



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CONNAISSANCES

# Item 117 – Psoriasis



## CEDEF<sup>1</sup>

Hiérarchisation des connaissances.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
<b>B</b>	Prévalence, épidémiologie	Connaître la fréquence du psoriasis dans la population française	2 % de la population française
<b>B</b>	Éléments physiopathologiques	Connaître la physiopathologie du psoriasis	Terrain génétique prédisposant, renouvellement épidermique accéléré, intervention du système immunitaire (Th1, Th17)
<b>A</b>	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer un psoriasis en plaques classique	Plaques érythémato-squameuses bien limitées symétriques, zones caractéristiques, évolution chronique
<b>B</b>	Diagnostic positif	Connaître les trois formes graves de psoriasis	Érythrodermie, psoriasis pustuleux généralisé, rhumatisme psoriasique
<b>B</b>	Diagnostic positif	Connaître les principaux diagnostics différentiels du psoriasis	Pityriasis rosé de Gibert, dermatite séborrhéique, eczéma
<b>B</b>	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer les formes cliniques articulaires du psoriasis	Oligo ou monoarthrite, polyarthrite, rhumatisme axial
<b>B</b>	Diagnostic positif	Savoir reconnaître un psoriasis chez l'enfant	Napkin psoriasis, psoriasis en gouttes
<b>A</b>	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales pathologies associées au psoriasis	Dépression, anxiété, syndrome métabolique, pathologies cardiovasculaires
<b>B</b>	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique du psoriasis	Gravité du psoriasis, retentissement sur la qualité de vie, existence ou non d'une atteinte articulaire, prise en compte des comorbidités Le psoriasis se traite efficacement par des traitements locaux ou généraux

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.001>.

Adresse e-mail de l'auteur correspondant : [mariealeth.richard@ap-hm.fr](mailto:mariealeth.richard@ap-hm.fr)

<sup>1</sup> La liste des auteurs et collaborateurs, publiée dans ce numéro, est disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.008>.

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.008>

2667-0623/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**A** Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse, d'évolution chronique.

**B** Elle atteint environ 2 % de la population française. **A**  
Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse, d'évolution chronique.

## Physiopathologie

- Le psoriasis est caractérisé par un renouvellement épidermique accéléré avec hyperprolifération et troubles de la différenciation des kératinocytes.
- Il met en jeu, sur un terrain génétique particulier, des interactions complexes entre le système immunitaire, les cellules épidermiques (kératinocytes) et les vaisseaux.
- **L'origine de la maladie est inconnue ; une prédisposition génétique est certaine et de nombreux gènes de susceptibilité ont été identifiés :**
  - **C** gènes associés au groupe HLA : *HLA Cw6* ;
  - gènes associés à l'immunité innée : *IL36RN* (inhibiteur du récepteur à l'IL-36) et *CARD14* (intervenant dans l'activation de la voie NF- $\kappa$ B) qui sont impliqués dans les formes pustuleuses de psoriasis ;
  - gènes associés à l'immunité acquise : *IL12B* (sous-unité de l'IL-12), *IL23R* (récepteur de l'IL-23).
- **B** Le stress, les traumatismes cutanés (phénomène de Koebner) et certains pathogènes ou certains médicaments peuvent entraîner :
  - la production de peptides antimicrobiens comme la cathélicidine (LL-37) qui stimule la sécrétion d'interféron alpha ;
  - la production par les kératinocytes de cytokines inflammatoires comme IL-1 $\beta$ , IL-36 et TNF $\alpha$ , activant des cellules dendritiques pour produire de l'IL-12 et de l'IL-23.
- L'IL-12 et l'IL-23 participent à la différenciation des lymphocytes T en sous-populations Th1 produisant l'IFN $\gamma$  et Th17 produisant l'IL-17.
- Les IL-12, IL-17 et TNF $\alpha$  favorisent localement :
  - la prolifération des kératinocytes ;
  - la néo-angiogenèse ;
  - la production de chimiokines nécessaires au recrutement des polynucléaires neutrophiles.
- **A** L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée de lésion psoriasique peut être utile mais n'est habituellement pas nécessaire.
- **B** Lorsque cet examen est réalisé, il montre (Fig. 1) :
  - une hyperkératose avec parakératose ;
  - une acanthose (épaississement de l'épiderme) liée à une prolifération excessive des kératinocytes ;
  - des micro-abcès épidermiques à polynucléaires neutrophiles ;
  - un infiltrat inflammatoire dermique constitué de lymphocytes ;



**Figure 1.** **B** Histologie d'un psoriasis avec hyperkératose, hyperacanthose et hyperpapillomatose.

- un allongement des papilles dermiques et des vaisseaux néoformés dilatés.

