

PSORIASIS

Nouveau traitement :

<http://psychologie-sante.tn/nouveau-medicament-pour-soigner-le-psoriasis/>

Dermatose érythémato-squameuse

Evolution chronique

Cause inconnue

2% de la population

PHYSIOPATHOLOGIE

Dermatose inflammatoire traduisant une anomalie de régulation de l'épiderme

- Hyperprolifération et différenciation anormale des kératinocytes
- Activation du système immunitaire cutané (maladie auto-immune cutanée, anomalie concerne T lymphocytes activés par les Ag)

Multifactorielle

- Facteurs génétiques (30% des cas sont familiaux)
- Facteurs d'environnement : infectieux (bact, viraux) , médicaments déclenchants la maladie ou les poussée, stress.

PSORIASIS/ASPECTS CLINIQUES

I – PSORIASIS VULGAIRE

Le plus fréquent :

- Plaque érythémato-squameuse bien limitée, arrondie; ovalaire ou polycyclique
érythème rosé, pfs rouge vif, déborde les squames
squames blanches, sèches, épaisseur variable
- Grattage méthodique : blanchiment, signe de la tache de bougie),
pellicule decollable, puis signe de la rosée sanglante

➤ Pas de prurit (théorique, en fait prurit possible)

➤ Topographie :

sites électifs : convexités ++ (4 grandes bialisations)

- face extension des av bras, coudes / genoux

- cuir chevelu

- lombes, région sacrée (lombo-sacrée)

tous les sites peuvent être atteints

visage rare

➤ Signe de Köbner

* FORMES TOPOGRAPHIQUES

1) Pso des plis (psoriasis “inversé”)

Intertrigo chronique

→ plis inter-fessiers, inguinaux, sous-mammaires

ombilic

plus rarement plis inter-digito-plantaires, creux axillaires

→ plaque érythémateuse, rouge vif

non squameuse

bien limitée

2) Pso du cuir chevelu

plaques ou casque squameux

squames sèches qui n'engluent pas les cheveux

pas d'alopécie

localisation occipitale fréquente

dg différentiel : dermite séborrhéique (DS)

3) Pso du visage

zones séborrhéiques (ailes du nez, sourcils, lisière du cuir chevelu)

(aussi dg \neq DS)

4) Pso palmo-plantaire

- * Kéatodermie palmo-plantaire en ilots ou diffuse
- * Pulpite sèche
- * Psoriasis palmo-plantaire pustuleux (pustules jaunâtres évoluant par poussées, assez fréquent, rebelle, d'évo chronique)

5) Psoriasis des ongles

30 à 50 % (→ aide au dg)

pfs atteinte isolée

- * Ongles en dé à coudre
- * Onycholyse bordée d'une zone jaune
- * Hyperkératose sous-unguéale

6) Pso des muqueuses

gland : macules érythémateuses bien limitées non squameuses
dg difficile si localisation isolée

langue géographique

II – FORMES GRAVES

❖ PSO PUSTULEUX GENERALISE

Forme érythrodermique grave : type Von ZUMBUSCH

Exceptionnel

Survenue brutale

Fièvre à 40°C état pseudo-septique AE6 myalgies, arthralgies
érythème généralisé, oedémateux

petites pustules, blanc-jaunes

favorisé par corticothérapie générale, AINS, aspirine...

Dg différentiel des pustuloses microbiennes

❖ PSO ERYTHRODERMIQUES

svt pso déjà installé, parfois révélateur

homme rouge de Hallopeau

érythème et œdème étendu à tout le corps

squam

AEG fièvre possible

complications infectieuses, tr thermorégulation et hydroélectrolytiques

dg ≠ ① autres causes d'érythrodermie (eczéma, toxidermies, lymphomes...)

