

# Item 123 : Psoriasis

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>4</b>
<b>I Diagnostic</b> .....	<b>6</b>
<b>I.1 Forme commune de psoriasis</b> .....	<b>6</b>
<b>I.1.1 Lésion élémentaire</b> .....	<b>6</b>
<b>I.1.2 Localisations habituelles</b> .....	<b>7</b>
<b>I.1.3 À noter</b> .....	<b>8</b>
<b>I.2 Formes cliniques</b> .....	<b>8</b>
<b>I.2.1 Topographiques</b> .....	<b>8</b>
<b>I.2.1.1 Psoriasis du cuir chevelu</b> .....	<b>8</b>
<b>I.2.1.2 Psoriasis unguéal</b> .....	<b>9</b>
<b>I.2.1.3 Autres localisations plus rares</b> .....	<b>10</b>
<b>I.2.2 Formes graves</b> .....	<b>11</b>
<b>I.2.2.1 Psoriasis érythrodermique</b> .....	<b>11</b>
<b>I.2.2.2 Psoriasis arthropathique</b> .....	<b>12</b>
<b>I.2.2.3 Psoriasis pustuleux</b> .....	<b>13</b>
<b>I.2.2.4 Au cours de l'infection par le VIH</b> .....	<b>14</b>
<b>I.2.3 Psoriasis de l'enfant</b> .....	<b>14</b>
<b>II Diagnostic différentiel</b> .....	<b>15</b>
<b>II.1 Forme classique</b> .....	<b>15</b>
<b>II.1.1 Pityriasis rosé de Gibert</b> .....	<b>15</b>
<b>II.1.2 Dermatite séborrhéique</b> .....	<b>16</b>
<b>II.1.3 Dermatite atopique</b> .....	<b>16</b>
<b>II.2 Formes particulières</b> .....	<b>16</b>
<b>III Évolution – complications</b> .....	<b>17</b>
<b>IV Principes du traitement</b> .....	<b>17</b>
<b>IV.1 Règles générales</b> .....	<b>17</b>
<b>IV.2 Traitements locaux</b> .....	<b>18</b>

<b>IV.2.1</b>	<b>Dermocorticoïdes</b> .....	<b>18</b>
<b>IV.2.2</b>	<b>Analogues de la vitamine D</b> .....	<b>18</b>
<b>IV.2.3</b>	<b>Autres traitements topiques</b> .....	<b>19</b>
<b>IV.2.3.1</b>	<b>Bains et émoullients</b> .....	<b>19</b>
<b>IV.2.3.2</b>	<b>Acide salicylique</b> .....	<b>19</b>
<b>IV.2.3.3</b>	<b>Tazarotène (Zorac)</b> .....	<b>19</b>
<b>IV.3</b>	<b>Photothérapie</b> .....	<b>19</b>
<b>IV.4</b>	<b>Traitements généraux</b> .....	<b>20</b>
<b>IV.5</b>	<b>Indications</b> .....	<b>21</b>
<b>IV.5.1</b>	<b>Formes localisées</b> .....	<b>22</b>
<b>IV.5.2</b>	<b>Formes très étendues</b> .....	<b>22</b>
<b>IV.5.3</b>	<b>Formes cliniques particulières</b> .....	<b>22</b>
<b>IV.6</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>22</b>
<b>Points Essentiels</b>	.....	<b>22</b>

## OBJECTIFS

ENC :

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

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

### Physiopathologie

Le psoriasis est caractérisé par un trouble de l'homéostasie épidermique (hyperprolifération et troubles de la différenciation kératinocytaire) ainsi que par des phénomènes inflammatoires dermo-épidermiques complexes.

### MÉCANISMES LÉSIONNELS

Le renouvellement accéléré de l'épiderme peut être induit par des facteurs de prolifération extrakératinocytaires ou peut résulter d'anomalies intrinsèques du kératinocyte.

#### *Facteurs extrakératinocytaires*

Ils pourraient être produits par les polynucléaires neutrophiles (qui migrent dans la couche cornée et participent aux signes histologiques du psoriasis et sécrèteraient des protéases), ou par les lymphocytes CD4 qui après activation par des antigènes classiques ou des superantigènes activés produiraient diverses cytokines stimulant le *turn over* des kératinocytes.

L'hypothèse d'une activation des lymphocytes T ferait rapprocher le psoriasis des maladies auto-immunes et expliquerait la grande efficacité thérapeutique de la ciclosporine dans le psoriasis.

### *Facteurs intrakératinocytaires*

Différentes anomalies de transduction de la membrane au noyau ont été décrites dans le psoriasis (voie de la protéine kinase A, C, des nucléotides cycliques...).

On constate une augmentation de l'expression de différents récepteurs à l'*epidermal growth factor* (EGF), diverses anomalies des molécules d'adhésion, une perturbation de divers facteurs de croissance et de différenciation des kératinocytes (TGF alpha, IL-6...) et diverses anomalies des gènes impliqués dans la réponse à la vitamine D et à la vitamine A qui participent à la prolifération et à la différenciation épidermique.

## **FACTEURS ÉTIOLOGIQUES**

### *Facteurs d'environnement*

Des facteurs d'environnement (stress, climat, infection, traumatisme...) permettraient l'expression du psoriasis chez des sujets génétiquement prédisposés.

### *Prédisposition génétique*

La prédisposition génétique est étayée par la survenue de cas familiaux (30 % des cas) et la survenue fréquente de la dermatose chez les jumeaux monozygotes. Lorsque l'affection débute dans l'enfance, elle est fréquemment liée aux antigènes d'histocompatibilité, en particulier HLA Cw6 et DR7. Les gènes de prédisposition sont multiples et localisés sur différents chromosomes.

### *Facteurs infectieux*

Ils sont mis en évidence par le début de certains psoriasis de l'enfant à la suite d'épisodes infectieux rhinopharyngés, ces derniers pouvant également aggraver des psoriasis déjà connus. Le rôle d'antigènes bactériens ou des superantigènes dans la stimulation des lymphocytes T est discuté. La survenue ou l'aggravation d'un psoriasis au cours du sida fait aussi discuter l'implication d'agents viraux dans la maladie.

### *Médicaments*

Certains médicaments peuvent induire ou aggraver le psoriasis, en particulier les sels de lithium, les bêtabloqueurs, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, l'interféron alpha, les antipaludéens de synthèse.

### *Facteurs psychologiques*

Le rôle des chocs émotifs et des traumatismes affectifs dans le déclenchement de la maladie ou la survenue des poussées est classique. Les stress psychologiques agiraient par l'intermédiaire d'une sécrétion accrue de neuromédiateurs et d'hormones surrénaliennes.

### *Facteurs de gravité*

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

## **I DIAGNOSTIC**

---

Le diagnostic est avant tout clinique.

### **I.1 FORME COMMUNE DE PSORIASIS**

#### **I.1.1 Lésion élémentaire**

Il s'agit d'une tache érythémato-squameuse bien limitée, arrondie, ovale ou polycyclique (Figure 1). La couche squameuse superficielle blanchâtre peut être très épaisse ou au contraire partiellement décapée par le traitement laissant apparaître l'érythème sous-jacent.

**Figure 1 : Psoriasis : lésions érythématosquameuses caractéristiques**



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

La taille des lésions est variable : psoriasis en points, en gouttes, nummulaires (éléments arrondis de 1 à plusieurs centimètres de diamètre), ou en plaques.

L'examen anatomopathologique est rarement utile. Lorsqu'il est réalisé, il montre une hyperkératose avec parakératose et une acanthose de l'épiderme liée à une prolifération excessive des kératinocytes. En outre, l'épiderme est le siège de microabcès à polynucléaires neutrophiles (microabcès de Munro-Sabouraud). Dans le derme existe un infiltrat à lymphocytes T-CD4 et un grand développement capillaire avec allongement des papilles dermiques.

### **I.1.2 Localisations habituelles**

Les localisations habituelles, très caractéristiques de l'affection, sont surtout les zones exposées aux frottements :

- coudes (et bord cubital de l'avant-bras) ;

- genoux, jambes ;
- région lombosacrée (Figure 2) ;
- cuir chevelu ;
- ongles.

**Figure 2 : Psoriasis : localisation caractéristique au niveau des coudes et de la région lombaire**



### **I.1.3 À noter**

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 30 à 60 % des cas.

Le psoriasis régresse sans laisser de cicatrice.

## **I.2 FORMES CLINIQUES**

### **I.2.1 Topographiques**

#### **I.2.1.1 Psoriasis du cuir chevelu**

Classiquement non alopeciant, il peut réaliser des plaques circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées, couvertes de larges squames traversées par les cheveux ou bien former une véritable carapace recouvrant la totalité du cuir chevelu (Figure 3).



**Figure 3 : Psoriasis du cuir chevelu**



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 séborrhéique.

#### I.2.1.2 Psoriasis unguéal

Il 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 (Figure 4).

**Figure 4 : Psoriasis unguéal avec dépressions cupuliformes et discrète onycholyse**



On peut aussi avoir une hyperkératose sous-unguéale, une paronychie, une perte de transparence de l'ongle et des zones leuconychiques.

### I.2.1.3 Autres localisations plus rares

Ce sont :

- le psoriasis inversé : on le retrouve dans les plis, en particulier interfessier, axillaires, sous-mammaires et ombilical (Figure 5) ;
- le psoriasis palmo-plantaire : il peut réaliser une kératodermie en îlots ou diffuse (Figure 6) ;
- le psoriasis du gland : le psoriasis respecte les muqueuses, à l'exception du gland avec des taches érythémateuses non squameuses ;
- le psoriasis du visage : rare, il peut prendre l'aspect d'une dermatite séborrhéique (sébopsoriasis). Les localisations à la conque et au conduit auditif externe sont classiques.

**Figure 5 : Psoriasis inversé**



**Figure 6 : Kératodermie palmaire diffuse psoriasique**



## I.2.2 Formes graves

### I.2.2.1 Psoriasis érythrodermique

Cf. Item 314 : Érythrodermie : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_39/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_39/site/html/1.html).

Il s'agit d'un psoriasis généralisé à plus de 90 % des téguments, dont les lésions sont le siège d'une desquamation abondante (Figure 7).

**Figure 7 : Érythrodermie psoriasique**



**Figure 8 : Rhumatisme psoriasique périphérique**



L'érythrodermie peut être provoquée par des traitements généraux (corticothérapie).

Elle peut se compliquer de surinfections, de troubles de la thermorégulation et d'anomalies hydroélectrolytiques et doit entraîner l'hospitalisation du malade.

#### **I.2.2.2 Psoriasis arthropathique**

Il se rencontre chez environ 20 % des malades psoriasiques et peut donner 3 tableaux cliniques (Tableau 1).



Tableau 1 : Formes cliniques articulaires du psoriasis

Formes	Fréquence	Particularités
Oligo- ou monoarthrite	++++	Atteinte MCP, IPP Doigts ou orteils boudinés > hanches, genoux
Polyarthrite	++	Atteinte des IPD Peu destructrice Sérologie rhumatoïde négative
Rhumatisme axial	+	Atteinte vertébrale et sacro-iliaque (proche spondylarthrite ankylosante) association avec HLA B27 moins forte que dans SPA (Fig. 8)

### I.2.2.3 Psoriasis pustuleux

Il peut apparaître d'emblée ou sur un psoriasis déjà connu, et peut être déclenché par divers médicaments. Ce n'est pas une infection. Il faut distinguer :

- le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire. Il s'agit :
  - de pustules jaunâtres évoluant par poussées (Figure 9),
  - le handicap fonctionnel (difficultés du travail manuel et de la marche) qu'il génère est souvent important ;
- le psoriasis pustuleux généralisé (dit de von Zumbusch) :
  - début brutal avec une altération de l'état général, une fièvre et des placards rouge vif qui se couvrent de pustules superficielles pouvant confluer en larges nappes essentiellement localisées sur le tronc,
  - d'évolution parfois grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

**Figure 9 : Psoriasis pustuleux palmaire**



L'unicité des deux formes de psoriasis pustuleux est histologique : présence d'une pustule spongiforme, multiloculaire et aseptique, ce qui la différencie des pustules d'origine infectieuse.

#### **I.2.2.4 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 classique, pustuleux ou érythrodermique et peut être difficile à distinguer d'une dermatite séborrhéique profuse.

#### **I.2.3 Psoriasis de l'enfant**

Le psoriasis du nourrisson est souvent localisé à la zone des langes (« napkin psoriasis ») (Figure 10).

**Figure 10 : Psoriasis du nourrisson**



Le psoriasis de l'enfant est souvent aigu, en gouttes et peut succéder à une infection rhinopharyngée streptococcique. Le visage est plus souvent atteint que chez l'adulte.

## **II DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

---

### **II.1 FORME CLASSIQUE**

Le diagnostic se pose avec de nombreuses dermatoses érythémato-squameuses.

#### **II.1.1 Pityriasis rosé de Gibert**

Il associe des taches rosées finement squameuses et des médaillons de plus grande surface, arrondis ou ovalaires dont le centre plus clair paraît en voie de guérison.

L'éruption reste presque toujours limitée au tronc et à la racine des membres.

L'évolution spontanée vers la guérison se fait en 6 à 8 semaines et permet de trancher les cas litigieux.

### II.1.2 Dermatite séborrhéique

Cf. Item 232 : Dermatite séborrhéique : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_35/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_35/site/html/1.html).

Habituellement localisée au visage (plis nasogéniens), au cuir chevelu et à la région médio-thoracique, elle est de diagnostic plus délicat.

La présence de lésions psoriasiques à distance aide au diagnostic.

### II.1.3 Dermatite atopique

Cf. Item 114 : Dermatite atopique : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_16/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_16/site/html/1.html).

Elle est différente dans :

- sa topographie (visage et plis) ;
- ses associations (rhinite allergique, asthme) ;
- ses examens biologiques (augmentation des IgE).

## II.2 FORMES PARTICULIERES

Il s'agit :

- *du psoriasis des plis* : qui pose le problème des intertrigos d'origine bactérienne ou mycosique ;
- *du psoriasis palmo-plantaire* : qui fait partie des kératodermies palmo-plantaires de causes diverses (génétiques, acquises) ;
- de l'érythrodermie psoriasique : qui doit être distinguée des autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes, eczéma) ;
- du psoriasis pustuleux généralisé : qui pose le problème de certaines toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;
- du rhumatisme psoriasique : qui est 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.



### III ÉVOLUTION - COMPLICATIONS

---

La maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune. Ces psoriasis de début précoce sont plus souvent familiaux, associés aux antigènes d'histocompatibilité et graves contrairement aux psoriasis débutant plus tardivement.

L'évolution est chronique et se fait par poussées entrecoupées de rémissions pendant lesquelles les lésions sont minimales. Ces rémissions sont plus fréquentes en été à cause de l'effet bénéfique des rayons ultraviolets.

Les poussées, souvent imprévisibles, sont parfois déclenchées par des facteurs psychologiques, des médicaments ou/et des infections ORL.

Les traumatismes cutanés (griffures, vaccinations, chirurgie) peuvent être le siège d'une efflorescence de lésions psoriasiques (phénomène de Koebner).

La surinfection (bactérienne rare, plus fréquente [plis] par *Candida albicans*) peut entretenir ou aggraver les lésions.

L'eczématisation (survenue d'un suintement, d'un prurit intense) peut être expliquée par une mauvaise tolérance à certains traitements locaux (rechercher une sensibilisation à un topique médicamenteux).

Même en dehors des formes graves (érythrodermies, rhumatisme et formes pustuleuses) le psoriasis est une maladie qui peut altérer profondément la *qualité de vie* lorsque les lésions sont affichantes ou gênantes pour un travail manuel. La gravité de ce retentissement est souvent sous-estimée par le médecin.

### IV PRINCIPES DU TRAITEMENT

---

#### IV.1 REGLES GENERALES

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 disparition transitoire plus ou moins complète des lésions.

Prise en compte impérative dans le choix thérapeutique, non seulement 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.

Prise en compte des effets secondaires potentiels à court et à long terme des traitements et introduire la notion d'un « capital thérapeutique » à gérer sur du long terme (information du patient).

Nécessité d'un soutien (ou d'une prise en charge) psychologique.

Il n'est pas utile de traiter les psoriasis très limités et/ou psychologiquement bien acceptés par les malades.

Ne pas oublier que les traitements majeurs ont des effets secondaires importants et ne doivent être utilisés que dans un faible pourcentage de cas graves.

## **IV.2 TRAITEMENTS LOCAUX**

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

### **IV.2.1 Dermocorticoïdes**

Ils sont surtout utilisés en pommade (lésions sèches). Les crèmes sont réservées aux plis et les lotions au cuir chevelu. Leurs effets secondaires sont nombreux et il est conseillé d'effectuer des traitements de durée limitée et de contrôler les quantités utilisées (nombre de tubes).

Règles d'utilisation (cf. item 174 : Prescription et surveillance d'un traitement par dermocorticoïdes : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_29/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_29/site/html/1.html)) :

- en dehors des lésions du visage, utiliser dans le psoriasis au moins un dermocorticoïde de classe III ;
- une seule application par jour est suffisante dans la plupart des cas (effet « réservoir » de la couche cornée) ;
- optimisation de l'efficacité par l'occlusion (pénétration accrue) ;
- association possible avec les autres traitements du psoriasis.

### **IV.2.2 Analogues de la vitamine D**

Ils comprennent :

- le calcipotriol (*Daivonex*) ;
- le tacalcitol (*Apsor*) ;
- le calcitriol (*Silkis*).

La conduite du traitement recommande :

- 2 applications par jour (calcipotriol et calcitriol), 1 application par jour (tacalcitol) ;
- 1 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 secondaire atrophiant ;
- irritation cutanée surtout sur le visage et dans les plis.

Une association dermocorticoïde et calcipotriol (*Daivobet*) permet une efficacité supérieure à 1 application par jour. Elle ne doit pas dépasser 4 semaines.

### IV.2.3 Autres traitements topiques

#### IV.2.3.1 Bains et émoullients

Les bains et les émoullients sont utiles pour décaper les lésions et soulager le prurit ; l'huile de cade est moins employée.

#### IV.2.3.2 Acide salicylique

L'acide salicylique est une molécule dont l'effet kératolytique peut être utile, utilisé dans un excipient gras (vaseline), pour décaper des lésions très squameuses en préalable à tout autre traitement local ou avant une PUVAthérapie. Il est contre-indiqué chez l'enfant (risque d'intoxication salicylée). Il ne faut pas dépasser la concentration de 10 % (20 % en cas d'utilisation très limitée [paumes, plantes]).

#### IV.2.3.3 Tazarotène (Zorac)

C'est un rétinoïde topique dont l'utilisation est réservée à des psoriasis très limités (< à 10 % de la surface corporelle). Un effet irritant peut être observé. Il est contre-indiqué en cas de grossesse.

## IV.3 PHOTOTHERAPIE

Les différentes photothérapies sont :

- PUVAthérapie : association d'un psoralène photosensibilisant (8-méthoxy-psoralène [Méladinine] ou 5-méthoxypsoralène [Psoraderm]) et d'une irradiation UVA. Vingt séances en moyenne à raison de 3 séances par semaine sont nécessaires ;
- photothérapie UVB à spectre étroit (TL-01) ne nécessitant pas la prise de psoralène préalable. Son efficacité est comparable à celle de la PUVAthérapie. Vingt séances en moyenne à raison de 3 séances par semaine sont nécessaires.

Les précautions et les effets secondaires sont décrits dans le Tableau 2.

Les résultats sont une rémission dans environ 80 % des cas après 20 à 30 séances, comparable pour les deux méthodes.

**Tableau 2 : Photothérapie : précautions et effets secondaires**

Contre-indications et précautions	Effets secondaires
<b>Contre-indications</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– antécédent de cancer cutané,</li><li>– femme enceinte</li><li>– enfant</li><li>– médicaments photosensibilisants</li></ul>	<b>À court terme</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– érythème plus ou moins intense (surdosage, prise concomitante de médicaments photosensibilisants)</li><li>– troubles digestifs</li></ul>
<b>Précautions</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– examen ophtalmologique préalable (contre-indication en cas de cataracte).</li><li>– protection des organes génitaux externes</li><li>– compte de la dose cumulée délivrée</li><li>– surveillance prolongée du tégument (carcinomes tardifs)</li></ul>	<b>À long terme</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– vieillissement prématuré du tégument</li><li>– cancers cutanés (carcinomes, mélanomes)</li><li>– cataracte</li></ul>

#### **IV.4 TRAITEMENTS GÉNÉRAUX**

Ils sont résumés dans le Tableau 3.

Les traitements dits « biothérapies » sont à visée anti-TNF (étanercept [*Enbrel*] ; infliximab [*Remicade*] ; adalimumab [*Humira*]) ou à visée lymphocytaire T par inhibition de la liaison LFA1-ICAM1 (efalizumab [*Raptiva*]). Leur indication est réservée aux échecs ou aux contre-indications des traitements systémiques précédents et leur emploi est contingenté.

**Tableau 3 : Caractéristiques des principales molécules prescrites**

	Rétinoïdes Acitrétine (Soriatane)	Méthotrexate	Ciclosporine (Néoral)
<i>Contre-indications</i>	Grossesse, allaitement, femme en âge de procréer n'ayant pas de moyen de contraception efficace Anomalies du bilan hépatique, du bilan lipidique	Anomalies de l'hémogramme  Anomalies du bilan hépatique Insuffisance rénale Infection évolutive Antécédents néoplasiques Éthylisme chronique	HTA incontrôlée  Insuffisance rénale Antécédent de néoplasie Infection chronique
<i>Posologie</i>	Administration par voie orale, en 1 prise quotidienne 0,5 mg/kg/j à atteindre progressivement	Doses faibles 7,5 à 10 mg/sem Administration hebdomadaire 1 injection musculaire unique, ou par voie orale	Faibles (au maximum : 5 mg/kg/j) Voie orale  Durée limitée (mois),
<i>Prescription et surveillance</i>	Risque tératogène : chez toute femme en période d'activité génitale : – réalisation d'un test de grossesse avant traitement – utilisation d'une contraception fiable débutée avant le traitement, poursuivie pendant toute la durée du traitement et pendant 2 ans après son arrêt – surveillance transaminases et lipides	Surveillance biologique mensuelle stricte :  – hématologique : NFS  – hépatique : transaminases  – pulmonaire – ponction biopsie hépatique discutée au cas par cas et en fonction des doses cumulatives reçues et des autres facteurs de risque (alcool, médicaments associés)	Surveillance mensuelle :  – TA  – créatininémie et clairance
<i>Effets secondaires</i>	Habituellement bénins et dose-dépendants – cliniques : chéilite, sécheresse cutanéomuqueuse, desquamation, chute capillaire, prurit – biologiques : hyperlipidémies, élévations des transaminases	Cytopénie, macrocytose  Fibrose pulmonaire  Fibrose hépatique	Néphrotoxicité (traitement prolongé) Hypertension artérielle  Long terme : lymphomes ou carcinomes

## IV.5 INDICATIONS

Elles dépendent :

- de la gravité du psoriasis ;
- du retentissement sur la qualité de vie du patient ;
- des contre-indications éventuelles ;
- des antécédents du patient.

#### **IV.5.1 Formes localisées**

Le traitement local est suffisant.

#### **IV.5.2 Formes très étendues**

Le traitement comprend : photothérapie et/ou rétinoïdes ou méthotrexate ou ciclosporine.

#### **IV.5.3 Formes cliniques particulières**

Pour les formes particulières suivantes :

- psoriasis pustuleux : acitrétine ;
- kératodermie palmo-plantaire invalidante : acitrétine ;
- rhumatisme psoriasique invalidant : méthotrexate ou ciclosporine.

### **IV.6 CONCLUSION**

Le traitement sera prescrit en milieu spécialisé et veillant au respect des contre-indications, des règles d'utilisation et des modalités de surveillance.

Quelle que soit l'option thérapeutique choisie, la prise en compte du retentissement psychologique doit être mise en œuvre tout au long du suivi.

### **POINTS ESSENTIELS**

---

- **Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique fréquente.**
- **Les localisations sont le plus souvent très caractéristiques : coudes, genoux, région lombosacrée, cuir chevelu, ongles.**
- **Il existe des formes graves : érythrodermie, rhumatisme psoriasique, psoriasis pustuleux.**
- **Le but du traitement est symptomatique : soulager le patient et ramener la dermatose à un niveau lésionnel acceptable au long cours.**
- **Le traitement est le plus souvent uniquement local.**
- **La photothérapie est très efficace dans les formes étendues de psoriasis.**
- **Les traitements généraux, utilisés exceptionnellement, doivent faire l'objet d'une surveillance particulière.**
- **La prescription d'acitrétine chez la femme nécessite l'adhésion à des règles strictes de contraception.**