## Facteurs environnementaux à l'origine du déclenchement d'un psoriasis ou de poussées évolutives de la maladie

### Infections

- Certains psoriasis de l'enfant et l'adolescent, notamment aigus en gouttes, débutent à la suite d'épisodes infectieux rhino-pharyngés (agents viraux et streptocoque  $\beta$  hémolytique du groupe A).
- Les épisodes infectieux peuvent aggraver des psoriasis déjà connus.
- La survenue ou l'aggravation d'un psoriasis au cours de l'infection par le VIH est possible.

### Médicaments

- Caractère inducteur ou aggravant de certains médicaments comme les bêta-bloquants (y compris les collyres) ; rôle débattu d'autres médicaments (lithium, sartans, IEC, anti-TNF $\alpha$ , etc).
- Rebond important possible, voire développement de formes graves (psoriasis érythrodermique, psoriasis pustuleux généralisé), lors de l'arrêt d'une corticothérapie générale.

### Facteurs psychologiques

- Rôle possible des chocs émotionnels et des traumatismes affectifs dans le déclenchement de la maladie ou la survenue de poussées.
- Le stress psychologique pourrait induire une sécrétion accrue de neuromédiateurs à activité pro-inflammatoire.

## Facteurs de gravité

L'alcool, le tabac et la surcharge pondérale sont des facteurs reconnus de gravité et de résistance thérapeutique et peuvent contribuer aux comorbidités souvent présentes.

## Diagnostic

- **A** Le diagnostic de psoriasis est un diagnostic clinique dans la très grande majorité des cas.
- La biopsie cutanée n'est indiquée qu'en cas de doute diagnostique devant des lésions atypiques.

## Forme classique du psoriasis

### Lésion élémentaire

- Il s'agit d'une papule ou d'une plaque érythémato-squameuse bien limitée, arrondie, ovale ou polycyclique (Fig. 2)
- La couche squameuse superficielle blanchâtre peut être très épaisse ou, au contraire, plus ou moins décapée par le traitement, laissant apparaître l'érythème sous-jacent.
- Le plus souvent, ces éléments sont multiples et symétriques, parfois diffus.
- **La taille des lésions est variable :**
  - psoriasis en plaques (Fig. 3) ;
  - **B** psoriasis en gouttes (Fig. 4).

### Localisations habituelles (zones bastions) (Fig. 5)

**A** Zones exposées aux frottements et traumatismes physiques :

- coudes (et bord cubital de l'avant-bras) ;
- genoux, jambes ;
- région lombo-sacrée, fesses ;
- cuir chevelu ;
- ongles ;
- paumes et plantes ;
- respect habituel du visage.

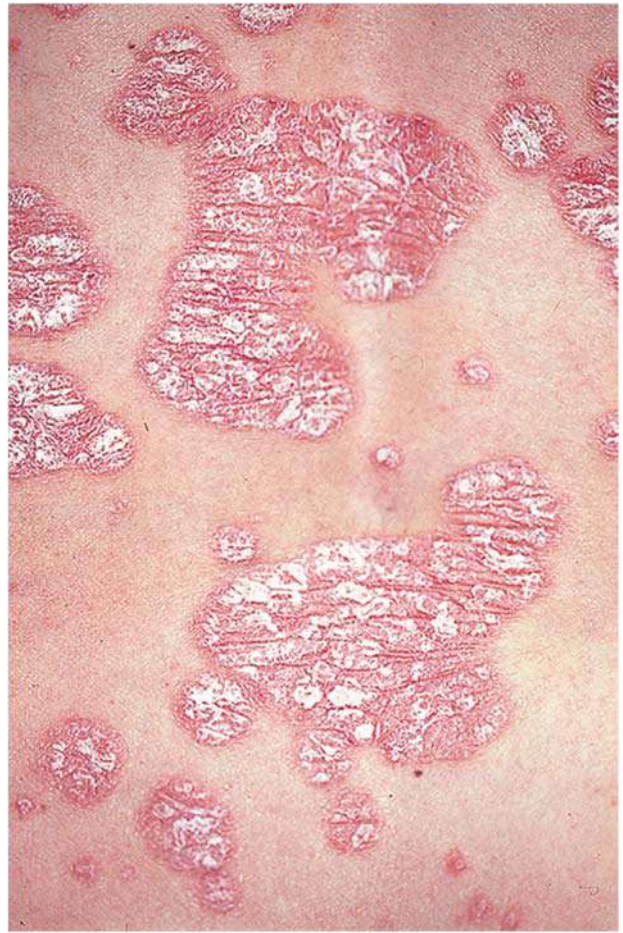
### Points cliniques importants

- Dans le psoriasis « classique », l'état général n'est pas altéré.
- Un prurit est présent lors des poussées dans environ 60 % des cas.
- Les lésions régressent sans laisser de cicatrice mais évoluent parfois vers des macules hyperpigmentées ou dépigmentées.
- Les lésions peuvent être douloureuses et fonctionnellement gênantes, particulièrement aux paumes et aux plantes où des fissures peuvent apparaître.

## Formes cliniques

### Psoriasis du cuir chevelu

- Le psoriasis du cuir chevelu peut se manifester par :



**Figure 2.** **A** Psoriasis: lésions érythémato-squameuses caractéristiques.

- des plaques circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées, couvertes de larges squames souvent épaisses, traversées par les cheveux (Fig. 6) ;
- ou une véritable carapace squameuse en casque recouvrant la totalité du cuir chevelu.
- Il est rarement la cause d'une alopecie durable mais les plaques épaisses peuvent engainer les follicules pileux et parfois entraîner une chute de cheveux temporaire.
- La localisation occipitale est fréquente.
- À la lisière antérieure du cuir chevelu, les lésions sont souvent nettement inflammatoires et réalisent une couronne érythémateuse et discrètement squameuse.

### Psoriasis unguéal (Fig. 7)

Il peut prendre des aspects très variés :

- dépressions ponctuées cupuliformes des tablettes : ongles en « dé à coudre » ;
- onycholyse avec décollement distal et zone proximale de couleur cuivrée « saumonée » ou jaunâtre en « tache d'huile » ;
- hyperkératose sous-unguéal, paronychie, perte de transparence de l'ongle et zones leuconychiques (blanches) ;
- disparition de la tablette à l'extrême.



Figure 3. **A** Psoriasis en plaques.

### Autres localisations plus rares

- **Psoriasis inversé** (non situé sur les convexités) des plis, en particulier interfessier, axillaires, sous-mammaires, ombilical, inguinaux (Fig. 8).
- **Psoriasis palmo-plantaire** :
  - peut réaliser une kératodermie en îlots ou diffuse, souvent fissuraire (Fig. 9),
  - parfois isolé sous la forme d'une kératodermie palmo-plantaire,
  - peut rendre la marche ou les activités manuelles difficiles du fait des douleurs et des fissures,
  - **B** forme pustuleuse possible, à type de pustulose palmo-plantaire (Fig. 10) pouvant s'associer à une atteinte articulaire sternale ou sterno-claviculaire **C** (syndrome SAPHO<sup>1</sup>) ;
- **A** **Psoriasis des muqueuses** :
  - **linguale** : glossite exfoliatrice marginée,
  - **génitale** : lésions érythémateuses non squameuses aggravées lors des rapports sexuels.
- **Psoriasis du visage** :
  - rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique avec érythème finement squameux des sourcils et du pli nasogénien,

- des lésions associées de la conque de l'oreille et du conduit auditif externe sont possibles.

### Formes graves

#### Psoriasis érythrodermique (voir chapitre 4 – item 114)

- **B** Psoriasis généralisé à plus de 90 % de la surface cutanée avec une desquamation abondante et un épaissement cutané (Fig. 11).
- Peut être provoqué par un rebond du psoriasis après l'arrêt de certains agents thérapeutiques (corticothérapie générale).
- Comme toute érythrodermie, le psoriasis érythrodermique :
  - peut se compliquer de surinfection, de carence vitaminique, de troubles de la thermorégulation, de déshydratation et de troubles hémodynamiques,
  - **doit entraîner l'hospitalisation du malade en milieu spécialisé.**

#### Psoriasis pustuleux : forme généralisée

- Peut apparaître d'emblée ou compliquer un psoriasis en plaques plus ancien.
- Peut être déclenché par divers mécanismes (certains médicaments, grossesse...).
- Début brutal avec altération de l'état général, fièvre élevée et placards rouge vif qui se couvrent de pustules

<sup>1</sup> Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose et Ostéite.