② pso généralisé « universalis »

(lésion de pso reconnaissable persiste espace de peau saine)

❖ PSO ARTHROPATIQUE

Rhumatisme psoriasique chez 20% des patients

- ❖ 90 % arthrite chez pso connu, le plus souvent après 40 ans (rare chez les enfants), mono oligo arthrite
- ❖ 10 % précèdent le pso cutané

→ Forme périphérique : aspect proche de de polyarthrite rhumatoïde mais atteinte IPD

facteur rhumatoïde négatif

→ Forme axiale : proche de spondylarthrite ankylosante
atteinte vertébrale

III – FORMES PARTICULIERES

❖ PSORIASIS EN GOUTTES

Svt enfant

Après une infection (angine streptococcique)

Aigu

Multiples petits éléments, qq mm à 1 cm

Érythémato-squameux

Regresse → reste aux localisations habituelles

❖ PSORIASIS DE L'ENFANT

→ pso en gouttes le + typique

→ nourrisson : psoriasis des langes ou NAPKIN PSORIASIS

nappe rouge foncée bien limitée

plis et convexités, en culotte

vers 3 mois, peu influencée par les tt locaux

dg \neq dermite séborrhéique

candidose

dg \oplus : évolution

* PSO ET VIH

VIH aggrave ou fait apparaître le psoriasis

sérologie VIH si sujet à risque et pso résistant

IV – EVOLUTION

Début à tout âge svt ado ou adulte jeune
chronique

évolution par poussées : - imprévisibles

- disparition des lésions sans trace ou
cicatrice

achromique ou pigmentée

- entre poussée : persistance possible aux
zones bastions « coudes, genoux »

- facteurs favorisants : stress ; infections ;
médicaments AINS ; corticoïdes

β -bloqueurs, lithium

- VIH

Différentes formes

- pso en rémission
- pso stables
- pso évolutifs, psoriasis graves

Complications :

surinfection peu fc : staphylo, candida (plis)

eczématisation : médicaments locaux

Peut altérer la qualité de vie

DIAGNOSTIC

I – DIAGNOSTIC POSITIF

- * surtout Clinique ++

 - aspects des lésions

 - poussées

 - chronique

 - ATCD familiaux

- * Histologie rarement utile

 - hyperkératose avec parakératose : persistance des noyaux dans couche cornée

 - hyperacanthose : épaissement et allongement des crêtes épidermiques

→ micro abcès de MUNRO-SABOURAUD
polynucléaires dans région sous cornée

→ infiltrat inflammatoire dans derme lymphocytes T CD4

II – DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Forme typique : pas de dg ≠
- dermite séborrhéique (visage)
- psoriasis des plis avec intertrigos bactériens, mycosiques
- eczématides psoriasiformes, eczéma nummulaire
- Pityriasis rosé de Gibert : éruption de taches rosées et médaillon
tronc et membres. Régresse en 6 semaines
(-pityriasis rubra pilaris, rare)
- syphilis secondaire
- pb dg formes erythrodermiques (autres étiologies : médicaments,
lymphomes..)

TRAITEMENT : METHODES

→ Traitement locaux

- **émollients**

Tt d'appoint, diminuent le prurit

- **kératolytiques**

Décapages de squames

Acide salicylique VASELINE salicylée de 1 à 10 % (Contre indiqué chez l'enfant)

urée

- **dermocorticoïdes**

Anti inflammatoire et antiprolifératif, immunosuppresseur

le plus souvent : Classe forte (ex Diprosone•, Betneval•),
classe modérée (Tridesonit• visage, enfant),
classe très forte (Dermoval•)

Tt d'attaque 1 fois par jour puis espacer et/ou diminuer de classe en
entretien, crème (le +) pommades, lotions, film bioadhésif ex betesil)

Effets indésirables :

- locaux ++ (atrophie cutanée et purpura, vergetures, erythrose, surinfection fc au niveau des plis...)
- systémiques (enfant)

