

Item114-Psoriasis

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un psoriasis. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Précautions MTX / AFSAPPS / 2011 - Gestion du risque tératogène acitrétine / ANSM / 2012 - Polycopié National Rhumatologie 2011 -	- Plaques érythémato-squameuses - Limites nettes / arrondis / flexions - Formes graves et topographiques (3) - Evolution chronique paroxystique - Hyperkératose en cas de biopsie - Dermocorticoïdes /analogues Vit.D3 - Photothérapie si étendu (!! CI/ES) - Traitement général: MTX / rétinoïdes / bioT	- Ex. corps entier / dénudé - Facteur déclenchant (R/E) - Rhumatisme psoriasique - AUCUN ex. paraclinique - Bilan pré-thérapeutique - Soutien psychologique - Photothérapie = cancer

Généralités

Définition

- Psoriasis = dermatose érythémato-squameuse chronique d'évolution paroxystique
- **Remarque: rhumatisme psoriasique**
 - Rhumatisme inflammatoire chronique appartenant aux spondylarthropathies
 - Associe une atteinte axiale et/ou périphérique entésopathique (cf [Spondylarthrite inflammatoire.](#))

Epidémiologie

- Prévalence = **2%** de la population générale / pic de fréquence = 30-50ans
- **Pathologies associés**
 - Syndrome **métabolique**: association entre psoriasis et RCV (cf [Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.](#))
 - Tabac / alcool: facteurs de résistance et d'aggravation +++

Physiopathologie

- Lésions = hyperprolifération kératinocytaire + réaction inflammatoire complexe
- **Facteurs génétiques**: cf 30% de formes familiales / association avec HLA DR7
- **Facteurs environnementaux**: cf amélioration au soleil / aggravation si stress...
- **Facteurs déclenchant des poussées +++**
 - Prise médicamenteuses: BB- / Lithium / IEC / AINS / IFN / corticoïdes
 - Prise d'alcool / de toxiques / tabagisme important
 - Facteurs psychologiques / stress ou trauma
 - Infections (VIH, angine SGA, toute autre infection)
 - Traumatisme cutané (grattage, érythème solaire): phénomène de Koebner

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd familiaux / terrain auto-immun / atcd de poussées
 - **Anamnèse**: rechercher **facteur déclenchant** +++ (**A savoir !**)
- **Examen physique (psoriasis vulgaire)**
 - !! Examen **corps entier** / sur patient dénudé / +/- photographies (**A savoir !**)
 - **Lésion élémentaire**
 - Plaque **érythémato-squameuse** / arrondie / à **limites nettes**

- Squames secs superficiels / érythème sous-jacent
- Inconstamment prurigineux (50% des patients / formes inflammatoires)
- Signe de la « tâche de bougie » = blanchiment au grattage
- Signe de la « rosée sanglante » = gouttelettes hémorragiques si desquamation
- Topographie
 - Coude et genou ++ / lombosacré / grossièrement symétrique
 - Cuir chevelu / !! épargne le visage (≠ dermatite séborrhéique)
 - Taille variable des lésions: « en plaque » ++ / en goutte / punctiforme

