

LE PSORIASIS EN 20 QUESTIONS

UF Allergologie et Immunologie Clinique, CH Lyon-Sud
Université Lyon1, UFR Médecine Lyon-Sud

1. Qu'est-ce que le psoriasis ? Est-ce une maladie « orpheline » ?
2. Comment se présente le psoriasis ?
3. Le psoriasis démange-t-il ? Laisse-t-il des cicatrices ?
4. Qu'est ce qui provoque le psoriasis ?
5. La peau est-elle seule concernée ? Est-ce une maladie grave ? Le rhumatisme psoriasique
6. Est-ce une maladie transmissible ?
7. Peut-on s'en débarrasser ?
8. Faut-il se soigner tout le temps ?
9. Les expositions solaires et les bains de mer sont-ils utiles ?
10. Par quel traitement commencer ? Crème, gel, lotion ?
11. Que faire lorsque les crèmes ne marchent pas ?
12. Y a-t-il de nouveaux traitements dans cette maladie ?
13. Comment traiter s'il y a une atteinte des ongles ? Un rhumatisme inflammatoire ?
14. Comment traiter une femme enceinte, un enfant ?
15. Un régime est-il nécessaire ?
16. Les cures thermales ont-elles un intérêt ?
17. Les médecines parallèles sont-elles utiles dans le psoriasis ?
18. Faut-il une prise en charge psychologique ?
19. Quelle prise en charge sociale du psoriasis ?
20. Après la consultation, à qui parler de son psoriasis ?

Préambule

Parmi les maladies cutanées, le psoriasis est une des plus communes, affectant environ 3% de la population mondiale. Après avoir été confondu jusqu'au 19^e siècle avec de nombreuses maladies contagieuses (dont la gale et la lèpre), elle souffre à présent d'une réputation de chronicité et de résistance aux traitements qui n'est pas sans conséquence sur le moral des patients et leur adhésion au traitement. Une étude danoise a ainsi montré que la moitié des traitements prescrits pour cette affection n'était même pas achetée un mois après leur prescription ! Certains patients ont encore en mémoire des hospitalisations prolongées, les badigeons multicolores et les odeurs de goudron. Ces temps-là sont révolus. Les désordres immunologiques qui initient cette affection font l'objet d'une intense recherche et sont de mieux en mieux cernés. Et si l'on ne peut effectivement pas guérir définitivement le psoriasis, l'offre thérapeutique s'est élargie, permettant d'atténuer considérablement les souffrances, morale et physiques, de la plupart des patients. Ceux-ci ne pourront cependant être réellement associés aux choix des traitements que s'ils connaissent bien leur maladie et s'affranchissent des idées reçues : puisse ce livret vous aider à satisfaire leur avidité d'information !

1 - Qu'est-ce que le psoriasis ? Est-ce une maladie orpheline ?

Le psoriasis affecte de manière chronique ou intermittente 2 à 7 % de la population en Europe (1). Il n'est donc pas une maladie « orpheline », mais fait au contraire l'objet d'intenses recherches qui donnent lieu chaque année à plusieurs milliers de publications scientifiques. Les connaissances ont beaucoup progressé ces dernières années même si toutes les pièces du puzzle ne sont pas encore assemblées.

Le psoriasis est une tendance de la peau à se renouveler mal et trop rapidement, comme un processus de cicatrisation qui n'aurait pas de fin. N'ayant pas le temps de s'éliminer, les squames s'accumulent, la peau s'épaissit. Lié à une prédisposition génétique, le psoriasis est révélé par des facteurs environnementaux,

qui varient au cours de la vie : traumatismes, infections, stress, plus rarement médicaments...Il n'y a pas encore de consensus sur la part de responsabilité de telle ou telle cellule de la peau mais il apparaît maintenant certain que le processus est initié sous l'épiderme par une réaction immunitaire inflammatoire (d'où la rougeur souvent visible) au sein de laquelle une cellule semble jouer un rôle plus important : le lymphocyte* T.

Comment se développe une plaque de psoriasis ?

La théorie auto-immune postule que les patients atteints de psoriasis se sont sensibilisés vis-à-vis d'antigènes présents dans leur peau (et principalement leur épiderme). Ces antigènes sont appelés « auto-antigènes » et le psoriasis peut donc être considéré comme une maladie auto-immune par rupture de tolérance immunitaire vis-à-vis de nos propres antigènes. Les patients possèdent donc des lymphocytes T auto-réactifs, c'est-à-dire capable d'être activés lorsque les cellules dendritiques* de la peau présentent les auto-antigènes du psoriasis aux LT spécifiques. Tous les médicaments capables de bloquer l'activation ou le recrutement des LT sont efficaces dans le psoriasis. D'autres théories suggèrent le rôle d'agents infectieux (virus, streptocoques). Les traitements actuels locaux et systémiques ont pour but de bloquer l'inflammation. Les traitements futurs auront pour but de ré-induire une tolérance immunitaire vis-à-vis des auto-antigènes.

Comment une plaque se développe à partir de la peau normale ?

Etape 1 : les LT auto-réactifs non activés circulent dans la peau normale.

Etape 2 : leur activation fait suite à la présentation des auto-antigènes. Elle est favorisée par des traumatismes, une infection ou un stress.

Etape 3 : les LT activés produisent des molécules (cytokines, chimiokines) qui vont induire une inflammation et le recrutement dans la peau de globules blancs (rougeur).

Etape 4 : cytokines, chimiokines et cellules recrutées vont activer les cellules épidermiques (kératinocytes) qui vont proliférer en excès et former la plaque indurée et les squames. Après une phase d'état de plusieurs semaines à plusieurs mois, la plaque va disparaître sous l'effet de mécanismes régulateurs immunologiques.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire fréquente, conjonction de facteurs génétiques et environnementaux. Au niveau cellulaire, les lymphocytes* T semblent jouer un rôle central

2 - Comment se présente le psoriasis ?

Les aspects de cette dermatose sont tellement divers que certains se demandent s'il s'agit bien d'une seule maladie. La forme la plus commune de psoriasis est en plaques: celles-ci sont rouges, squameuses, bien limitées et de taille très variable. Lorsque les plaques sont très nombreuses mais de quelques millimètres, on parle de psoriasis en gouttes, qui succède souvent à une infection générale et concerne surtout l'enfant. Parfois, en l'absence de toute infection, l'inflammation provoque un afflux de globules blancs de type polynucléaire et donc des pustules, visibles sous forme de points jaunes ; le psoriasis est dit pustuleux, limité aux paumes et plantes ou plus rarement généralisé.

Toutes les régions du corps, même les muqueuses, peuvent être atteintes. Les lésions prédominent en général sur les zones de frottement vestimentaire : coudes, genoux, jambes, bas du dos Elles atteignent aussi volontiers le cuir chevelu (sans altérer les cheveux), les conduits auditifs...et le nombril. Aux ongles peuvent être notées, notamment en cas de psoriasis sévère, des dépressions en dé à coudre, des modifications de couleur, des décollements ou un épaississement. Chez le bébé, les fesses sont souvent atteintes (« psoriasis des langes »).

Dans les plis la rougeur est importante et les squames discrètes. L'atteinte du visage est plus rare, difficile à distinguer d'une dermatite séborrhéique. Les paumes et les plantes peuvent être atteintes isolément : l'hyperkératose (corne) est alors souvent importante, provoquant des fissures douloureuses.

Peut-il survenir à tout âge ?

Le psoriasis, de fréquence égale dans les deux sexes, peut se révéler à tout âge, mais fréquemment entre 20 et 40 ans. Il débute avant 20 ans dans 1/3 des cas (9). Les débuts précoces, sans être graves, semblent refléter une tendance à récidiver davantage. Chaque âge, y compris celui de la fertilité, pose des problèmes thérapeutiques spécifiques.

