

FMC Pharmacie

BESANCON

PSORIASIS : Prise en charge à l'officine

Dr Hervé Van Landuyt

**Dermatologue Attaché au CHU St Jacques
Cabinet : 36 gd rue 25000 Besançon**

Généralités

Le **psoriasis** est une maladie de la [peau](#) d'origine mal connue, en partie [génétique](#). Cette affection dermatologique touche 1 à 3 % de la population mondiale, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Dans sa forme bénigne, le psoriasis se limite au cuir chevelu, aux ongles, aux genoux, aux coudes, aux pieds, aux mains et, parfois, aux organes génitaux. Dans les cas graves, il s'étend et peut gagner la totalité du corps.

Cette dermatose chronique évolue de façon très individuelle, avec des poussées, mais aussi des rémissions au cours desquelles les lésions disparaissent. On dit alors que le psoriasis est « blanchi ». Le répit est de durée très variable et la rémission souvent incomplète.

À ce jour, aucun traitement curatif permettant de guérir complètement du psoriasis n'est connu ; il est toutefois possible de maîtriser le psoriasis, de diminuer l'étendue des lésions et d'améliorer la vie des patients.

Formes cliniques :

Psoriasis en plaques : Appelé également *psoriasis vulgaris*, il s'agit de la forme la plus courante du psoriasis (plus de 90% des cas) qui a donné son nom à la maladie: "grandes squames". Les lésions cutanées sont rouges, irritées, squameuses et infiltrées. La région centrale en est normale. Lorsque les squames se détachent, elles laissent l'épiderme à vif, parfois saignant. La localisation des plaques est à peu près symétrique, concernant essentiellement la région des coudes, des genoux, le cuir chevelu, le bas du dos ou la région péri-ombilicale. Elle peut atteindre également des zones précédemment cicatricielles ou sur lesquelles s'exercent des traumatismes (*Phénomène de Koebner*).

Psoriasis en gouttes Le psoriasis en goutte (ou *psoriasis guttata*), comme son nom l'indique, se caractérise par un éparpillement de petites gouttes de psoriasis sur tout le corps. On n'observe pas de plaques mais des gouttes, qui ont l'avantage, de par leur taille réduite, de "blanchir" plus vite et donc de rester "irritantes" à vif moins longtemps. On les retrouve sur toutes les zones de frottement : bas ventre, bas du dos (taille des pantalons) avant-bras, tour de poitrine mais aussi cheveux et pavillon externe de l'oreille.

Psoriasis pustuleux Il résulte de l'exagération du phénomène d'exocytose de polynucléaires qui caractérise le psoriasis ; cliniquement : pustules plates blanc-jaunâtre (amicrobiennes) avec une tendance à la coalescence. Histologiquement : pustule spongiforme de Kogoj. Ce type de psoriasis est en général palmo-plantaire. On parle aussi d'acropustulose pour signifier qu'il concerne les extrémités.

Psoriasis inversé ou psoriasis des plis

Plaque rouge vif, bien limitée, brillante, lisse, et peu ou pas squameuse. Atteinte des grands plis (inter-fessiers, inguinaux débordant sur la région génitale, sous mammaire, plus rarement poplités et axillaire) et moins souvent des petits plis (**ombilic**)

Psoriasis érythrodermique

C'est une atteinte de la quasi totalité du système tégumentaire, qui est rouge, parfois humide, œdémateux, couvert de squames fines. Il existe des signes généraux (fièvre, anorexie), parfois des adénopathies. Les risques sont : surinfections, troubles hydroélectrolytiques, déshydratation. Dans la majorité des cas l'hospitalisation s'impose.

Atteinte unguéale

L'atteinte de l'ongle est présente dans la moitié des cas de psoriasis. Il s'agit le plus souvent d'un simple piqueté blanchâtre de l'ongle (dépressions ponctuées en dés à coudre), avec parfois une fragilité de ce dernier avec possibilité de séparation en feuillets.

Arthrite psoriasique

Inflammation conjuguée produisant les symptômes de l'arthrite chez des patients qui ont développé un psoriasis ou en développeront un.

Appelé aussi rhumatisme psoriasique, il touche environ 5% (mais le chiffre peut atteindre 25% dans certaines publications des psoriasiques, et s'associe en général à des lésions cutanées (qui, rarement, peuvent débuter après le rhumatisme). C'est un rhumatisme inflammatoire chronique, déformant, qui peut être très invalidant, dont on décrit deux grandes formes, qui peuvent être associées :

Rhumatisme axial : aspect très proche de la pelvispondylite rhumatismale : SPA (cou, dos, sacro-iliaques) et survient le plus souvent chez des hommes porteurs de l'HLA-B27.

Rhumatisme périphérique : aspect proche de la polyarthrite rhumatoïde, avec cependant une prédilection pour les inter phalangiennes distales (la peau des doigts, les ongles, sont le plus souvent atteints de psoriasis). Pas d'association avec l'HLA-B27. Certaines formes peuvent se développer à la suite d'un traumatisme articulaire.

Traitements :

Traitement local : Le plus souvent suffisant

Le traitement local consiste à appliquer une crème sur la zone du psoriasis en association à des soins hydratants adaptés

- **Corticostéroïdes** : ces derniers ont un effet favorable sur le psoriasis, malheureusement les plaques reviennent souvent dès l'arrêt du traitement. Ce dernier engendre également une forme d'insensibilisation, qui oblige à augmenter les doses dans le temps. De plus, l'effet n'est plus seulement local si l'on applique ces pommades sur de vastes zones. Cette forme de traitement devrait donc être limitée à des formes aiguës ou fortement inesthétiques, pendant une courte période et sur une surface limitée.
- **Calcipotriène** : le calcipotriol est un dérivé de la vitamine D. Normalement, cette dernière est synthétisée lors de l'exposition de la peau à la lumière ultraviolette solaire. Il s'agit donc ici d'un substitut à cette exposition (ou à la puvathérapie). La quantité maximale applicable est cependant limitée, car, à fortes doses, le calcipotriol devient toxique.
- **Rétinoïdes** : le tazarotène est un dérivé de la vitamine A disponible en pommade. Sa tolérance serait cependant moindre que le calcipotriol

- [Anthralène](#) : le dithranol est un dérivé du goudron. Le dithranol a une certaine efficacité, surtout en association avec d'autres traitements mais il est parfois irritant et surtout inconfortable (très "tachant"), ce qui en limite son usage.
 - [Acide salicylique](#) dans certaines préparations ou en association avec les corticoïdes
 - Bains (Bicarbonates) ou Balnéothérapie. Les cures sont parfois bénéfiques.
- **Hydratants de la peau** : les émoullissants sont fondamentaux en association de tous les traitements

Ces traitements locaux peuvent être éventuellement associés.

Photothérapie

- L'exposition solaire a le plus souvent une influence favorable sur le psoriasis. Cependant, dans 10% des cas, cette exposition sera en fait néfaste. Le sujet devra alors éviter le soleil, ou du moins éviter d'être directement exposé à ses rayons;
- Photothérapie aux [ultraviolet B \(UVB\)](#) : Dans tous les cas, l'ultra-violet thérapie (A ou B) doit être réalisée sous contrôle médical. Elle aboutit à un seuil de tolérance variable d'un individu à l'autre qu'il est nécessaire de ne pas dépasser. Sans cela le patient s'expose à l'héliodermie et aux risques -faibles- de cancers cutanés (épithélioma, mélanomes).. **Une surveillance régulière s'impose**

L'UVB thérapie ne se pratique qu'avec des tubes fournissant une longueur d'onde bien précise (311-313nm). En général trois séances par semaine sont nécessaires, environ quelques minutes par séance.

- [PUVA-thérapie](#)= exposition aux ultra-violets A avec **prise préalable (per os) de psoralènes**. L'exposition aux seuls ultraviolets A a peu d'efficacité. L'administration de psoralènes en comprimés, peu avant l'exposition, aux UVA, permet une sensibilisation de la peau à ces derniers. En général on pratique 3 séances par semaine, d'environ 5-15 minutes. La puvathérapie est moins utilisée depuis l'emploi croissant des UVB, plus maniables.
- Photothérapie combinée à d'autres thérapies

Traitement systémique :

Pour les formes les plus sévères de psoriasis, les médecins peuvent prescrire des traitements par voie orale (pilule) ou par injection. Ces traitements sont appelés systémiques car les médicaments sont censés se disséminer dans tout l'organisme. Ils ont souvent des effets secondaires, parfois sérieux

- **Le Méthotrexate** est un antagoniste d'une vitamine, l'[acide folique](#). S'emploie encore surtout dans l'arthrite psoriasique, peu dans le psoriasis exclusivement cutané.
- **Les Rétinoïdes**: un [rétinoïde](#), tel l'[acitrétine](#), est un dérivé de synthèse de la vitamine A pouvant être prescrit dans les formes modérées à sévères de psoriasis. Chez la femme en âge de procréer ce traitement est tératogène, non seulement pendant la prise du médicament mais également pendant les deux années (24 mois) qui suivent la dernière prise. Les effets secondaires sont en général mineurs.
- **La Ciclosporine**: le psoriasis étant considéré proche des [maladies auto-immunes](#), un immunodépresseur comme la ciclosporine peut parfois produire des effets positifs, mais ses effets secondaires sont importants (principalement en raison de l'affaiblissement du système de défense immunitaire).
- **L'Alefacept** est un anticorps dirigé contre des récepteurs de certains [lymphocytes T](#). N'a plus sa place dans le traitement du psoriasis.
- L'infliximab est un anticorps monoclonal chimérique anti-TNF. Il s'administre en perfusion de 2 heures, aux semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 8 semaines
- **L'Efalizumab** est également un anticorps monoclonal dirigé contre un certain type de récepteurs leucocytaires avec une efficacité à court et moyen terme. Il a été retiré du marché début 2009
- **L'Étanercept** est un [Inhibiteur du TNF](#) qui a une bonne efficacité sur l'atteinte cutanée mais aussi articulaire du psoriasis
- **L'adalimumab** est un anti-TNF administré en injection sous-cutanée toutes les 2 semaines à la dose de 40 mg

D'autres médicaments ou traitements ont été plus ou moins testés : le XP-828L (Dermylex) a prouvé une certaine efficacité pour le psoriasis léger à modéré. De même, un [anticorps monoclonal](#), l'[ustekinumab](#), dirigé contre certains types d'[interleukines](#) semble être prometteur, voire même, plus efficace que l'etanercept.

Entre autres nouveaux traitements, la lécithine marine est en cours d'évaluation et des résultats positifs ont déjà été publiés

À ce jour, aucun traitement curatif permettant de guérir complètement du psoriasis n'est connu ; il est toutefois possible de maîtriser le psoriasis, de diminuer l'étendue des lésions et d'améliorer la vie des patients.