

REPÈRES PRATIQUES

Dermatopédiatrie

Comment je prends en charge un psoriasis de l'enfant ?



→ **E. MAHÉ**
Service de Dermatologie,
Hôpital Victor-Dupouy,
ARGENTEUIL.

Récemment, lors d'un congrès de dermatologie pédiatrique, un collègue me disait : *“chez l'enfant, on attend au maximum pour traiter le psoriasis !”*. Chassons ce vilain principe relayé encore par certains d'entre nous : l'enfant a le même droit que l'adulte d'être traité dès que cela est nécessaire. Ni le PASI ni le DLQI ni la voix des parents ne permettent de choisir ce moment. Comment est-ce que je prends en charge ces enfants ?

Quel enfant est-ce que je prends en charge ?

Tous méritent une prise en charge. De la plaque du cuir chevelu à la forme la plus sévère, une évaluation de la maladie doit être faite, des explications sur la maladie doivent être données aux parents et à l'enfant, dès qu'il est en âge de comprendre.

La question qui est directement liée à celle-ci est *lesquels je traite ?* Là aussi, tous méritent, à défaut de traitements médicamenteux (qui seront discutés plus bas), des conseils d'hygiène tels que l'utilisation de shampooings adaptés, l'application d'émollients, la nécessité d'éviter les traumatismes (éviter de se ronger les ongles, toilette douce non traumatisante, voisine de celle proposée pour la dermatite atopique...).

Enfin, cela peut apparaître comme une évidence pour les dermato-pédiatres, la prise en charge devra privilégier l'enfant et sa dermatose. Si les plaintes parentales à la recherche de l'enfant parfait doivent être entendues, ce sont la dermatose et l'enfant qui seront les priorités, en s'adaptant à son ressenti et à ses souffrances. Par exemple un psoriasis en gouttes d'un petit enfant sera mal vécu par les parents, mais souvent associé à une indifférence totale de l'enfant. Dans ce cas, un traitement minimaliste (émollients par exemple) sera proposé. À l'inverse, un adolescent avec des plaques sur les zones bastion (“psoriasis léger”) pourra être en souffrance majeure car source de moqueries, et adaptera son comportement à ce handicap (*fig. 1*).



FIG. 1 : Enfant de 14 ans présentant un psoriasis annulaire sévère. Message transmis par son dermatologue : *attendre 18 ans pour le traiter*. En pratique, cet enfant vivait en pantalons et manches longues toute l'année, refusait d'aller à la piscine (et toutes les activités estivales en général) avec ses copains. Les parents adaptaient les vacances pour qu'il ne soit pas mis en difficulté (pas de séjour à la mer par exemple). Indication “urgente” à une prise en charge.

REPÈRES PRATIQUES

Dermatopédiatrie

Et les tout-petits ?

Les tout-petits (moins de 2 ans) méritent aussi toute notre attention, avec une limite majeure : l'enfant se plaint rarement de ses symptômes, il souffre finalement peu de prurit. Ce sont les parents qui sont en première ligne des plaintes. Il faudra donc être vigilant pour ne pas surtraiter l'enfant et passer du temps à expliquer aux parents le projet thérapeutique qui sera essentiellement de prévenir les complications potentielles (**fig. 2**).



FIG. 2 : Prise en charge du psoriasis du nourrisson. **A.** Psoriasis du siège : éviter la surinfection et la macération en utilisant des émollissants, voire des antifongiques, rarement des dermocorticoïdes en cures courtes. **B.** "Clown rouge" : traiter les plaques du visage avec des dermocorticoïdes et des émollissants afin d'éviter les remarques récurrentes faites aux parents du type "qu'est-ce qu'il a ?", "vous ne traitez pas votre enfant ?"...

Comment est-ce que j'évalue la sévérité du psoriasis chez l'enfant ?

Nous sommes un peu démunis ! Le PASI est adapté au psoriasis en plaques de l'adulte ; le DLQI est adapté à l'adulte ; le CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*) est certes développé pour l'enfant, mais le seuil "définissant"

la sévérité du psoriasis chez l'enfant n'a pas été étudié ; il a donc un intérêt potentiel pour le suivi de l'enfant. Ce serait finalement le PGA (*Physician Global Assessment*) qui serait le plus adapté : il définit la sévérité de 0 à 5, 5 étant "très sévère".

La subjectivité de ce test en fait un outil "pratique" mais peu "valide". En pratique, ce sont souvent des situations de vie courante qui permettent d'évaluer le retentissement de la dermatose : difficulté à l'écriture, à la marche (**fig. 3**), moqueries des camarades, adaptation de l'activité sportive (par exemple



FIG. 3 : Retentissement du psoriasis chez 2 enfants : **A.** Atteinte digitale retentissant sur le port du stylo chez un enfant de 6 ans en cours d'apprentissage de l'écriture (noter le port inadapté du stylo). **B.** Psoriasis du talon chez une enfant de 1 an en cours d'apprentissage de la marche : refus de poser le pied !

demande de certificat pour ne pas aller à la piscine, arrêt de la danse pour une petite de 6 ans car ses plaques se voyaient à travers son collant, etc.) qui permettent probablement la meilleure évaluation et qui feront monter le PGA.

Quels traitements locaux est-ce que j'utilise ?