La dermatite séborrhéique

Comme le psoriasis, elle provoque des rougeurs et des squames, est volontiers déclenchée par le stress, améliorée par le soleil mais a pour particularité de se manifester uniquement là où la peau est riche en glandes sébacées (partie médiane du visage, cuir chevelu, conduits auditifs, zone présternale). Elle peut atteindre le nourrisson. Le rôle pro-inflammatoire de levures (*Malassezia* sp.) en quantité excessive est suspecté car les traitements locaux antifongiques* sont efficaces. Seules des études génétiques permettraient d'affirmer qu'il s'agit d'une maladie réellement distincte du psoriasis.

3 - Le psoriasis démange-t-il ? Laisse-t-il des cicatrices ?

Le prurit* que l'on croyait rare dans cette maladie affecte pourtant 7 patients sur 10 (4), à des degrés divers. Il peut constituer le principal motif de consultation. Sa prise en charge est d'autant plus nécessaire que le grattage entretient l'inflammation, comme tout traumatisme : c'est le phénomène de Koëbner*. Mais heureusement, quelque soit leur intensité, les plaques ne génèrent pas de cicatrice.

Plaques, gouttes, pustules, cornes...ou simples rougeurs : les présentations du psoriasis sont aussi variées que ses localisations. Il prédomine sur les zones de frottement, démange souvent mais ne laisse pas de cicatrice. Aux visage et cuir chevelu, il est très proche de la dermatite séborrhéique.

4 - Qu'est-ce qui provoque le psoriasis ?

Bien que la prédisposition génétique soit constante, les antécédents familiaux ne sont retrouvés que dans 1/3 des cas (5). Il n'y a pas un seul mais de multiples gènes favorisant le psoriasis, ce que reflète la grande variabilité de la maladie. Celle-ci se révèle à l'occasion d'un évènement particulier (traumatisme physique ou psychique, infection, prise de certains médicaments tels que le lithium, les bêtabloquants, l'interféron...) et prend d'autant plus d'importance que le patient a des facteurs aggravants : obésité, consommation exagérée d'alcool, tabagisme, état dépressif, stress chronique. Chaque patient est différent et doit essayer d'analyser, avec l'aide de son médecin, ce qui favorise ses poussées ou une localisation particulière (contexte professionnel par exemple).

5 - La peau est-elle seule concernée ? Est-ce une maladie grave ?

Bien que peau et ongles soient souvent les seuls affectés, les muqueuses peuvent l'être aussi : langue « géographique » avec plaques lisses à contours géométriques, rougeurs et squames sur les organes génitaux. Le psoriasis peut rester discret toute la vie et ne jamais motiver de consultation. Il existe cependant un nombre restreint de patients chez qui la dermatose devient un handicap majeur. Les décès restent cependant exceptionnels, par déshydratation, surinfection ou complication du traitement. Ce risque existe notamment en cas de forme érythrodermique* (atteinte de tout le corps, frissons, fièvre), ou de psoriasis pustuleux généralisé qui comporte en outre un risque d'inflammation du foie (hépatite). L'association à un rhumatisme inflammatoire est observée dans 5 à 20 % des cas. Les patients atteints de psoriasis développent aussi plus fréquemment un syndrome métabolique*, c'est-à-dire l'association d'une obésité, d'une augmentation du cholestérol et des triglycérides sanguins, d'une hypertension artérielle, de troubles de la glycémie, ce qui les expose à la survenue d'un diabète et de maladies cardio-vasculaires (5). Enfin cette maladie affichante peut bien sûr favoriser un état dépressif ou constituer un handicap professionnel.