- **dérivés de la vitamine D**

Diminution de la prolifération kératinocytaire

Action synergique avec les dermocorticoïdes, les rétinoïdes, la PUVA

Effets secondaires : irritation, risques d'hypercalcémie

Contre-indications : hypercalcémie

DAIVONEX* crème, pommade, lotion (calcipotriol)

Maximum 100 grammes par semaine (tubes de 30 et 100 grammes)

Ne pas dépasser 40 % de la surface corporelle (2X/jour)

- APSOR* (tacalcitol) pommade tube de 15 et 60 g

Maximum 50 g par semaine (1X/jour)

- association **dérivés de la vitamine D + dermocorticoïdes**
(ex : **DAIVOBET***)

• • **Tazarotène** : ZORAC* (effet de type rétinoïde local)

Maximum 10 % de surface corporelle

Effets secondaires : irritation

Contre-indications : femme enceinte, grossesse envisagée

(•**Caryolysine*** moutarde à l'azote, antimétabolite local : rarement utilisé)

Nouveau traitement :

<http://psychologie-sante.tn/nouveau-medicament-pour-soigner-le-psoriasis/>

→ **Traitement général**

- **PUVAthérapie ou UV B thérapie**

Immunorégulateur et antiprolifératif

- PUVA (P=psoralène ex : méladinine*, photosensibilisant per os, 2 heures avant les séances d'UV de type A). 20 séances (3/semaine)

Pso en plaques étendu à > 30% de surface corporelle

Association possible aux rétinoïdes

Effets secondaires : hépatotoxicité, phototoxicité, intol TD, cataractes, vieillissement cutané, K cutanés à long terme d'où limitation totale du nombre de Joules et de séances par an et pour la vie : 30 séances par an et 200 par vie. En moyenne cures de 20 à 30 séances (2 à 3 séances par semaine)

CI absolues : ATCD de mélanome, lupus systémique...

CI relatives : age <16 ans, ATCD de K cutané, atteinte OPH, insu rénale, hépatique

Av tt : avis OPH, biol foie rein, cli

- UVB conventionnels ou TLO1

Sans psoralènes

Mêmes CI que les UVA

- **RETINOIDES**

Diminution du turn over épidermique et régule différenciation

- ACITRETINE, Soriatane* gelules 10 et 25 mg

tt des formes sévères de pso

Dose initiale de 25 mg/jour et adapter après 15 jours par palier de 10 mg

Effets secondaires :

Tératogène+++

Cutaneo-muqueux (sécheresse++, apolécie)

Asthénie

Cytolyse hépatique

Augmentation du cholestérol et TG dans 25% des cas

HTIC si associé aux cyclines

Pb développement osseux chez l'enfant

Contre indications

Grossesse,

Femme en âge de procréer (possible avec contraception un mois avant et 2 ans après le tt)

Insu rein, hépatique, hyperlipidémie, hyper vit A

Surveillance

Bilan hépatique tous les 15 jours x 2 mois puis tous les 3 mois,

Bilan lipidique

Interactions médicamenteuses

Test de grossesse avant le tt

- **METHOTREXATE (Novatrex* cp à 2.5 mg) (antimitotique, indication habituelle chimio K)**

Pso sup à 50% de la surface corporelle et résistant aux tt classiques (PUVA et rétinoïdes), pso erythrodermique, éventuel pso pustuleux, éviter avant 50 ans

7 à 25 mg par semaine en 3 prises à 12 heures d'intervalle

CI : insu respi chronique, insu rein, insu hépa, infection, grossesse, K, alcoolisme sévère

Effet indésirables : tératogène, infections, pneumopathie interstitielle (alerte=toux), atteinte hépatique transa, rare = fibrose et cirrhose, hémato, ulcérations cutanes...PBH selon doses cumulées et autres facteurs de risques

Surveillance : NFS PI toutes les 7j x 3 mois puis une fois par mois, bilan hépatique et renal une fois par mois

