



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CONNAISSANCES

Item 114 – UE 4 Psoriasis



CEDEF¹²

Disponible sur Internet le 12 février 2018

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer un psoriasis.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse, d'évolution chronique, qui atteint environ 2 % de la population.

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'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée de lésion psoriasique peut-être utile mais n'est habituellement pas nécessaire. Lorsqu'il est réalisé, il montre (Fig. 1) :

- une hyperkératose avec parakératose ;
- acanthose (épaississement de l'épiderme) liée à une prolifération excessive des kératinocytes ;
- des micro-abcès à polynucléaires neutrophiles ;
- infiltrat inflammatoire de lymphocytes ;
- allongement des papilles dermiques et vaisseaux néoformés dilatés.

L'origine de la maladie est inconnue

Il existe une prédisposition génétique, de nombreux gènes de susceptibilité ont été identifiés dont :

- gènes associés au groupe HLA : HLA Cw6 ;
- gènes associés à l'immunité innée : *IL-36RN* (inhibiteur du récepteur à l'IL-36) et *CARD14* (intervenant dans l'activation de la voie NF-κB) qui sont impliqués dans les formes pustuleuses de psoriasis ;

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2018.01.009>.

¹ La liste des auteurs et collaborateurs, publiée dans ce numéro, est également disponible à l'adresse suivante : <http://doi:10.1016/j.annder.2018.01.009>.

² Auteur correspondant : nicolas.dupin@aphp.fr (N. Dupin).

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.01.017>

0151-9638/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

- gènes associés à l'immunité acquise : *IL-12b* (sous-unité de l'interleukine 12), *IL-23R* (récepteur de l'interleukine IL-23).

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 β , IL-36 et TNF α , 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 IFN γ et Th17 produisant l'IL-17

Les IL-12, IL-17 et TNF α favorisent localement :

- la prolifération des kératinocytes ;
- la néo-angiogenèse ;
- la production de chimiokines nécessaires au recrutement des polynucléaires neutrophiles.

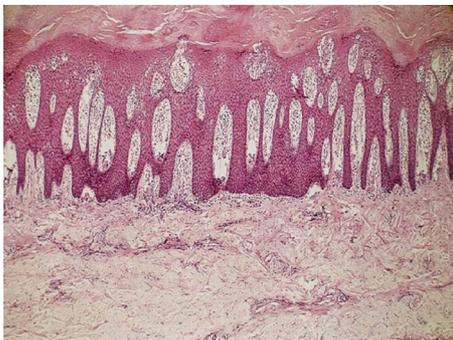


Figure 1. Histologie d'un psoriasis avec hyperkératose, acanthose et papillomatose (allongement des papilles).

Facteurs environnementaux à l'origine du déclenchement de psoriasis

Infections

Certains psoriasis de l'enfant et adolescent débutent à la suite d'épisodes infectieux rhino-pharyngés (agents viraux et streptocoque β 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 bêtabloqueurs (y compris collyres), le rôle est débattu pour les autres médicaments.
- 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 émotifs et des traumatismes affectifs dans le déclenchement de la maladie ou la survenue des poussées.

Le stress psychologique pourrait induire une sécrétion accrue de neuromédiateurs à activité pro-inflammatoire.

Facteurs de gravité

L'alcool et le tabac sont des facteurs de gravité et de résistance thérapeutique reconnus.

La surcharge pondérale est également un facteur de résistance au traitement.

Diagnostic

Le diagnostic de psoriasis est un diagnostic clinique.

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 érythémato-squameuse bien limitée, arrondie, ovale ou polycyclique (Fig. 2).

La couche squameuse superficielle blanchâtre peut être très épaisse ou, au contraire, partiellement décapée par le traitement, laissant apparaître l'érythème sous-jacent.



Figure 2. Psoriasis : lésions érythémato-squameuses caractéristiques.



Figure 3. Psoriasis en plaques.

Le plus souvent, ces éléments sont multiples et symétriques, parfois diffus.

La taille des lésions est variable :

- psoriasis en plaques (Fig. 3) ;
- psoriasis nummulaire ;
- psoriasis en gouttes (Fig. 4).

Localisations habituelles (zones bastions) (Fig. 5)

Zones exposées aux frottements et traumatismes physiques :

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

Points cliniques importants

Dans les psoriasis habituels, l'état général n'est pas altéré.

Le psoriasis n'est pas contagieux.

Le prurit est présent lors des poussées dans 50 % des cas.

Le psoriasis régresse sans laisser de cicatrice.

Les lésions peuvent être douloureuses, 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 :

- des plaques circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées, couvertes de larges squames traversées par les cheveux (Fig. 6) ;

- ou une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu

Il est rarement la cause d'une chute de cheveux mais les plaques épaisses peuvent engainer les follicules pileux et parfois être cause de chute de cheveux.

La localisation occipitale est fréquente.

Dans la région antérieure, à la lisière du cuir chevelu, les lésions sont souvent très inflammatoires et réalisent une couronne rouge et discrètement squameuse.

Psoriasis unguéal (Fig. 7)

- Peut prendre l'aspect de dépressions ponctuées cupuliformes : ongles en « dé à coudre » ou réaliser une onycholyse avec décollement distal et zone proximale de couleur cuivrée.
- Hyperkératose sous-unguéale, paronychie, perte de transparence de l'ongle et zones leuconychiques (blanches).

Autres localisations plus rares

- **Psoriasis inversé** : on le trouve dans les plis, en particulier interfessier, axillaires, sous-mammaires, ombilical, inguinal (Fig. 8).
- **Psoriasis palmoplantaire** :
 - peut réaliser une kératodermie en îlots ou diffuse (Fig. 9) ;
 - peut rendre la marche ou les activités manuelles difficiles du fait des douleurs et des fissures ;
 - atteinte pustuleuse à type de pustulose palmoplantaire (Fig. 10) possible pouvant s'associer à une atteinte articulaire sternale ou sterno-claviculaire (Syndrome SAPHO).
- **Psoriasis des muqueuses génitales** : lésions érythémateuses non squameuses aggravées lors des rapports sexuels.



Figure 4. Psoriasis en gouttes.



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



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



Figure 6. Psoriasis du cuir chevelu.

- **Psoriasis du visage** (ou sébopsoriasis) : rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique : éry-

thème et fines squames des sourcils et du pli nasogénien ; les localisations à la conque de l'oreille et au conduit auditif externe sont possibles.

Formes graves

Psoriasis érythrodermique (item 112)

Psoriasis généralisé à plus de 90 % de la surface cutanée avec une desquamation abondante (Fig. 11).

Peut être provoquée par un rebond après l'arrêt de certains agents thérapeutiques (corticothérapie générale).

Comme toute érythrodermie, 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.**

Psoriasis pustuleux : forme généralisée

- Peut apparaître d'emblée ou compliquer un psoriasis en plaques.



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



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



Figure 10. Psoriasis pustuleux palmaire.



Figure 11. Érythrodermie psoriasique.

- Peut-être déclenché par divers médicaments.
- Début brutal avec altération de l'état général, fièvre élevée et placards rouge vif qui se couvrent de pustules superficielles non folliculaires pouvant confluer en larges nappes essentiellement localisées sur le tronc.

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

Lésions pustuleuses spongiformes, non folliculaires et aseptiques, ce qui les différencie des pustules d'origine infectieuse.

Rhumatisme psoriasique

Se rencontre chez environ 25 % des malades et peut donner trois tableaux cliniques principaux (Tableau 1 et Fig. 12).

Sévérité de l'atteinte cutanée non corrélée à la présence d'une atteinte articulaire.

Certaines localisations de psoriasis doivent particulièrement faire rechercher 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).

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 (appelé autrefois psoriasis des langes, *napkin psoriasis*) (Fig. 13).

Souvent aigu, en gouttes.

Peut succéder à une infection rhino-pharyngée streptococcique.

Visage plus souvent atteint que chez l'adulte.

Diagnostic différentiel

Pour la forme classique du psoriasis (atteinte érythémato-squameuse).

Pityriasis rosé de Gibert (Fig. 14)

- Éruption d'origine inconnue (possiblement virale).
- Médaillon isolé précédant l'éruption pendant 10–15 jours.
- Macules rosées finement squameuses et des médaillons dont le centre plus clair paraît en voie de guérison, sur le tronc et la racine des membres.
- Disposition caractéristique « en branches de sapin » dans le dos.
- Évolution spontanée vers la guérison en 6 à 8 semaines (diagnostics différentiels).
- Doit faire pratiquer des sérologies VIH et TPHA/VDRL.

Dermatite séborrhéique (cf. item 109)

- Habituellement localisée au visage (plis nasogéniens), au cuir chevelu et à la région médiosternale,
- De diagnostic plus délicat car des formes frontières avec un psoriasis sont possibles.
- La présence de lésions de psoriasis à distance aide au diagnostic.

Tableau 1 Formes cliniques articulaires du psoriasis.

Formes	Fréquence	Particularités
Oligo- ou mono-arthrite	++++	Atteinte métacarpophalangienne, interphalangienne proximale Doigts ou orteils boudinés > Hanches, genoux
Polyarthrite	++	Atteinte des interphalangiennes distales Peu destructrice Recherche de facteur rhumatoïde et d'anticorps anti-protéines citrullinées négative
Rhumatisme axial	+	Atteinte vertébrale et sacro-iliaque (Proche spondylarthrite ankylosante) Association significative avec HLA B27

**Figure 12.** Rhumatisme psoriasique périphérique.**Figure 13.** Psoriasis du nourrisson.

Eczéma chronique (cf. item 183)

Il diffère par :

- son aspect clinique : érythème et œdème, microvésicules et suintement, peu de squames, limites émiettées ;
- sa topographie (visage et plis) ;

- Le diagnostic différentiel se pose surtout avec l'eczéma nummulaire (en médaillons).

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 palmoplantaire** : autres causes de kératodermies palmoplantaires acquises : eczéma, lichen, dermatophytose.
- **Érythrodermie psoriasique** : autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes, eczémas).
- **Psoriasis pustuleux généralisé** : certaines toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée).
- **Rhumatisme psoriasique** : difficile à différencier de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante s'il n'est pas associé à des lésions cutanées clairement identifiées comme psoriasiques ; le rhumatisme psoriasique nécessite un dépistage et une prise en charge spécifique.

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 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 ;
- ou des infections ORL.



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



Figure 15. Phénomène de Koebner.

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) — qui peut entretenir ou aggraver les lésions ;
- **eczématisation** (à évoquer si suintement et prurit intense) : penser à rechercher une sensibilisation ou une irritation due à un topique médicamenteux ;
- **altération profonde de la qualité de vie avec syndrome dépressif** 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 ;
- syndrome métabolique :

- syndrome associant :
 - glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,10 g/l,
 - triglycéridémie supérieure à 1,50 g/l,
 - HDL < 0,40 g/l pour l'homme et à 0,50 g/l chez la femme,
 - TA \geq 130/85 mmHg,
 - tour de taille > 102 cm pour l'homme et > 88 cm chez la femme ;
- si ce syndrome métabolique n'est pas traité : risque de complication cardio-vasculaire et diabète de type II.

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

- 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 (1 paume : 1 %) et par le score PASI.
- L'altération de la qualité de vie est également évaluée par des scores, le plus utilisé étant le « DLQI » (*Dermatology Quality Life Index 0–30*). Un psoriasis est considéré comme sévère si le DLQI est > à 10.
- Les psoriasis modérés à sévères ont une surface atteinte de plus de 10 % et/ou un score PASI supérieur à 10.
- Prise en compte 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.

Dermocorticoïdes

- S'utilisent sous forme de pommade (lésions sèches) ou de crème.
- Éviter les pommades dans les plis (risque de macération).
- Lotion, mousse et shampoing au propionate de clobetasol pour le cuir chevelu.
- Règles d'utilisation (item 326) :
 - 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 (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 :
 - 2 applications par jour (calcipotriol et calcitriol) ;
 - 1 application par 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

Sous forme :

- de pommade ou gel pour le corps ;
- de gel pour le cuir chevelu.

L'association est synergique et permet d'obtenir une efficacité supérieure à la monothérapie au rythme d'une application par jour.

Le traitement continu ne doit pas dépasser 4 semaines.

Un traitement intermittent 2 fois par semaine en entretien est possible pour maintenir le bénéfice thérapeutique.

Autres traitements topiques

- Bains et émouillants : 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 ;
 - effet kératolytique dans un excipient gras (vaseline) ou adapté au cuir chevelu ;
 - *contre-indiqué chez l'enfant* (risque d'intoxication salicylée) ;
 - ne pas dépasser la concentration de 10 % (20 % en cas d'utilisation très limitée : paumes, plantes).

Photothérapie

Les différentes photothérapies sont :

- 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 par 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 par semaine sont nécessaires ;
- association rétinolide (acitretine) et PUVAthérapie : rePUVA ou acitretine et UVB ;
- photothérapies localisées pour les paumes ou les plantes ;
- balnéoPUVAthérapie : le psoralène n'est pas pris par voie orale mais administré par voie cutanée au cours d'un bain avant l'exposition aux UVA.

Les précautions et les effets indésirables sont décrits dans le [Tableau 2](#).

Les résultats sont une rémission dans environ 70 % des cas après 20 à 30 séances, comparables pour les deux méthodes.

Traitements généraux (hors biothérapies)

Ils permettent une amélioration importante des lésions en 2 à 4 mois chez :

- 30 % des patients pour l'acitretine ;
- 50 à 60 % des patients pour le méthotrexate et la ciclosporine ;
- aprémilast (si échec, ou contre-indication, ou intolérance aux autres traitements systémiques dont la ciclosporine, le méthotrexate ou la PUVA thérapie).

Tableau 2 Contre-indications et principaux effets secondaires des traitements systémiques classiques du psoriasis.

	Contre-indications et précautions	Effets indésirables
Photothérapie	Contre-indications Antécédent de cancer cutané Dermatose photosensible Médicaments photosensibilisants Intoxication alcoolique pour la PUVA Précautions Protection des organes génitaux externes Tenir compte de la dose cumulée délivrée (ne pas dépasser 200 séances) Surveillance cutanée prolongée (carcinomes tardifs)	À court terme Érythème plus ou moins intense (surdosage, prise concomitante de médicaments photosensibilisants) Troubles digestifs (PUVA) À long terme Vieillesse prématurée de la peau Cancers cutanés (surtout carcinomes)
Acitretine	Contre-indications Femme en âge procréer sans contraception efficace, projet grossesse dans les 3 ans après arrêt traitement, grossesse, allaitement Anomalies bilan lipidique, anomalies bilan hépatique	Sécheresse cutanéomuqueuse, prurit, perte cheveux Hyperlipidémie Élévation transaminases Térogénicité HTIC si interactions médicamenteuse avec tétracyclines
Méthotrexate	Contre-indications Femme et homme en âge procréer sans contraception efficace, grossesse, allaitement Anomalies hémogramme Anomalies bilan hépatique Insuffisance rénale Infection évolutive	Cytopénie, macrocytose, Troubles digestifs, Pneumopathie d'hypersensibilité (rare) Fibrose pulmonaire (rare) Fibrose hépatique (si FDR associés : alcool, diabète) Ulcérations cutanéomuqueuses si surdosage et/ou interactions médicamenteuses (aspirine forte dose, triméthoprim)
Ciclosporine	Contre-indications HTA Insuffisance rénale ATCD néoplasie Infection chronique	HTA Hypertrichose Néphrotoxicité Hyperplasie gingivale Cancers cutanés Nombreuses interactions médicamenteuses

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 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 trois types d'agents en fonction de leur mode d'action :

- les agents anti-TNF α :
 - étanercept, protéine de fusion mimant le récepteur soluble du TNF α ,
 - infliximab, anticorps anti-TNF α chimérique,
 - adalimumab, anticorps anti-TNF α humain ;

- les agents ciblant l'IL-12 et l'IL-23 : ustékinumab, anticorps monoclonal humain cible la sous unité p40 commune à l'IL-12 et l'IL-23 ;
- les agents ciblant l'IL-17 : sécukinumab et ixékizumab

Contre-indications communes aux différentes biothérapies du psoriasis

- Infection évolutive.
- Tuberculose latente.
- Cancer ou hémopathie évolutifs ou en rémission depuis moins de 5 ans.
- Grossesse par précaution de principe. Une conception sous traitements biologiques ne justifie pas une interruption de grossesse et la poursuite d'un traitement biologique les 2 premiers trimestres de la grossesse peut être discutée en fonction de la gravité du psoriasis.
- Vaccins vivants atténués faits depuis moins de trois semaines.

Bilan pré-biothérapie (recommandations HAS 2013)

Examen clinique complet : mammographie, frottis cervico-vaginal comme la population du même âge.

- Vérifier :
 - les vaccinations : vacciner contre la grippe 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.
- dépistage de la tuberculose : radiographie du thorax, quantiféron ou IDR tuberculine 10 UI.
- Patient en âge de procréer : contraception efficace.
- Sous traitement anti-TNF :
 - effectuer régulièrement un examen clinique complet (aires ganglionnaires) ;
 - faire renouveler le traitement une fois par 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 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'apremilast et les biothérapies sont utilisées.

Formes cliniques particulières

- Psoriasis pustuleux : acitrétine, méthotrexate, ciclosporine.
- Kératodermie palmoplantaire invalidante : acitrétine, méthotrexate ;
- Rhumatisme psoriasique invalidant : méthotrexate, anti-TNF α , anti-IL-12/IL-23, anti-IL-17A.

Conclusion

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

- Le psoriasis est une maladie inflammatoire cutanée chronique qui touche 2 à 3 % de la population.
- Il est caractérisé cliniquement par des lésions érythémato-squameuses.
- Les localisations sont le plus souvent très caractéristiques : coudes, genoux, jambes, région lombosacrée, 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.
- 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 intolérants ou résistant aux traitements systémiques habituels.
- **Transversalité** : rhumatologie, maladies métaboliques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires).