pommade avec du macrogol.

*Le psoriasis du visage* peut être traité avec des préparations de corticostéroïdes de puissance modérée, ou par pimécrolimus et tacrolimus.

*Le psoriasis dans les zones de flexion* (c.-à-d. au niveau des plis cutanés) peut être traité avec les mêmes préparations que celles qui sont utilisées pour le visage. Certains patients appliquent également des préparations à base de vitamine D dans les plis.

Le traitement du *psoriasis palmo-plantaire* fait appel aux médicaments mentionnés ci-dessus pour le traitement du psoriasis en plaques. Contre l'hyperkératose, l'acide salicylique peut

être mélangé pour arriver jusqu'à une concentration de 20%. Dans les cas sévères, de l'acitrétine systémique peut être prescrite.

### Psoriasis en gouttes

Lorsque le psoriasis en gouttes n'est pas très étendu, il est possible d'utiliser le traitement topique du psoriasis en plaques décrit plus haut et notamment les corticostéroïdes topiques. La photothérapie UVB est le traitement de choix en cas de psoriasis en gouttes étendu.

### Psoriasis pustuleux et psoriasis érythrodermique

Le traitement consiste principalement en l'administration de médicaments systémiques, qui peut être complétée par des produits de soin et des corticostéroïdes topiques.

## Photothérapie

Chez les patients atteints de psoriasis en gouttes ou psoriasis en plaques étendu, qui tolèrent bien l'exposition au soleil et bronzent facilement, il est possible de recourir à la photothérapie. Les médicaments photosensibilisants peuvent constituer une contre-indication à la photothérapie. Une exposition à la lumière naturelle du soleil conduit à un soulagement du psoriasis. Pour être efficace, l'exposition à la lumière du soleil doit se faire quotidiennement pendant 3 semaines.

L'héliothérapie (climatothérapie) organisée est une option thérapeutique efficace mais relativement coûteuse en raison des jours de travail perdus. Sous certaines conditions, la caisse-maladie prend en charge les coûts de l'héliothérapie. Le catalogue des prestations des différentes caisses d'assurance-maladie est variable.

Rayonnement UVB (UVB-thérapie). Le médecin prescripteur doit connaître le type de peau du

patient, ainsi que le spectre de rayonnement et l'intensité de rayonnement de l'appareil de photothérapie. Si le patient a bien répondu à la photothérapie, le médecin généraliste peut programmer de nouvelles séances. La photothérapie UVB à large spectre classique est efficace en cas de psoriasis en gouttes et de psoriasis en plaques léger. Le traitement n'est pas associé à un risque accru de carcinome.

Un appareil de photothérapie peut éventuellement être installé au domicile du patient. Il s'agirait d'une option thérapeutique très peu coûteuse.

La photothérapie UVB à spectre étroit (311–313 nm) est plus efficace que le traitement à large spectre et constitue la photothérapie de choix en cas de psoriasis. De nombreux centres de traitement ont remplacé leurs anciens appareils à large spectre par de nouveaux appareils à spectre étroit.

L'efficacité du traitement est équivalente ou supérieure à la balnéo-PUVA-thérapie (avec utilisation de psoralènes topiques).

Les données disponibles concernant les risques en cas de traitement à long terme sont encore insuffisantes.

Dans le cadre de la PUVA-thérapie (association de psoralène et UVA), la peau du patient est sensibilisée à la lumière avec un psoralène; ce dernier est soit appliqué par voie topique (balnéo-PUVA ou crème PUVA) soit administré par voie orale (PUVA-thérapie orale). Aujourd'hui, la PUVA-thérapie est plus rarement utilisée, l'indication est posée par le spécialiste.

### Traitement médicamenteux systémique

En cas de psoriasis sévère, de l'acitrétine, du méthotrexate ou de la ciclosporine peuvent être prescrits par le dermatologue. Le méthotrexate est le médicament le mieux adapté

pour le traitement à long terme. En parallèle, il réduit également le risque cardiovasculaire des patients touchés.

Les médicaments biologiques peuvent être envisagés pour le traitement d'un psoriasis modéré à sévère, ou lorsque d'autres options thérapeutiques ne sont pas efficaces, sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérées. L'ustékinumab est autorisé pour le traitement du psoriasis cutané; l'étaanercept et l'infliximab sont autorisés aussi bien pour la forme cutanée que pour l'arthrite psoriasique (les indications autorisées peuvent varier d'un pays à l'autre, les indications citées sont valables pour l'Autriche).<sup>1</sup>

L'utilisation de médicaments biologiques est associée à de nombreux risques auxquels il convient de veiller, notamment:

- progression rapide, forme d'évolution sévère et présentation atypique d'infections bactériennes banales;
- activation d'une tuberculose latente, souvent en tant que tuberculose miliaire ou de présentation atypique;
- infections opportunistes.

### Orientation vers le spécialiste

Les enfants atteints de psoriasis et les patients psoriasiques ne répondant pas au traitement classique doivent être adressés à un dermatologue. Un dermatologue expérimenté peut être plus utile qu'une biopsie cutanée pour le diagnostic d'un psoriasis incertain. En cas de suspicion d'utilisation excessive des corticostéroïdes.

<sup>1</sup> En Suisse, l'ustékinumab est autorisé pour le traitement du psoriasis en plaques et de l'arthrite psoriasique.