Le rhumatisme psoriasique

Ce rhumatisme inflammatoire complique à l'âge adulte un psoriasis volontiers connu, étendu, avec atteinte des ongles, mais cette règle n'est pas absolue ! Il se manifeste par des douleurs articulaires nocturnes, suivies d'une sensation d'ankylose au réveil, et par une fatigue générale. L'atteinte des doigts et des orteils, volontiers asymétrique est la plus fréquente. Lorsqu'elle est associée à un rhumatisme inflammatoire « axial » (bassin et plus rarement rachis), le diagnostic en est facilité et sera conforté par des examens, à la recherche d'une inflammation sanguine, de remaniements articulaires radiologiques...). Les traitements ont pour but de soulager le patient et d'éviter le développement de lésions destructrices ;

Le psoriasis peut survenir à tout âge, en cas d'exposition à des traumatismes physiques ou psychiques, à des infections bactériennes ou à certains médicaments. Une bonne hygiène de vie semble à l'inverse avoir un effet protecteur sur le psoriasis et la survenue du syndrome métabolique fréquemment associé. Un rhumatisme inflammatoire est la complication la plus fréquente, les décès sont exceptionnels.

6 - Est-ce une maladie transmissible, contagieuse ?

On ne le répétera jamais assez : le psoriasis n'est pas une maladie contagieuse. La confusion avec la lèpre ou la gale n'existe plus en théorie mais une ségrégation existe encore dans l'accès à certains loisirs (piscine) ou...dans le regard des autres, ce qui est source d'une grande souffrance pour les patients.

7 - Peut-on s'en débarrasser ?

Il est vrai qu'aucun traitement à ce jour ne permet d'assurer une guérison définitive du psoriasis (il faudrait pour cela une thérapie génique). Ceci alimente un certain défaitisme qui épargne pourtant d'autres maladies chroniques (diabète, asthme, hypertension...) mais paraît injustifié :

- les traitements peuvent apporter des rémissions prolongées.
- le psoriasis peut disparaître spontanément sans que l'on sache pourquoi ni comment

8 - Faut-il se soigner tout le temps ?

Le but du traitement étant d'améliorer la qualité de vie, chaque patient choisira la méthode qu'il jugera adaptée en fonction de la gêne ressentie. Le traitement pourra n'être que saisonnier et limité à une partie du corps, notamment pour améliorer l'image corporelle, ou être continu. Idéalement les soins devraient être poursuivis plusieurs mois après guérison apparente car l'inflammation persiste longtemps dans la peau même si elle n'est plus visible.

9 - Les expositions solaires et les bains de mer sont-ils utiles ?

Le soleil améliore la plupart des patients grâce aux vertus anti-inflammatoires des ultraviolets. D'où l'idée d'administrer ces UV en cabine, soit seuls (UVB) soit après sensibilisation de la peau par des psoralènes* (PUVAthérapie). Cependant il y a un risque d'interaction avec d'autres traitements et, en cas d'utilisation déraisonnable ou chez les sujets à peau rousse, de cancers cutanés à long terme. C'est pourquoi ces photothérapies* ne sont ainsi indiquées qu'en cas de psoriasis étendu, sous surveillance dermatologique.

L'eau de mer a aussi souvent un effet bénéfique malgré des sensations fréquentes de piqûres lors des premiers bains.

Le psoriasis n'est pas une maladie contagieuse. Les traitements améliorent la qualité de vie en attendant une éventuelle rémission spontanée. Ils sont, selon les cas, continus ou intermittents. Les ultraviolets et les bains de mer sont appréciés par la plupart des patients.

10 - Par quel traitement commencer ?