Figure 4. **B** Psoriasis en gouttes.



Figure 5. **A** Psoriasis: localisations caractéristiques au niveau des coudes et de la région lombaire.



Figure 6. **A** Psoriasis du cuir chevelu.

superficielles non folliculaires d'aspect « laiteux » pouvant confluer en larges nappes essentiellement localisées sur le tronc, secondairement érosives.

- Évolution parfois grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.



**Figure 7.** **A** Psoriasis unguéal avec dépressions cupuliformes et discrète onycholyse.



**Figure 8.** **A** Psoriasis inversé avec plaques érythémateuses vernissées et bien limitées des plis inguinaux et axillaires.

- Histologie : pustules spongiformes (multiloculaires), non folliculaires et aseptiques, ce qui les différencie des pustules d'origine infectieuse.

### Rhumatisme psoriasique

- Se rencontre chez environ 25 % des malades (Fig. 12).
- Sévérité de l'atteinte cutanée non corrélée à la présence d'une atteinte articulaire.



**Figure 9.** **A** Kératodermie palmo-plantaire d'origine psoriasique.

- Périphérique ou axial.
- Certaines localisations de psoriasis sont particulièrement associées à un rhumatisme psoriasique: atteinte du cuir chevelu, atteinte unguéale, atteinte du sillon interfessier.
- Peut également être associé à une atteinte inflammatoire des insertions tendineuses (enthésopathie : inflammation des enthèses).
- Atteinte fréquente des articulations interphalangiennes distales, de l'ensemble d'un doigt ou d'un orteil (dactylite).

### Au cours de l'infection par le VIH

- Le psoriasis est souvent plus grave et réfractaire aux thérapeutiques conventionnelles.
- Il peut prendre l'aspect d'un psoriasis en plaques, pustuleux ou érythrodermique, et peut être difficile à distinguer d'une dermatite séborrhéique profuse.

### Psoriasis de l'enfant

- Souvent localisé à la zone du siège chez le nourrisson (appelé autrefois psoriasis des langes, napkin psoriasis) (Fig. 13).
- Souvent aigu, en gouttes chez l'enfant plus âgé et l'adolescent.
- Peut succéder à une infection rhino-pharyngée streptococcique.
- Visage plus souvent atteint que chez l'adulte.

### Diagnostic différentiel

#### Pour la forme classique en plaques érythémato-squameuses

#### Pityriasis rosé de Gibert (Fig. 14)

- **B** Éruption d'origine inconnue (possiblement virale) souvent saisonnière.



Figure 10. **B** Psoriasis pustuleux.



Figure 11. **B** Érythrodermie psoriasique.



Figure 12. **B** Rhumatisme psoriasique périphérique.

- Médaillon isolé précédant l'éruption pendant 10–15 jours.
- Macules rosées finement squameuses et médaillons, dont le centre plus clair paraît en voie de guérison, sur le tronc et la racine des membres.
- Disposition caractéristique « en arbre de Noël » sur le tronc.
- Évolution spontanée vers la guérison en 6 à 8 semaines (sinon évoquer des diagnostics différentiels).
- Doit faire pratiquer de principe sérologie VIH et sérologie de la syphilis.

#### Dermatite séborrhéique (voir chapitre 1 – item 111)

- Habituellement localisée au visage (plis nasogéniens), au cuir chevelu et à la région médiothoracique.



Figure 13. **B** Psoriasis du nourrisson.

- De diagnostic parfois délicat car des formes frontières avec un psoriasis sont possibles (sébopsoriasis, dermite bipolaire du nourrisson).
- La présence de lésions de psoriasis à distance aide au diagnostic.

### Eczéma chronique (voir chapitre 13 – item 187)

- Il diffère par :
  - son aspect clinique qui est souvent proche en raison d'une hyperkératose fissurée, mais avec peu de squames et des limites émettées ;
  - sa topographie (visage et plis).
- Le diagnostic différentiel se pose surtout avec l'eczéma nummulaire (en médailles) et les eczémas palmo-plantaire.

### Lymphomes cutanés

En cas de doute, une biopsie cutanée s'impose.

### Pour les autres formes de psoriasis

- **psoriasis des plis** : intertrigos d'origine bactérienne ou mycosique ;

- **psoriasis palmo-plantaire** : autres causes de kératodermies palmo-plantaire acquises (eczéma, lichen, dermatophytie) ;
- **érythrodermie psoriasique** : autres causes d'érythrodermie (toxidermies, lymphomes, eczémas) ;
- **psoriasis pustuleux généralisé** : certaines toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée).