- **CICLOSPORINE (Sandimmun• ou Néoral*)**

immunosuppresseur (indication habituelle prévention rejet greffe organe)

formes étendues et sévères de pso après échecs, intol ou CI des tt classiques (PUVA, rétinoïdes, Méthotrexate)

ou 2,5 à 5 mg/kg par jour

effets secondaires :

insu rénale et HTA+++ , K, Infection, ei Cutanés

contre indications :

insu rein, HTA, K, infections, grossesse

surveillance : Foie, rein, TA

ENBREL* Etanercept anti TNF alpha

- Psoriasis cutané : médié par des molécules pro-inflammatoires contrôlées par le TNF alpha
- **anti TNF alpha**, récepteur soluble recombinant du TNF alpha
- Inhibe de façon compétitive la liaison du TNF alpha à ses récepteurs de surface : bloque les réponses cellulaires médiées par le TNF alpha
- **AMM: psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte**, en cas d'échec, de CI ou d'intolérance aux autres traitements systémiques y compris la ciclosporine, le méthotrexate ou la PUVAthérapie
- Conditions de mise sous traitement : psoriasis en plaques chroniques graves, après échecs (non réponse, intolérance ou CI) d'au moins 2 tt systémiques parmi : photothérapie, méthotrexate, ciclosporine
- et >30% Surface corporelle ou retentissement psychosocial important

ENBREL* Etanercept

- Traitement mis en œuvre par un médecin rhumato, médecine interne, pédiatrie, dermato

- **prescription initiale hospitalière**

- dose 25 mg sous cutané 2X/semaines en sous cutané (voir 50 mg 2X/semaine) pendant 12 S puis 25 mg 2X pdt 12S nouvelle forme : 1 X/semaine en 2008

coût : 573 euros/1 à 2 semaines

traitement 12 semaines à poursuivre si bon ou amélioré

- PASI 75 : 40% à 12 semaines (50% si 50mg)

- contraception nécessaire, pas vaccins vivants

CI : HS, septicémie ou risques, infection même chronique localisée

prudence : diabète mal équilibré, affection démyélinisant, insu cœur,
pas associer à anakinra

Bilan préthérapeutique minimum : interrogatoire, examen clinique, NFS Pl, EPP, BH, sérologies hépatites, AAN, RP++, IDR 5UI+++

Suivi : clinique++, hémogramme et adapté

ENBREL* Etanercept

- effets indésirables :
 - très fc (>1/10) : infections : bronchites, cystites, infections cutanées, réactions au site d'injection,
- - fc (1/10-1/100) : fièvre, prurit, réactions allergiques
- - peu fc : infections graves (cellulites, pneumonies, septicémie), thrombocytopénie, agioèdème, urticaire, éruption cutanée,
- - rares : tuberculose, anémie, leucopénie, pancytopénie, convulsion, démyélinisation, vascularité, linfec graves : bactéries, mycoses, mycobact, virales...
- arrêt traitement : infection grave, signes hémato, allergie graves, contact varicelle, inefficacité 3 mois

RAPTIVA* Efalizumab

- Anticorps monoclonal **anti-CD11a**
- AMM : **patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère chronique**, qui n'ont pas répondu, sont intolérants ou présentent une CI à d'autres traitements systémiques tels la ciclosporine, le méthotrexate ou la PUVAthérapie

Conditions de mise sous traitement : psoriasis en plaques chroniques graves, après échecs (non réponse, intolérance ou CI) d'au moins 2 tt systémiques parmi : photothérapie, méthotrexate, cyclosporine et >30% Surface corporelle ou retentissement psychosocial important

- CD11a appartient à la molécule d'adhésion LFA1 présente à la surface des lymphocytes
- et se lie à ICAM1 exprimé à la surface des cellules endothéliales et kératinocytes des plaques de pso
- Elle permet la sensibilisation des LT naïfs, la migration des LT sensibilisés et la réactivation ultérieure de ces LT.