La peau est une cible idéale pour les traitements locaux qui minimisent les risques d'effets secondaires des médicaments. Une explication précise des quantités nécessaires et une bonne observance conditionnent leur efficacité. Les crèmes hydratantes ont un effet intéressant mais limité. Les corticoïdes locaux atténuent rapidement la rougeur et le prurit, évitant ainsi le cercle vicieux du grattage, mais, tel le lièvre de la fable, deviennent moins performants (et moins bien tolérés) après quelques semaines d'utilisation continue. A l'inverse le bénéfice des dérivés de la vitamine D locale est lent à se manifester mais durable, avec une excellente tolérance, sauf parfois au visage et dans les plis. Ces deux traitements sont souvent combinés le premier mois puis dissociés, la « tortue » (vitamine D) devant être ensuite privilégiée. Un des dérivés de la vitamine A, est une alternative possible mais à débiter progressivement pour limiter le risque d'irritation. L'huile de cade est encore utilisée en bains ou incorporée dans des shampoings, qui comportent aussi d'autres principes actifs utiles pour les soins du cuir chevelu.

Crème, gel, lotion ?

La crème convient à toutes les localisations sauf au cuir chevelu où gel, lotion...et shampoings traitants sont plus indiqués. Les pommades, plus grasses que les crèmes, permettent d'incorporer un agent « kératolytique *», tel que l'acide salicylique, afin d'éliminer squames ou cornes très épaisses.

Les traitements locaux, s'ils sont appliqués régulièrement, sont efficaces et bien tolérés lorsque la surface à traiter est modérée. Corticoïdes et vitamine D, de préférence utilisés en crèmes, sont complémentaires.

11 - Que faire lorsque les crèmes ne marchent pas ?

Pour les psoriasis légers, améliorer l'observance du traitement local (hydratants, crèmes et pommades traitantes) et limiter les frottements vestimentaires suffisent souvent. A l'inverse, lorsque le psoriasis dépasse 20% de la surface corporelle, le recours à un traitement complémentaire est souvent nécessaire. Il faut éradiquer un éventuel foyer infectieux (ORL le plus souvent), envisager la photothérapie* ou des traitements généraux. Ceci doit faire l'objet d'une discussion approfondie.

Parmi les traitements oraux, qui tous nécessitent une surveillance spécifique, citons :

- Un dérivé de la vitamine A, bon traitement de fond à débiter progressivement, qui est parfois associé à la photothérapie. Son efficacité est nette dans les formes pustuleuse et palmo-plantaire, moindre dans le psoriasis en plaques. Du fait d'un risque tératogène* prolongé, il n'est pas prescrit chez les jeunes femmes. De plus il tend à augmenter les lipides* sanguins.

.- Les immunosuppresseurs*, disponibles sous formes orale et injectable, ont un profil de tolérance et un coût acceptables. Ils permettent de passer un cap difficile mais nécessitent une surveillance attentive car leur tolérance (par le foie ou le rein notamment) a tendance à diminuer au fil du temps. Le choix de la molécule dépendra de l'âge et des projets de conception.

- Les esters d'un acide dérivé d'une plante, la fumeterre officinale, ont montré une certaine efficacité mais ne sont disponibles qu'en Allemagne.

Idéalement ces différents traitements sont alternés, en moyenne chaque année, ce qui améliore leur tolérance à long terme : on parle de stratégie rotationnelle.

12 - Y a-t-il de nouveaux traitements dans cette maladie ?

Le psoriasis est la dermatose qui a bénéficié le plus des efforts de recherche de ces dernières années, avec la mise au point de « biothérapies* », c'est-à-dire de thérapeutiques ciblées contre :

- Le TNF α , molécule-clé de l'inflammation ;

- Le lymphocyte* T, cellule qui initie la réaction inflammatoire.

Disponibles uniquement sous forme injectable, ces biothérapies* sont prescrites après échec ou intolérance des traitements classiques en raison de leur coût élevé et de quelques incertitudes sur leur tolérance à long terme.

Ainsi, que ce soit par les traitements classiques ou le recours aux biothérapies*, chaque patient peut espérer une nette amélioration de son psoriasis au prix de certaines contraintes de surveillance. Le pessimisme n'est donc plus de mise !