Formes cliniques

- Formes topographiques
 - Psoriasis du cuir chevelu
 - Plaques érythémato-squameuses circonscrites et bien limités
 - !! Non alopeciant: cheveux persistent au-dessus des plaques
 - Psoriasis unguéal
 - Lésions punctiformes en « dé à coudre » très caractéristiques
 - Forme fréquente: associé à ~ 50% des psoriasis vulgaires
 - Psoriasis des plis (« psoriasis inversé »)
 - Plaque rouge vif / brillante / !! peu ou pas squameuse
 - A limites nettes (diagnostic différentiel avec dermatophytie)
 - Atteinte des grands plis (inter-fessiers / inguinaux) / ombilic
- Formes graves
 - Rhumatisme psoriasique
 - !! Associé à 20% des psoriasis cutanés: à toujours rechercher (**A savoir !**)
 - Atteinte périphérique (+++)
 - Oligoarthritis asymétrique: « doigts ou orteil en saucisse » (dactylite)
 - Atteinte des IPD (≠ PR) / parfois mono-arthritis inaugurale (genou ++)
 - Enthésopathie: talalgies / mise en extension des tendons douloureuse
 - Atteinte axiale
 - Atteinte sacro-iliaque asymétrique / peu symptomatique
 - Raideur rachidienne d'horaires inflammatoire en cervical et dorsal
 - Psoriasis pustuleux
 - palmo-plantaire
 - Pustules jaunâtres au niveau de mains / handicap fonctionnel ++
 - généralisé (de Zumbusch)
 - Signes généraux: fièvre élevée / AEG brutale
 - Erythème généralisé avec pustules **aseptiques** confluentes
 - Desquamation scarlatiniforme à la disparition de l'hyperthermie
 - Erythrodermie psoriasique
 - Signes généraux: fièvre et AEG / ADP
 - Erythème généralisé sans intervalle de peau saine (> 90% du tégument) +++
 - Desquamation en « lambeaux » / complications: déshydratation / infections

Examens complémentaires

- Si forme cutanée isolée (psoriasis vulgaire)
 - AUCUN: le diagnostic positif est clinique +++ (**A savoir !**)
 - Biopsie cutanée inutile et non spécifique / montrerait:
 - **Hyperkératose** parakératosique avec amas de PNN
 - Infiltrat inflammatoire du derme avec papilles oedémateuses
 - Associés: agranulose / papillomatose / acanthose
- Si rhumatisme psoriasique
 - Radiographies standards
 - Rhumatisme axial
 - sacro-iliite asymétrique (≠ SPA: cf **Spondylarthrite inflammatoire.**)
 - ankylose rachidienne avec syndesmophytes grossiers
 - Rhumatisme périphérique: avec coexistence de lésions
 - **destructrices**: ostéolyse / érosion centripète en « pointe de crayon »
 - **reconstructrices**: appositions périostées / ostéophytes « grossiers »
 - Bilan biologique
 - Rhumatisme axial
 - Syndrome inflammatoire biologique non spécifique
 - HLA B27: retrouvé dans 60% des cas
 - Rhumatisme périphérique
 - Syndrome inflammatoire / !! non associé au HLA B27
 - **Éliminer** une polyarthrite rhumatoïde: FR et Ac anti-CCP (**A savoir !**)

- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Pour la photothérapie (A savoir !)
 - Détermination du phototype
 - Bilan rénal et hépatique +/- hCG si femme
 - Examen ophtalmologique (cf cataracte)
 - Recherche de lésions suspecte de cancer cutané
 - Pour traitement général
 - Bilan rénal / hépatique / lipidique si rétinopathie
 - hCG plasmatiques pour toute femme en âge de procréer + + +
- Diagnostics différentiels
- du psoriasis cutané = dermatoses squameuses
 - Dermatophytie (peau glabre): cf Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant
 - Eczéma (nummulaire): cf Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopique et de contact
 - Dermatite séborrhéique: visage non atteint dans psoriasis (cf Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique)
- du rhumatisme psoriasique
 - Polyarthrite rhumatoïde + + + : IPD préservés / FR positif (cf Polyarthrite rhumatoïde.)
 - Autres spondylarthropathies: spondylarthrite ankylosante (cf Spondylarthrite inflammatoire.)

Evolution

Histoire naturelle

- Dermatose chronique / non curable / A VIE
- Evolution paroxystique / par poussées / imprévisibles et durée variable
- Facteurs déclenchant des poussées (5) (A savoir !)
 - Prise d'alcool ou tabagisme
 - Prises médicamenteuses: BB- / Lithium / IEC / AINS / IFN / corticoïdes
 - Facteurs psychologiques / stress ou émotions / fatigue
 - Traumatisme cutané (grattage, érythème solaire) = phénomène de Koebner
 - Infections (rhino-pharyngite ou angine à streptocoque)
 - Remarque: exposition solaire = facteur protecteur / améliorant

Complications

- Surinfections: bactériennes / candidosique (psoriasis des plis)
- Eczématisation: à évoquer sur lésions suintantes / prurit important
- Retentissement socio-psychologique + + + : à ne pas sous-estimer !

Pronostic

- Pathologie fréquente / bénigne / non contagieuse
- En cas de forme cutanée isolée: préjudice surtout esthétique et social + + + (A savoir !)
- Rarement, pronostic fonctionnel voire vital peut être mis en jeu si forme sévère
- Rhumatisme psoriasique: évolution déformante et destructrice: invalidante

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire hors formes sévères ou compliquées

Information et éducation + + +

- Pathologie **chronique**: pas de traitement curatif mais simplement suspensif
- Evaluer le retentissement sur la qualité de vie / socio-psychologique
- Notion de « capital thérapeutique »: ES / ne pas traiter si bien accepté
- Recherche et si possible éviction des **facteurs déclenchant** (A savoir !)
- Arrêt de l'alcool et du tabac (facteurs aggravant et de résistance)
- Contrôle du **risque cardio-vasculaire**: cf syndrome métabolique

Traitements locaux

- Indication
 - Psoriasis vulgaire **limité** (< 10% de la surface corporelle)
 - Traitement d'attaque si poussée (dermocorticoïdes + vitamine D) pour **4 semaines max**
 - Traitement d'entretien non systématique: si persistance (relais vitamine D seule)
- Modalités
 - Dermocorticoïdes

- Classes forte à très forte (3 et 4) / !! précautions d'emploi: cf [Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant](#). Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions
- Crème ou pommade / 1x/jour / compter les tubes / décroissance progressive
- **Analogues de la vitamine D3**
 - Seuls (calcipotriol, Daivonex®) ou en association avec DC (Daivobet® ++)
 - !! A éviter si psoriasis des plis (cf hypercalcémie par passage transcutané)
- **Traitements topiques associés**
 - **Bains et émoullients**: pour décaper si lésions modérément kératosiques
 - **Kératolytiques**: acide salicylique 2-5% / si lésions très kératosiques

Photothérapie

- **Indications**
 - Psoriasis **étendu** (> 10-20% de la surface corporelle) s'améliorant au soleil
 - Bilan préthérapeutique indispensable: éliminer un cancer / une grossesse, etc (**A savoir !**)
 - **A éviter** autant que possible **chez le sujet jeune** (< 50ans): cancérogène +++
- **Modalités**
 - **PUVA thérapie**: irradiation par UVA après prise d'un photosensibilisant (psoralène)
 - **UVB thérapie**: plus récente / pas de photosensibilisant / 20 séances (3/5) (// UVA)
- **Précautions**
 - Décompte minutieux de la dose cumulée
 - Protection des organes génitaux externes
 - Surveillance au long cours au décours (cancer)
- **Contre-indications (A savoir !)**
 - Phototype très clairs / enfants (< 12ans) (éviter si < 50ans)
 - Pathologie photosensible: LED / dermatomyosite
 - Atcd de cancer cutané / de cataracte / grossesse (hCG !)
 - Insuffisance rénale ou hépatique (psoralène)
- **Effets secondaires**
 - **Carcinogène**: ↑ risque de cancer cutané
 - Cataracte / brûlure phototoxique