### Évolution, complications

- La maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune.
- Les psoriasis de début précoce sont plus souvent associés aux gènes de susceptibilité et sont d'évolution plus sévère que les psoriasis débutant après la cinquantaine.
- **Le handicap social peut être important.**
- **L'évolution est chronique** :
  - soit de manière quasi continue, surtout chez les patients atteints de formes sévères ;
  - soit par poussées entrecoupées de rémissions.
- Les rémissions sont plus fréquentes en été, du fait de l'effet bénéfique des rayons ultraviolets.
- **Les poussées, souvent imprévisibles**, sont parfois déclenchées par :
  - des facteurs psychologiques ;
  - des médicaments ;
  - des infections notamment ORL.
- **Les traumatismes cutanés** (griffures, vaccinations, chirurgie, coups de soleil) **peuvent aggraver le psoriasis** en faisant libérer des cytokines inflammatoires par les kératinocytes (phénomène de Koebner : Fig. 15).
- **Complications** :
  - **surinfection** – rarement bactérienne, plus par *Candida albicans* (plis) ou dermatophytes (paumes et plantes surtout) – qui peut entretenir ou aggraver les lésions ;
  - **eczématisation** (à évoquer si suintement et prurit intense) : penser à rechercher une sensibilisation ou une irritation dues à un topique médicamenteux.

### Pathologies associées

- **A** **Altération profonde de la qualité de vie avec syndrome dépressif** parfois sévère même en dehors des formes graves (érythrodermies, rhumatisme et formes pustuleuses). La gravité de ce retentissement est souvent sous-estimée par le médecin.
- **Association significative chez certains patients à des conduites addictives** comme le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool.
- **Surrisque de comorbidités cardiovasculaires et de maladie inflammatoire du tube digestif.**
- **Syndrome métabolique** :
  - syndrome associant :
    - glycémie à jeun  $\geq 1,10$  g/L,
    - triglycéridémie  $> 1,50$  g/L,
    - HDL  $< 0,40$  g/L chez l'homme et  $< 0,50$  g/L chez la femme,





**Figure 14.** B Papules érythémato-squameuses du tronc au cours d'un pityriasis rosé de Gibert.

- TA  $\geq$  130/85 mmHg,
- tour de taille > 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme ;
- si ce syndrome métabolique n'est pas traité, risque de complication cardiovasculaire et diabète de type 2.
- **Risque accru de mortalité précoce pour le psoriasis sévère.**
- **Importance de la prise en charge multidisciplinaire des patients pour assurer un traitement concomitant du psoriasis et des comorbidités.**

## Principes du traitement

### Règles générales

- B Nécessité d'une bonne relation médecin – malade.
- Faire comprendre que les **traitements actuels n'entraînent pas la guérison définitive** de l'affection, mais permettent la réduction de l'intensité des lésions et l'amélioration de la qualité de vie.
- **Prise en compte** impérative dans le choix thérapeutique de la gravité et de l'étendue des lésions, mais aussi

**du retentissement sur la qualité de vie**, du préjudice fonctionnel, esthétique, professionnel, relationnel, du retentissement psychologique de la maladie et du désir de rémission du malade.

- Nécessité d'un soutien (ou d'une prise en charge) psychologique.
- **La gravité du psoriasis s'évalue par la surface corporelle atteinte** (une paume : 1 %) et par le score PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*).
- L'altération de la qualité de vie est également évaluée par des scores, le plus utilisé étant le DLQI (*Dermatology Quality Life Index*, score: 0–30). Un psoriasis est considéré comme sévère en cas de DLQI > 10.
- Les psoriasis modérés à sévères ont une surface atteinte de plus de 10 % et/ou un score PASI > 10.
- Prise en compte dans le choix thérapeutique des comorbidités et des effets indésirables potentiels, à court et à long terme, des traitements.

### Traitements locaux

Ils sont surtout représentés par les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D3 ou leur association.



Figure 15. **B** Phénomène de Koebner.