RAPTIVA* Efalizumab

- Traitement mis en œuvre par un médecin spécialisé en dermatologie, **prescription initiale hospitalière (6mois).**
- Dose initiale 0,7 mg/kg puis hebdomadaire de 1mg:kg en sous cutané
- Traitement 12 semaines à poursuivre si bon ou amélioré
- PASI 75 : 30% à 12 semaines PASI 50 : (amélioration de 75 % du score PASI)
- contraception nécessaire, pas vaccins (voir notice)
- CI : HS, ATCD d affections M, tuberculose active, infections graves, immunodéprimé, psoriasis en gouttes, pustuleux ou érythrodermique.

RAPTIVA* Efalizumab

- effets indésirables :
 - très fc (>1/10) :
syndromes pseudo grippal,
hyperleucocytose et lymphocytose
 - fc (1/10-1/100) :
pso, arthralgie (poussée), HS, ALAT, PA
 - peu fc : thrombocytopénie (NFP1/mois), urticaire, réac site injection
- infec graves : cellulites, pneumonies, septicémie
affection maligne : pas des les études actuelles/placebo mais?

AUTRES BIOTHERAPIES (France)

Anti TNF

-REMICADE Infliximab* en perfusion

-HIMURA Adalimumab sous cutanée espacé (en cours de remboursement)

TRAITEMENT : INDICATIONS

Pas de schéma standardisé

Maladie bénigne mais chronique

Pas de tt définitif

Evo svt imprévisible

Age, retentissement psychol, topographie, surface, forme clinique, tt antérieurs

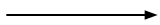
TT d'attaque puis d'entretien

PSORIASIS EN PLAQUES

————→ **Formes localisées (jusqu'à 30 % de la surface corporelle)**

- dermocorticoïdes (+++plis et cuir chevelu)
- dérivés de la vitamine D
- les 2 associés ou en alternance ou relais
- associés au début si nécessaire à kératolytiques
- associés aux émoullients en appoint

Formes étendues à plus de 30 % de surface corporelle



- PUVA ou UVB thérapie
- rétinoïdes
- RE-PUVA (les 2)
- association parfois à tt local
- et émoullients

Formes étendues résistantes au tt classiques (rétinoïdes ou UV)

- Méthotrexate ou ciclosporine
- tt par cures alternées de 4 à 6 mois pour limiter les effets indésirables:
PUVA, rétinoïdes, mééthotrexate, ciclosporine

→ psoriasis en plaques chroniques graves, après échecs (non réponse, intolérance ou CI) d'au moins 2 tt systémiques parmi :
photothérapie, méthotrexate, cyclosporine >30% Surface corporelle ou retentissement psychosocial important

ENBREL* ou RAPTIVA*

FORME CLINIQUES

Psoriasis érythrodermique :

Dermocorticoides puis rétinoïdes

Psoriasis pustuleux :

Tt de choix des rétinoïdes (fortes doses)

Pso (en gouttes) de l'enfant :

Émoullients, dermocorticoides, devirés Vit D, +-AB t court si en gouttes (f
sévères : rétinoïdes ou PUVA)

Pso palmoplantaire :

Résistant : tt locaux, si echec : rétinoïdes ou UV (locaux si possibles)
ou les 2

PSORIASIS : POINTS CLES

- Dermatose érythémato-squameuse chronique , fc
- localisations caractéristiques : coudes, genoux, région lombosacrée, cuir chevelu, ongles
- Existe des formes graves : érythrodermiques, rhumatisme pso, psoriasis pustuleux
- but du tt symptomatique : soulager, ramener la dermatose à un niveau lésionnel acceptable
- traitement souvent uniquement local
- photothérapie très efficace dans formes étendues
- autres tt systémiques: exceptionnels avec surveillance++
- acitrétine chez la femme : adhésion à règles strictes de contraception