En cas d'échec des traitements locaux ou de psoriasis étendu, doivent être envisagés, la photothérapie ou d'autres traitements généraux tels qu'un dérivé de la vitamine A ou les immunosuppresseurs. Une rotation de ces traitements est souhaitable sans négliger la correction des facteurs aggravants (frottements, surpoids, tabac, alcool). Les biothérapies sont des traitements ciblés, qui permettent de soulager les cas les plus difficiles.

13 - Comment traiter les atteintes des ongles ou un rhumatisme inflammatoire ?

Les traitements locaux en cas d'atteinte des ongles sont peu utiles car l'inflammation se situe au niveau de la matrice*, donc en profondeur. Les traitements généraux sont plus efficaces mais leur risque doit être bien mesuré. Dans tous les cas il faut éviter les micro-traumatismes, donc bannir les auto-manipulations et couper les ongles courts. Une fois le diagnostic de rhumatisme psoriasique affirmé, grâce à une étroite collaboration entre dermatologues et rhumatologues, un traitement général devient souvent nécessaire (7). Il peut se limiter à des anti-inflammatoires simples (non stéroïdiens), des doses modérées de corticoïdes, parfois administrés en infiltrations articulaires, ou plus rarement être chirurgical (synoviorthèse*, arthrodèse)*. En cas d'échec ou d'évolution rapide, on dispose des mêmes médicaments que pour le psoriasis cutané (immunosuppresseurs et biothérapies anti TNF α). Là encore, la prise en charge a fait des progrès remarquables.

14 - Comment traiter une femme enceinte, un enfant ?

Il est préférable chez la femme enceinte de se contenter de crèmes hydratantes et de corticoïdes locaux en quantité limitée. Les autres traitements locaux ne sont pas officiellement autorisés. En cas de psoriasis étendu, la photothérapie UVB est possible. Certains immunosuppresseurs le sont aussi, mais en étroite collaboration avec les obstétriciens. S'ils n'ont pas à faire face à un rejet en milieu scolaire, les enfants supportent en général bien mieux leur psoriasis...et les traitements que les adultes. L'observance est en revanche problématique. Les traitements locaux sont possibles, en respectant scrupuleusement les quantités maximales. Expositions solaires raisonnables et bains de mer apportent un soulagement en été. L'alternative est un dérivé de la vitamine A (seulement avant la puberté chez les filles) qu'on évitera de prescrire de manière continue pour respecter la croissance de l'enfant. Les autres traitements ne sont qu'exceptionnellement indiqués.

Le rhumatisme psoriasique et l'atteinte sévère des ongles justifient souvent le recours à un traitement général. Certains immunosuppresseurs et les biothérapies anti-TNF α ont l'avantage d'avoir une efficacité comparable sur la peau et les articulations. Chez la femme enceinte et l'enfant les traitements locaux et les ultraviolets sont à privilégier.

15 - Un régime est-il nécessaire ?

Aucun régime ne saurait à lui seul guérir un psoriasis mais une bonne hygiène de vie est importante. En effet il semble exister un véritable cercle vicieux « prise de poids-aggravation du psoriasis », qui affecte à la fois la réponse et la tolérance aux traitements et favorise l'apparition du syndrome métabolique*. Le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool sont d'autres facteurs aggravants reconnus. L'exclusion de telle ou telle catégorie d'aliment n'apparaît à l'heure actuelle nullement justifiée.

16 - Les cures thermales ont-elles un intérêt ?

Les séjours en station thermale, d'une durée de 3 semaines, peuvent réduire les besoins médicamenteux. Il est cependant difficile de savoir quels sont les mérites respectifs des eaux thermales (en bains, douches filiformes, enveloppement), des expositions solaires ou d'un environnement psychologique favorable. L'Assurance maladie prend en charge les soins sur prescription médicale, mais une aide au logement n'est proposée qu'aux revenus modestes. Les traitements généraux habituels seront poursuivis pendant la cure.