## Dermocorticoïdes

- Ils s'utilisent sous forme de pommade (lésions sèches) ou de crème.
- Éviter les pommades dans les plis (risque de macération).
- Lotion, mousse et shampooing au propionate de clobétasol pour le cuir chevelu.
- **Règles d'utilisation** (voir chapitre 22 – item 330) :
  - en dehors des lésions du visage, utiliser un dermocorticoïde d'activité forte (propionate de fluticasone, dipropionate de bétaméthasone) ;
  - une seule application par jour suffit (effet « réservoir » de la couche cornée) ;
  - durée de traitement d'attaque de 1 à 3 semaines en traitement continu en fonction des localisations ;
  - traitement intermittent (2 fois par semaine) proposé en entretien ;
  - optimisation de l'efficacité possible par l'occlusion avec un pansement ou un hydrocolloïde qui permet une pénétration accrue des topiques ;
  - occlusion particulièrement indiquée sur les paumes et les plantes (l'épaisseur de la couche cornée réduit la pénétration des topiques) ;
  - association possible avec les autres traitements du psoriasis.

## Analogues de la vitamine D

- Calcipotriol, tacalcitol, calcitriol :
  - **C** 2 applications/jour (calcipotriol et calcitriol) ;
  - 1 application/jour (tacalcitol) ;
  - association possible avec les dermocorticoïdes ;
  - ne pas dépasser 100 g de topique appliqué par semaine.
- Par rapport aux dermocorticoïdes :
  - activité globalement comparable, mais plus lente ;
  - pas d'effet atrophiant du derme, ni de l'épiderme ;
  - irritation cutanée, surtout sur le visage et dans les plis.

## Association dermocorticoïde et calcipotriol

- **B** L'association est synergique et permet d'obtenir une efficacité supérieure à la monothérapie :

- **C** Sous forme :
  - de pommade ou gel pour le corps ;
  - de gel pour le cuir chevelu.
- Au rythme de 1 application/jour.
- Le traitement continu ne doit pas dépasser 4 semaines.
- Un traitement intermittent 2 fois/semaine en entretien est possible pour maintenir le bénéfice thérapeutique.

## Autres traitements topiques

- **B** Bains et émoullients : utiles pour décaper les lésions et soulager le prurit.
- Préparation à base d'acide salicylique :
  - pour décaper des lésions très squameuses en préalable à un autre traitement local ou avant une PUVathérapie ;
  - **contre-indiqué chez le nouveau-né** (risque d'intoxication salicylée) ;
  - **C** effet kératolytique dans un excipient gras (vaseline) ou adapté au cuir chevelu ;
  - ne pas dépasser la concentration de 10 % (20 % en cas d'utilisation très limitée : paumes, plantes).

## Photothérapie

- **B** Les différentes photothérapies sont les suivantes :
  - **PUVathérapie** :
    - association d'un psoralène photosensibilisant (8-méthoxy-psoralène ou 5-méthoxy-psoralène) et d'une irradiation UVA,
    - 20 séances en moyenne à raison de 2 à 3 séances/semaine sont nécessaires,
    - photoprotection nécessaire dans les heures qui suivent,
    - port de lunettes noires obligatoire ;
  - **photothérapie UVB à spectre étroit (TL-01)** :
    - ne nécessitant pas la prise de psoralène préalable,
    - efficacité comparable à celle de la PUVathérapie,
    - moins carcinogène,
    - 20 à 30 séances en moyenne à raison de 2 à 3 séances/semaine sont nécessaires ;
  - association rétinoïde (acitrétine) et PUVathérapie : rePUVA ou acitrétine et UVB ;
  - photothérapies localisées pour les paumes ou les plantes.

Les précautions et les effets indésirables sont décrits dans le [Tableau 1](#).

## Traitements généraux – hors biothérapies ([Tableau 2](#))

- Acitrétine : rétinoïde.
- Méthotrexate : immunomodulateur non sélectif.
- Ciclosporine : immunosuppresseur non sélectif.
- Apremilast : immunomodulateur inhibant une phosphodiesterase, utilisé en cas d'échec, ou contre-indication, ou intolérance aux autres traitements systémiques dont la ciclosporine, le méthotrexate ou la PUVathérapie.