Il y a l'AMM et la pratique. Pour l'AMM, seul le calcipotriol (seul, et non l'association) a l'AMM chez l'enfant. En pratique, l'association calcipotriol-bétaméthasone peut tout aussi bien être utilisée ; les dermocorticoïdes aussi, en respectant la galénique et la force du dermocorticoïde à l'intensité de l'inflammation, de l'hyperkératose et des localisations. L'utilisation est finalement assez voisine de celle de l'adulte ! Quelques principes simples, vrais aussi

pour l'adulte et peut-être pour toutes les dermatoses, afin d'optimiser l'observance dans cette dermatose chronique :

- éviter de fixer des durées : appliquer le produit (1 ou 2 fois) tous les jours jusqu'à **blanchiment complet** des lésions ;
- puis espacer. Pour simplifier, je propose deux fois par semaine sur les zones les plus fixes, afin d'éviter des décroissances très prolongées et très... compliquées ;
- maximum : 1 ou 2 crème, soit un principe actif (ou 2) et 1 émollient.

Quand est-ce que j'utilise des traitements systémiques ? Et lesquels ?

Quand le psoriasis me paraît sévère (cf. supra) et qu'il y a résistance à un traitement local bien mené, je propose un traitement général. À partir de combien de tubes peut-on parler de résistance ? Personne n'a la réponse : 60 à 100 g de tout principe actif, s'il est insuffisamment efficace, peut être considéré comme en échec. Ce chiffre arbitraire me paraît "raisonnable" : soit la surface atteinte est étendue et dans ce cas de grandes quantités de produits seront nécessaires et donc mieux vaut opter pour un systémique, soit les lésions sont très localisées (p. ex. KPP) et dans ce cas ces consommations seront abusives voire mal tolérées (**fig. 4**). Mon choix se porte sur :

– l'acitrétine paraît le plus adapté en première intention et son "taux d'efficacité" acceptable (60 % ?). Sa tolérance tant clinique que biologique est globalement très bonne chez l'enfant, ceci paraît d'autant plus vrai que l'enfant est jeune.



FIG. 4 : Syndrome de Cushing chez un enfant traité par clobétasol (Dermoval) sous occlusion pour une kératodermie palmoplantaire sévère.

Entre 2 et 3 ans, 3/4 des enfants manquent de fer

» Après 1 an, comment prévenir les carences et excès ?

Sa principale limite est sa lenteur d'efficacité (2 à 3 mois). Si on peut accepter d'attendre 3 à 6 mois pour être très efficace chez un adulte ayant un psoriasis depuis 10 ans, c'est beaucoup moins vrai chez l'enfant. C'est la raison pour laquelle je préfère rapidement atteindre – soit d'emblée, soit en 15 jours – la dose efficace (autour de 0,5 mg/kg, voire plus), avec une limite chez la jeune adolescente du fait des contraintes de prescription ;

– la photothérapie : belle hypocrisie ? Elle est proposée à partir de 10-12 ans, de préférence sous forme d'UVB à spectre étroit, soit le plus souvent en hôpital. Or, à partir de 10-12 ans, les contraintes scolaires (et parentales) et les horaires de certains hôpitaux (9h-16h30 dans mon service !) interdisent leur emploi chez l'enfant. C'est donc assez compliqué en pratique de prescrire des UVB qui pourraient avoir une bonne indication, notamment dans le psoriasis en gouttes ;

– le méthotrexate, la ciclosporine et les biologiques sont à réserver aux échecs des traitements précédents. Ils semblent tout aussi efficaces que chez l'adulte. Leur emploi est à réserver à des centres à orientation dermato-pédiatrique.

Et le psoriasis en gouttes : antibiotiques ou pas ?

Oui et non. Une antibiothérapie est toujours justifiée s'il existe un foyer streptococcique patent, et non préalablement traité, associé à une poussée de psoriasis (**fig. 5**). Il faudra

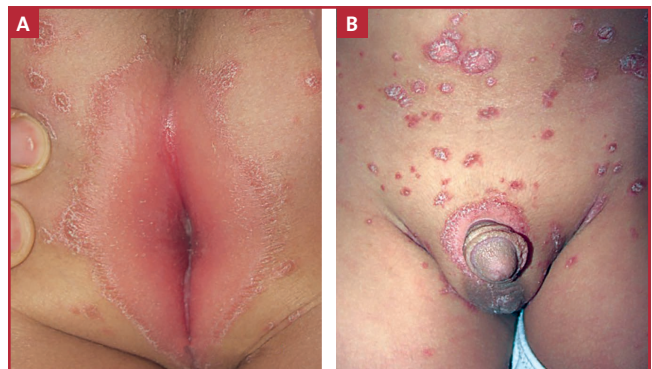


FIG. 5 : Anite streptococcique déclenchant une poussée de psoriasis. Indication à une antibiothérapie de 3 à 4 semaines.

REPÈRES PRATIQUES

Dermatopédiatrie

toujours rechercher un foyer clinique ORL ou anogénital. Le prélèvement à la recherche de streptocoque est alors à réaliser. À noter que le test de diagnostic rapide est utile pour les angines mais aussi sur les foyers anogénitaux. Je ne fais pas de prélèvements systématiques chez les enfants non symptomatiques. Leur signification est discutable, et je ne traite jamais de façon présomptive. Aucune étude n'a montré le moindre intérêt pour un traitement à "l'aveugle".

Conclusion

La consultation d'un enfant atteint de psoriasis est souvent longue au début afin de bien expliquer ce qu'est cette maladie, son évolution, sa chronicité. Les souffrances de

l'enfant doivent être entendues afin d'adapter la prise en charge à sa souffrance, avant de l'adapter à celle de ses parents. Les traitements sont nombreux et s'inspirent de tous les travaux menés chez l'adulte et de l'expérience de nos collègues pédiatres pour les systémiques. Notre arsenal thérapeutique permet aujourd'hui de répondre à l'attente de pratiquement tous nos jeunes patients, sans avoir à attendre leur majorité.

L'auteur a déclaré avoir ces conflits d'intérêt depuis 3 ans : consultant pour Janssen, Pfizer, Abbvie ; investigateur pour Pfizer, Léo ; orateur rémunéré pour Abbvie, Janssen.