17 - Les médecines parallèles sont-elles utiles ?

Les « médecines douces » (homéopathie, ostéopathie, acupuncture...) n'ont pas démontré, dans le psoriasis, d'effet supérieur au placebo* dans les études contrôlées. Cependant l'effet placebo est loin d'être négligeable puisqu'il améliore l'état d'environ 15% des patients (10) ! La forte demande pour ces traitements « alternatifs », bien tolérés et peu coûteux, doit donc être prise en compte dans les formes peu sévères.

18 - Faut-il une prise en charge psychologique ?

Bien que le psoriasis ne soit pas qu'une maladie psychosomatique, il est bien rare que cette dermatose ne comporte pas une dimension psychologique : le stress est parfois à l'origine de poussées et la maladie peut provoquer perte de confiance, repli sur soi, dépression... Cet aspect a été mis en relief dans des études de qualité de vie qui ont montré que le psoriasis est en moyenne aussi durement ressenti qu'un cancer (11)! Cette souffrance doit pouvoir s'exprimer au cours du dialogue médecin-patient, ô combien important. Une psychothérapie* de soutien n'est cependant que rarement indiquée. Le choix du traitement dépendra en effet tout autant, sinon plus de la souffrance morale que de l'étendue de la dermatose. Le psoriasis illustre ainsi à merveille la nécessité d'une médecine « globale » où le préalable à toute prescription devrait être une écoute approfondie du patient, de son histoire, des ses attentes...

Cures thermales et médecines parallèles, appréciées de nombreux patients, ont leur place dans la panoplie thérapeutique et réduisent parfois les besoins en médicaments allopathiques.

Le dialogue médecin-patient est essentiel dans la prise en charge. Une psychothérapie* est utile si le psoriasis s'accompagne d'une grande souffrance morale.

19 - Quelle prise en charge sociale du psoriasis ?

La plupart des traitements du psoriasis sont remboursés par l'Assurance maladie et les mutuelles mais de nombreuses crèmes hydratantes et shampooings ne le sont pas. Dans les formes sévères, et surtout en cas de rhumatisme inflammatoire, le psoriasis est parfois pris en charge au titre des affections dites de longue durée, « hors liste », pour une durée souvent limitée. Ceci offre quelques avantages supplémentaires, dont le remboursement des frais de transports liés aux soins (transport autonome ou par véhicule sanitaire selon l'état général du patient). Le médecin traitant doit faire la demande sur un formulaire adapté ; la décision appartient au médecin-conseil de l'Assurance maladie.

En cas d'handicap sévère le médecin du travail peut être amené à proposer à l'employeur des aménagements du poste de travail après obtention d'une reconnaissance de travailleur handicapé, qui peut également être utile en cas de recherche d'emploi. Si l'handicap est tel qu'il ne permet plus de conserver un emploi, une allocation d'adulte handicapé (AAH) peut être sollicitée. Il convient de s'adresser à une Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH).

20 - Après la consultation, à qui parler de son psoriasis ?

Il existe de nombreux forum-santé sur internet avec des informations de qualité inégale. On peut aussi s'adresser à une association de patients, la principale étant : L'A.P.L.C.P Association Pour la Lutte Contre le Psoriasis. Créée en 1983, cette association regroupe actuellement plus de 15000 membres. Ses objectifs s'orientent suivant 4 axes : l'entraide, l'information des malades et du grand public, la recherche

médicale et la reconnaissance auprès des organes officiels et des institutions sociales. Parce que le psoriasis est souvent ressenti comme avilissant, toute l'action de l'association est orientée vers une meilleure connaissance et une meilleure acceptation de cette dermatose grâce à des brochures, conseils appropriés, un soutien moral aux patients et à leur famille et la tenue de permanences dans plusieurs régions. 5 brochures sont disponibles sur demande auprès de l'association :

Collection aPSOLu : 1) Vivre avec un psoriasis : quel quotidien, quel avenir ? 2) Psoriasis : mal à ma peau, mal dans ma peau 3) Psoriasis : quel traitement pour faire peau neuve ? 4) Psoriasis : quand les articulations s'en mêlent 5) Psoriasis et nouvelles thérapies : trop « bio » pour être vrai ? (sept 2008)

Siège social : APLCP Hôpital St-Louis Pavillon Bazin, 1 avenue Claude Vellefaux 75010 Paris ;
Courriel : aplcp@hotmail.fr; Site internet : www.aplcp.org

LEXIQUE

Arthrodèse : blocage chirurgical définitif de l'articulation permettant de soulager la douleur.

Biothérapies : famille récente de médicaments dérivés de molécules biologiques naturelles (enzymes, protéines, hormones, anticorps).

Cellule dendritique : cellule capable de présenter les antigènes aux lymphocytes T et d'induire une immunisation.

Erythrodermie : association de rougeur sur tout le corps, desquamation intense, oedème frissons. Le psoriasis n'est pas la seule cause d'érythrodermie.

Immunosuppresseurs : famille de médicaments capables de bloquer les réactions inflammatoires chroniques

Kératolytique : qui vise à enlever l'excès de kératose (squames, corne) à la surface de l'épiderme.

Koëbner (phénomène de) : activation de la réaction inflammatoire par des traumatismes, le plus souvent minimes et répétés.

Lipides : graisses ; dans le sang, il s'agit principalement du cholestérol et des triglycérides.

Lymphocyte : variété de globule blanc présent dans tous les tissus, jouant un rôle central dans la réponse immunitaire.

Matrice (de l'ongle) : zone de régénération de l'ongle, située à sa base, à l'abri de la peau.

Photothérapie : traitement utilisant les effets de la lumière. Celle-ci est le plus souvent délivrée sous forme d'ultraviolets, dans des cabines et sous la surveillance d'un dermatologue.

Placebo : produit pharmaceutique sans substance active visant à améliorer une maladie. Au cours d'études contrôlées, il est comparé à des médicaments supposés plus actifs.

Prurit : démangeaisons

Psoralènes : substances utilisées par voie locale ou générale pour renforcer l'effet des ultraviolets sur la peau.

Psychothérapie : traitement des souffrances psychologiques par des techniques fondées sur la communication verbale et émotionnelle.

Syndrome métabolique : association d'une obésité, d'une augmentation des lipides (« graisses ») sanguins, d'une hypertension artérielle, de difficultés à réguler le taux de sucres dans le sang.

Synoviorthèse : traitement des affections de la synoviale, membrane qui tapisse l'articulation, par injection intra-articulaire.

Tératogène : qui engendre des malformations du fœtus

REFERENCES

1. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. *JEADV* 2001 ; 15 : 16-7.
2. Dubertret L. La clinique et ses variations. In *Le psoriasis de la clinique au traitement*. Collection Guide Pratique en Dermatologie éditions MedCom, 2004, Paris.
3. Barker J. Skin diseases with high public health impact. Psoriasis. *Eur J Dermatol* 2007; 17:563-4.
4. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol* 2007; 25:555-62.
5. Sommer DM, Jenish S, Suchan M et al. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2006; 298:321-8.
6. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ et al. Epidemiology of psoriasis arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:573-7.
7. Nicolas JF, Thivolet J. Psoriasis : de la clinique à la thérapeutique. *EJd Book Series* ; John Libbey Eurotext, 1997, Paris.
8. Claudepierre P, Bagot M. Rhumatisme psoriasique. *Ann Dermatol Venerol* 2008 ; 135:S263-8.
9. Hick J, Feldman SR. Eligibility creep: a cause for placebo group improvement in controlled trials of psoriasis treatments. *J Am Acad Dermatol*; 57:972-6.
10. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad dermatol* 1999; 41:401-7.