**Tableau 1** **B** Photothérapie: précautions et effets secondaires.

Contre-indications et précautions	Effets indésirables
<p>–<b>Contre-indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédent de cancer cutané</li> <li>• dermatose photo-aggravée</li> <li>• médicaments photosensibilisants</li> </ul> <p>–<b>Précautions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• protection des organes génitaux externes</li> <li>• tenir compte de la dose cumulée délivrée (ne pas dépasser 200 séances)</li> <li>• surveillance cutanée prolongée (carcinomes tardifs)</li> </ul>	<p>–<b>À court terme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• érythème plus ou moins intense (surdosage, prise concomitante de médicaments photosensibilisants)</li> <li>• troubles digestifs (PUVA)</li> </ul> <p>–<b>À long terme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vieillissement prématuré de la peau</li> <li>• cancers cutanés (surtout carcinomes)</li> </ul>

**Tableau 2** **B** Contre-indications, précautions et effets indésirables des traitements systémiques du psoriasis.

Contre-indications	Effets indésirables
<p><b>Acitrétine</b></p> <p>–Femme en âge de procréer sans contraception efficace, projet de grossesse dans les 3 ans après l'arrêt du traitement, grossesse, allaitement</p> <p>–Anomalies bilan lipidique, anomalies bilan hépatique</p>	<p>–Téatogénicité</p> <p>–Sécheresse cutanéomuqueuse, prurit, perte des cheveux</p> <p>–Hyperlipidémie</p> <p>–Élévation des transaminases</p> <p>–Hypertension intracrânienne si prescrit en même temps que les tétracyclines (association contre-indiquée)</p>
<p><b>Méthotrexate</b></p> <p>–Femme et homme en âge de procréer sans contraception efficace, grossesse, allaitement</p> <p>–Anomalies hémogramme</p> <p>–Anomalies bilan hépatique</p> <p>–Insuffisance rénale</p> <p>–Infection évolutive</p>	<p>–Cytopénie, macrocytose</p> <p>–Troubles digestifs</p> <p>–Pneumopathie d'hypersensibilité (rare)</p> <p>–Fibrose pulmonaire (rare)</p> <p>–Fibrose hépatique (si facteurs de risque associés : alcool, diabète)</p> <p>–Ulcérations cutanéomuqueuses si surdosage et/ou interactions médicamenteuses (aspirine forte dose, triméthoprim)</p>
<p><b>Ciclosporine</b></p> <p>–HTA</p> <p>–Insuffisance rénale</p> <p>–Antécédent néoplasie</p> <p>–Infection chronique</p>	<p>–HTA</p> <p>–Hypertrichose</p> <p>–Néphrotoxicité</p> <p>–Hyperplasie gingivale</p> <p>–Cancers cutanés</p> <p>–Nombreuses interactions médicamenteuses</p>

## Biothérapies ou biomédicaments

Prescription réservée au spécialiste avec prescription initiale hospitalière.

### Indications

- Psoriasis modéré à sévère avec un retentissement important sur la qualité de vie.
- En France, indication limitée aux cas d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication à au moins deux agents systémiques dont le méthotrexate, la ciclosporine et la photothérapie.
- Il existe quatre types d'agents en fonction de leur mode d'action:
  - les **agents anti-TNF $\alpha$**  : **C** étanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab ;

- **B** les **agents ciblant l'IL-12 et l'IL-23** : **C** ustékinumab, anticorps monoclonal humain ciblant la sous-unité p40 commune à l'IL-12 et l'IL-23 ;
- **B** les **agents ciblant la voie de l'IL-17** : **C** sécukinumab, ixékizumab, brodalumab, bimékizumab ;
- **B** les **agents ciblant l'IL-23** : **C** guselkumab, rizankizumab, tildrakizumab.

### Contre-indications communes aux différentes biothérapies du psoriasis

- Infection évolutive.
- Tuberculose latente.
- Cancer solide (hors carcinome basocellulaire) ou hémopathie évolutifs ou en rémission depuis moins de 5 ans.
- Insuffisance cardiaque évoluée.

- Maladie démyélinisante.
- Grossesse par précaution de principe. Une conception sous traitements biologiques ne justifie pas une interruption de grossesse et la poursuite d'un traitement biologique pendant les deux premiers trimestres de la grossesse peut être discutée en fonction de la gravité du psoriasis et au cas par cas.
- Vaccins vivants atténués faits depuis moins de 3 semaines.

### Bilan prébiothérapie (recommandations HAS)

- Examen clinique complet : mammographies, frottis cervicovaginal comme la population du même âge.
- Vérifier :
  - les vaccinations : vacciner contre la grippe, le SARS-CoV2 et le pneumocoque ;
  - les sérologies : VIH, VHB et VHC.
- Soins bucco-dentaires si nécessaires.
- Bilan biologique : NFS plaquettes, fonction rénale et hépatique, électrophorèse des protéines, dosage pondéral des Ig, bilan lipidique.
- Dépistage de la tuberculose : radiographie du thorax de face, Quantiféron et/ou IDR tuberculine, discuter un scanner pulmonaire.
- Patient en âge de procréer : contraception efficace.
- Sous traitement :
  - effectuer régulièrement un examen clinique complet (aires ganglionnaires) ;
  - faire renouveler le traitement 1 fois/an en milieu hospitalier.