Traitements généraux

- **Méthotrexate**
 - **Indications**: **rhumatisme** psoriasique ++ / psoriasis étendu ou résistant
 - **Modalités**: Novatrex® / PO / !! surveillance hépatique et rénale / folates / vaccins
 - **Effets secondaires à connaître ++** : principaux: teratogène, toxicité hépatique +++ (surveillance hépatique ++) toxicité pulmonaire (fibrose pulmonaire : RP, EFR), Hématologique : pancytopenie.
 - **!! Précautions MTX / AFSAPPS / 2011** (accidents liés à la prise quotidienne):
 - prise unique par **semaine**
 - posologie exprimée en mg/**semaine**
 - préciser sur l'ordonnance **le jour de la semaine** où le médicament sera administré
 - insister auprès du patient sur la prise **hebdomadaire** (et non quotidienne !)
 - **associer à la spéciafoldine**
- **Ciclosporine**
 - **Indications**: en 2ème intention si psoriasis résistant ou échec méthotrexate
 - **Modalités**: Néoréal® / !! néphrotoxicité
 - **Effets secondaires** : toxicité rénale, cancers cutanés induits ++ et lymphome
- **Rétinoïdes**
 - **Indications**: psoriasis érythrodermique ou pustuleux / psoriasis résistant
 - **Effets secondaires** : teratogène +++ HTIC si association aux cyclines !!!
 - **Modalités (!! Gestion du risque tératogène acitrétine / ANSM / 2012)**
 - Acitrétine (Soriatane®) PO
 - **PPG** : Programme de Prévention de la Grossesse (≈ acné + isotrétinoïne, cf [Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique](#))
 - **Avant de débuter traitement**
 - **Information**: risque tératogène / caractère indispensable contraception efficace / carnet patient et brochure contraception
 - Patient doit lire et signer **accord de soins et de contraception**
 - **Contraception efficace** depuis au moins 1 mois
 - **Test grossesse négatif** réalisé dans les **3 jours** précédant première prescription
 - **Pendant le traitement et 2 ans après l'arrêt du traitement**:
 - **Carnet patient** à chaque consultation et délivrance
 - Durée du traitement limitée à 1 mois non renouvelable (≠ isotrétinoïne et acné)

- Délivrance au plus tard 7 jours après prescription
 - Carnet patient complété
 - **Contraception efficace** pendant tout le traitement
 - **Test sérologique / mois** (dans les 3 jours précédant prescription mensuelle)
 - **Médecin reporte systématiquement date et résultats test de grossesse** dans carnet patient
 - **!! Fin du traitement**
 - Poursuite contraception **2 ans après arrêt traitement** (≠ isotrétinoïne et acné)
 - Test grossesse à 2 mois fin du traitement puis régulièrement pendant 2 ans (≠ isotrétinoïne et acné)
 - OH formellement déconseillé pendant 2 ans (augmente risque tératogène)
 - **Pour tous les patients:** éviction du don du sang jusqu'à 2 ans après arrêt traitement (≠ isotrétinoïne et acné)
 - **Biothérapies**
 - **Indications:** limitées ++ : échec ou CI à ≥ 2 traitements parmi PUVA / MTX / ciclosporine
 - **Modalités:** anti-TNF α (Remicade®) ou Anti-IL12/Anti-IL23 (ustekinumab, Stelara®)
- Remarque:**
- **Rhumatisme psoriasique**
 - Traitement symptomatique par AINS +/- antalgiques et repos de l'articulation
 - !! Eviter corticothérapie générale: risque de rebond +++
 - Rhumatisme psoriasique invalidant: MTX ou anti-TNF α
 - **Psoriasis pustuleux**
 - Acitrétine / MTX / ciclosporine
 - **Kératodermie palmo-plantaire invalidante:**
 - Acitrétine / MTX
- Mesures associées**
- Proposer un **soutien psychologique** +++ (**A savoir !**)
 - Si méthotrexate: NPO supplémentation en **folates / vaccins** / contraception
- Surveillance**
- **Clinique:** étendu des lésions / distribution topographique / éducation du patient
 - **Paraclinique:** tolérance (MTX / Cs / rétinoïde) = bilan hépatique / rénal / hémato...

Synthèse pour questions fermées

3 diagnostics différentiels de la forme classique du psoriasis ?

- Pityriasis rosé de Gibert
 - Dermite séborrhéique
 - Dermite atopique
- (Polycopié National Dermatologie)

Un diagnostic différentiel à éliminer devant un psoriasis pustuleux généralisé ?

- Toxidermies pustuleuses (PEAG)
- (Polycopié National Dermatologie)

Quelles sont les indications de la corticothérapie générale dans le psoriasis ?

- Aucune

4 formes graves de psoriasis ?

- Psoriasis érythrodermique
 - Psoriasis arthropathique
 - Psoriasis pustuleux
 - +/- Psoriasis du VIH
- (Polycopié National Dermatologie)