### Indications thérapeutiques

- Elles dépendent :
  - de la **gravité du psoriasis**, des localisations cutanées, de l'existence d'une atteinte articulaire ;
  - du **retentissement sur la qualité de vie** du patient et de sa demande thérapeutique ;
  - des contre-indications de principe éventuelles ;
  - des antécédents du patient.

### Formes légères à modérées de psoriasis

- Le traitement local est suffisant dans la majorité des cas quand l'atteinte ne dépasse pas 10 % de la surface corporelle.
- On peut utiliser au choix les dermocorticoïdes, les dérivés de la vitamine D ou les associations.

### Formes modérées à sévères retentissant de manière importante sur la qualité de vie

- Le traitement peut faire appel selon le profil de la maladie et du patient :
  - à la photothérapie avec ou sans rétinoïdes ;
  - aux rétinoïdes seuls (acitrétine) ;
  - au méthotrexate ;
  - à la ciclosporine.
- En cas d'échec ou d'intolérance à ces traitements, l'aprémilast et les biothérapies sont utilisés.

### Formes cliniques particulières

- **C** Psoriasis pustuleux : acitrétine, méthotrexate, ciclosporine.
- Kératodermie palmo-plantaire invalidante : acitrétine, méthotrexate ;
- Rhumatisme psoriasique invalidant : méthotrexate, anti-TNF $\alpha$ , anti-IL-12/IL-23, anti-IL-17.

### Conclusion

- **B** Le traitement du psoriasis est planifié dans le cadre d'une collaboration entre le médecin traitant et le dermatologue.
- Il repose sur la mise en place d'une stratégie au long cours comme dans toute maladie chronique.
- Le patient doit être informé de sa maladie et guidé pour acquérir des compétences permettant de gérer son psoriasis au quotidien.
- La prise en compte du retentissement psychologique doit être mise en œuvre tout au long du suivi.
- L'adhésion au traitement est meilleure si le patient est associé aux choix thérapeutiques.
- La prise en charge du psoriasis doit comporter une approche transversale comportant à côté du traitement des lésions cutanées :
  - l'évaluation et le traitement d'un éventuel rhumatisme psoriasique en coordination avec le rhumatologue ;
  - l'évaluation et la prise en charge des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques et des conduites addictives en coordination avec le médecin traitant.

#### Points clés

- **A** Le psoriasis est une maladie inflammatoire cutanée chronique.
- **B** Il touche 2 à 3 % de la population.
- **A** Il est caractérisé cliniquement par des lésions érythémato-squameuses.
- Les localisations sont le plus souvent très caractéristiques : coudes, genoux, jambes, région lombo-sacrée, cuir chevelu, ongles.
- Le psoriasis, particulièrement dans les formes modérées à sévères, peut retentir de manière importante sur la qualité de vie et produire stigmatisation et exclusion sociale.
- Il existe des formes graves de psoriasis pouvant avoir des conséquences fonctionnelles ou vitales importantes: rhumatisme psoriasique, psoriasis érythrodermique, psoriasis pustuleux généralisé.
- **B** Le but du traitement est la prise en charge au long cours d'une maladie chronique : soulager le patient, améliorer la qualité de vie et ramener la dermatose à un niveau lésionnel compatible avec une vie normale au long cours.

- Les traitements locaux constituent la base du traitement des psoriasis peu étendus (< 10 % de la surface corporelle), qui restent les psoriasis les plus fréquents.
- Les traitements systémiques sont adaptés aux psoriasis plus étendus (> 30 % de la surface corporelle) ou résistant aux traitements locaux. Parmi eux, on distingue :
  - la photothérapie, très efficace mais qui ne peut être utilisée au long cours du fait du risque carcinogène ;
  - les traitements systémiques par voie orale : acitrétine, méthotrexate, ciclosporine.

- Les agents biologiques (biomédicaments ou biothérapies) sont réservés aux formes modérées à sévères de psoriasis, intolérantes ou résistantes aux traitements systémiques habituels.
- **Transversalité** : rhumatologie, maladies métaboliques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires).