

REVUES GÉNÉRALES

Psoriasis

Prise en charge des localisations particulières du psoriasis

RÉSUMÉ : Le traitement du psoriasis en plaques est bien codifié, celui des localisations particulières (visage, paumes des mains et plantes des pieds, cuir chevelu, plis, organes génitaux, ongles) reste moins étudié. Le traitement de ces localisations est difficile avec un recours aux traitements systémiques souvent retardé du fait des difficultés d'évaluation de la sévérité, surtout dans les formes isolées. Pourtant, la qualité de vie des patients atteints est fortement altérée.

Les études récentes confirment l'inadéquation entre les attentes des patients et les traitements qui leur sont proposés et cet écart est un facteur d'inobservance. L'éducation thérapeutique et de nouvelles échelles de sévérité adaptées à la souffrance du patient pourraient améliorer la prise en charge.



→ N. QUILES
Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Joseph, MARSEILLE.

Certaines localisations du psoriasis cutané (visage, paumes des mains et plantes des pieds, cuir chevelu, plis, organes génitaux, ongles) ont fait l'objet de peu d'études et sortent des indications classiques des traitements. Elles ne sont pas concernées par les AMM des nouvelles thérapeutiques, axées sur le psoriasis en plaques modéré à sévère, et restent souvent difficiles à estimer en termes de prévalence. De plus, leur prise en charge thérapeutique est délicate. Les échecs thérapeutiques et les rémissions courtes sont des facteurs de découragement des patients. Pourtant, leur impact sur la qualité de vie est majeur.

Le psoriasis du visage

Le psoriasis du visage nuit gravement à la qualité de vie des patients psoriasiques, même lorsque cette atteinte est isolée. Les lésions, souvent centrées sur les zones séborrhéiques (plis naso-géniens, ailes du nez, lisière du cuir chevelu, sourcils...), doivent être considérées, du

fait de leur caractère affichant, comme un facteur de sévérité de la maladie.

Il s'agit d'une manifestation fréquente, notée chez 17 à 46 % des patients présentant un psoriasis en plaques [1]. L'atteinte des conduits auditifs externes et les manifestations oculaires ne doivent pas être négligées.

La prise en charge du psoriasis dans cette localisation nécessite une approche différente de celle des autres sites.

1. Les traitements topiques

Les dermocorticoïdes de faible puissance et les inhibiteurs topiques de la calcineurine 0,1 % comme le tacrolimus doivent être proposés en première intention, avec environ 60 % d'amélioration [1-3]. Il est à noter que cette dernière indication n'a pas reçu d'AMM. Une irritation cutanée est parfois retrouvée lors de l'initiation des applications. Les durées de traitement ne doivent pas dépasser 1 mois pour éviter l'apparition d'effets secondaires.

REVUES GÉNÉRALES

Psoriasis

Les dérivés de la vitamine D (calcipotriol, tacalcitol, calcitriol) ont fait l'objet de peu d'études validant leur utilisation ciblée sur le visage, avec seulement 30 % de réponses. Là aussi, on retrouve une notion d'irritation au niveau du site d'application.

Il ne faut pas négliger la place du maquillage dermatologique qui, en masquant les lésions, améliore la qualité de vie des patients.

2. Les traitements systémiques

Ces traitements seront à discuter après échec des topiques appliqués durant 1 mois, et en fonction de la sévérité clinique et du retentissement sur la qualité de vie.

La photothérapie peut être envisagée [1]. De petites doses d'isotrétinoïne permettent parfois d'obtenir des rémissions prolongées (hors AMM) [1].

On ne retrouve aucune étude fiable sur la place du méthotrexate, de la ciclosporine et des biomédicaments précisément dans cette indication particulière, mais une amélioration est notée dans les études sur les atteintes corporelles, bien que l'atteinte faciale soit souvent un critère d'exclusion [3].

[Le psoriasis palmoplantaire

Le psoriasis palmoplantaire se caractérise par des poussées volontiers récidivantes de pustules purulentes se formant dans la paume des mains et sous la plante des pieds. Le prurit, l'hyperkératose et les fissures gênent la vie courante tant dans ses aspects professionnels que sociaux. Cette localisation concerne en moyenne 12 % des patients atteints de psoriasis [4]. Le diagnostic différentiel avec l'eczéma est parfois difficile.

Une revue *Cochrane* regroupant 23 essais et 724 patients a été publiée en

2006, elle recense les traitements de cette forme clinique [4].

1. Les traitements topiques

Toujours utilisés en première intention, les traitements topiques (dermocorticoïdes, association vitamine-dermocorticoïdes...) sont en général peu efficaces. L'application sous occlusion améliore leur efficacité [4]. Il faudra penser à prescrire des émollients contenant de l'urée ou de l'acide salicylique pour traiter l'hyperkératose surajoutée.

2. Les traitements systémiques

La photothérapie est un traitement de choix, notamment la PUVAthérapie localisée. Les rétinoïdes oraux (acitrétine), en prescription isolée, sont également utiles pour soulager les symptômes mais leur association à la photothérapie est plus efficace. La ciclosporine ou le méthotrexate peuvent également être utiles pour soulager les patients [4].

Ce type de psoriasis est souvent exclu des études et, en dehors des effets paradoxaux à type de psoriasis palmoplantaire induit par les anti-TNF, on retrouve peu d'essais sur l'action constatée en pratique clinique des biomédicaments et des petites molécules dans cette localisation [5].

[Le psoriasis du cuir chevelu

L'atteinte du cuir chevelu est retrouvée chez 80 % des patients présentant un psoriasis, qu'il soit isolé ou associé à un psoriasis en plaques du corps [6]. Elle affecte, souvent de façon importante, la qualité de vie, notamment du fait du prurit et des desquamations responsables d'un retentissement majeur sur la vie sociale et affective des patients. Le diagnostic différentiel est la dermite séborrhéique (lésions mal limitées avec squames peu adhérentes). On retrouve

peu de rémissions prolongées dans cette localisation, avec 20 à 80 % de récidives à court terme et plus de 88 % après 6 mois, la médiane de rechute étant de 1 mois [7]. Il existe des échelles de sévérité adaptées au cuir chevelu (PSSI, ScPGA...) [8-10].

1. Les traitements topiques

Des galéniques appropriées (lotions, mousses, shampoings, gels, etc.) permettent d'améliorer la pénétration des molécules et sont probablement un élément important favorisant l'observance.

● **Dermocorticoïdes**

C'est le traitement de première intention. Les dermocorticoïdes existent sous forme de lotion (classe I: clobétasol; classe II: bétaméthasone), en shampoing ou en mousse au clobétasol.

Le propionate de clobétasol est le plus efficace. S'il doit normalement être prescrit pour 4 semaines, la majorité des patients l'utilise en fait au long cours. L'atrophie cutanée reste rare au niveau du cuir chevelu. Dans une étude randomisée en double aveugle, on note 85 % d'amélioration sous propionate de clobétasol contre 13 % dans le groupe contrôle (2 applications par jour durant 4 semaines) [8].

L'intérêt du traitement d'entretien est validé. Sur une période de 6 mois, à raison de 2 applications par semaine de clobétasol, on retrouve 40 % de rémission prolongée contre 12 % dans le groupe placebo [7].

● **Dermocorticoïdes + vitamine D**

L'association dermocorticoïdes et calcipotriol est considérée à l'heure actuelle comme le traitement de référence. L'association bétaméthasone + calcipotriol en gel est plus efficace que chaque composant utilisé seul [8].

Témoignages

La maladie n'est pas facile à assumer quand on a 18 ans, âge où sortir et plaire font partie intégrante de notre vie. Finis les shorts, T-shirts, robes à manches courtes ! Des pellicules plein la chevelure, que répondre quand on nous le fait remarquer ? J'étais mal dans ma peau et il m'arrivait de ne pas aller en cours pour éviter les regards des autres.

J'ai d'abord pensé que cela partirait comme c'était venu, grattant frénétiquement...

Puis, je me suis résolue non sans avoir consulté quelques guérisseurs : j'ai essayé les UV chez mon dermatologue. Bingo ! Cela a fait disparaître une bonne partie des plaques, mais seulement temporairement... Ensuite, on m'a prescrit une crème à base de vitamine D et de corticoïdes. Une bonne épaisseur chaque soir entourée d'un papier film (pour le glamour, on en reparlera, mais ça marche pour l'instant).

Il faut s'accrocher, ne pas se décourager, en espérant que la roue va finir par tourner...

Fanny, 23 ans.

Ce témoignage nous a été transmis par France Psoriasis.

irritations et les effets secondaires [1]. On proposera donc des dermocorticoïdes faibles. De même, les analogues de la vitamine D3 et les inhibiteurs de la calcineurine peuvent être responsables d'une irritation. C'est l'association de dermocorticoïdes faibles avec un analogue de la vitamine D3 qui reste recommandée en première intention. Les traitements antimicrobiens et antifongiques sont inutiles.

2. Les traitements systémiques

Ce n'est qu'en cas d'échec ou d'altération importante de la qualité de vie que l'on proposera un traitement systémique. La photothérapie n'a pas sa place dans cette indication.

● Autres

Diverses thérapeutiques annexes sont utilisées pour décaper les lésions : shampoing au goudron (coaltar, huile de cade, ichtyol), dithranol, acide salicylique à 5 ou 10 %, urée, sulfadiazine argentique. On note également quelques cas rapportés d'utilisation d'injections intralésionnelles de corticoïdes [8].

2. Les traitements systémiques

Ils seront, comme toujours, proposés dans les formes modérées et sévères en cas d'échec du traitement local.

La photothérapie n'a pas d'indication dans les atteintes du cuir chevelu du fait de la protection des cheveux. On retrouve quelques succès d'utilisation de laser excimer (308nm) [8]. Peu d'études ont été consacrées au traitement par méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine dans cette indication [7].

Il existe plus d'éléments sur la place des nouvelles thérapeutiques systémiques :

>>> Pour l'adalimumab, dans une analyse secondaire de l'étude BELIEVE, on note une amélioration variable du DLQI

et une diminution du PSSI (échelle de sévérité clinique du psoriasis du cuir chevelu) chez tous les patients [9].

>>> Dans une étude en double aveugle *versus* placebo, l'étanercept, à la posologie de 50 mg/semaine, a permis une amélioration du PSSI de 86,8 % (20,4 % pour le placebo) après 12 semaines de traitement [10].

>>> L'étude en double aveugle ESTEEM a mis en évidence une amélioration de 46,5 % chez les patients traités par l'apremilast, un inhibiteur de la phosphodiesterase 4, *versus* 17,5 % dans le groupe placebo à la semaine 16 ($p < 0,0001$) et de 73,6 % à la semaine 52 [11].

Le psoriasis des plis

Fréquemment confondu avec une mycose du fait de l'absence de squames dans cette localisation, son traitement est souvent retardé. Tous les plis peuvent être atteints.

1. Les traitements topiques

L'absorption des topiques est augmentée dans les plis et risque de favoriser les

Le psoriasis génital

Il faut considérer l'atteinte génitale comme une localisation des plis souvent méconnue et un facteur d'altération majeure de la qualité de vie. Sa fréquence serait de 16,5 % chez les patients présentant un psoriasis [12]. Une étude hollandaise s'est intéressée spécifiquement à cette localisation ; elle utilisait une échelle de qualité de vie de type DLQI associée à un questionnaire spécifique à la sexualité et a retrouvé un score bien supérieur en cas de localisation génitale. En pratique, il est donc important de se baser sur les échelles de qualité de vie afin de proposer un traitement systémique rapide dans cette localisation [12].

Le psoriasis des ongles

Cette localisation concerne plus de 50 % des patients. Elle est également souvent confondue avec une mycose au niveau des orteils et est souvent associée à un rhumatisme psoriasique [13]. Il en existe plusieurs formes cliniques : dépressions en surface (ongles en "dé à coudre"), décollements par onycholyse, taches saumonées ou onychodystrophie...

REVUES GÉNÉRALES

Psoriasis

POINTS FORTS

- ➞ Les localisations particulières du psoriasis (visage, paumes des mains et plantes des pieds, cuir chevelu, plis, organes génitaux, ongles) sont fréquentes.
- ➞ Elles sont de traitement difficile et volontiers rapidement en rechute.
- ➞ L'impact sur la qualité de vie est très important.
- ➞ Leur prise en charge n'est pas parfaitement validée.
- ➞ Des études ciblées sur ces localisations sont nécessaires.

La gêne est esthétique et fonctionnelle. Des scores de sévérité spécifiques de l'ongle sont disponibles : le NAPSI, échelle clinique [14] et le NPQ10, échelle de qualité de vie [15].

1. Les traitements locaux

Les topiques sont peu nombreux et peu adaptés à la localisation. On recommandera aux patients d'éviter les traumatismes afin de prévenir un éventuel phénomène de Koebner.

Les applications de dermocorticoïdes forts se feront dans le repli unguéal et sur la matrice. Des injections intralésionnelles de corticoïdes retard, avec en moyenne 2 injections à 2-3 mois d'intervalle, permettent d'obtenir des résultats satisfaisants. Elles sont réalisées sous anesthésie locale et grâce à de courtes sédations (MEOPA) [16].

Le laser à colorant pulsé peut être une alternative intéressante, mais elle nécessite des évaluations complémentaires [16].

Les traitements cosmétiques non agresseurs ont toute leur place.

2. Les traitements systémiques

Le traitement général (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) est justifié s'il

existe une atteinte sévère des ongles ou si le psoriasis de l'ongle s'associe à une atteinte cutanée importante.

Les biomédicaments et les petites molécules ont démontré une efficacité sur le psoriasis unguéal, avec une action plus lente que sur la peau. Ces thérapeutiques sont indiquées en seconde intention [17]. L'infliximab, l'adalimumab et l'ustékinumab sont recommandés en première intention de traitements systémiques par les dernières recommandations du GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*) [5]. L'aprémilast permet d'obtenir 29 % d'amélioration du NAPSI à la 16^e semaine contre 7,1 dans le groupe placebo [11].

La place des anti-IL17 reste à définir [5].

L'altération de la qualité de vie

Une étude multinationale (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Espagne, Italie, Allemagne et France) (étude MAPP = *Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*), menée en 2012 sous la supervision d'un comité directeur académique de leaders d'opinion en dermatologie et en rhumatologie, s'est intéressée à la qualité de vie des patients atteints de psoriasis [18].

L'originalité de cette étude réside dans le fait que des entretiens téléphoniques ont été menés au sein de 139 948 foyers sélectionnés au hasard. Ces contacts ont permis de retrouver 3 426 patients atteints de psoriasis, 781 médecins ont également été interrogés en Amérique du Nord et en Europe.

L'étude, non axée sur les localisations particulières, a évalué l'impact du psoriasis cutané et articulaire sur la qualité de vie, la relation entre les médecins et les patients, le ressenti vis-à-vis du traitement et le degré de satisfaction des patients.

L'analyse des résultats montre que :

- près de 60 % des patients présentant une atteinte articulaire ne recevaient pas de traitement ;
- parmi les nombreux patients qui se sont vus prescrire un traitement systémique à un moment donné, pratiquement la moitié l'a arrêté par peur des effets secondaires, intolérance ou inefficacité ;
- près de la moitié des patients trouvent les traitements oraux ou injectables pénibles du fait des contraintes qu'ils engendrent (crainte des injections, contraintes, effets secondaires...) ;
- plus du tiers des patients (39 %) ayant un psoriasis sévère avouent un impact sur leur qualité de vie, et encore plus en cas d'atteinte rhumatismale associée ;
- une grande majorité (85 %) des patients participant à l'étude ont déclaré attendre encore de meilleurs traitements.

Les auteurs rapportent également un écart significatif entre la façon dont les patients et les médecins définissent la gravité. Par exemple, pour 36 % des patients interrogés (contre 12 % des dermatologues), le prurit, qui ne fait partie d'aucune échelle de sévérité, est le symptôme le plus gênant.

De nouvelles échelles de sévérité se basant sur la qualité de vie sont à l'étude actuellement dans l'évaluation

de la sévérité du psoriasis. Ces échelles devront prendre en compte ces localisations particulières du psoriasis.

Conclusion

Les topographies particulières du psoriasis, en dehors du psoriasis en plaques, sont souvent à l'origine de difficultés thérapeutiques. Souvent oubliées des recommandations, peu d'études leur ont été consacrées et leur présence est même fréquemment un facteur d'exclusion dans de nombreuses séries.

Les rechutes et les échecs thérapeutiques sont des facteurs de mauvaise observance. Pour améliorer la prise en charge, il est important, outre la sévérité objective constatée par le médecin, de prendre en compte le ressenti subjectif du patient pour adapter au mieux les propositions thérapeutiques. Les échelles de sévérité, même spécifiques à ces localisations, restent à adapter.

Le médecin doit également s'attacher à lutter contre la tentation de l'inertie thérapeutique, car même si les lésions sont peu étendues, elles sont souvent source d'insatisfaction des patients. L'éducation thérapeutique est un outil qui peut, dans ces localisations, transformer l'objectif d'observance en adhésion. Une meilleure information du patient lui permettra également de mieux maîtriser les difficultés thérapeutiques. Il pourra alors s'inscrire dans une démarche

d'amélioration de sa qualité de vie malgré les rechutes.

Bibliographie

1. VAN DE KERKHOFF PC, MURPHY GM, AUSTAD J *et al.* Psoriasis of the face and flexures. *J Dermatolog Treat*, 2007;18:351-360.
2. MENTER A *et al.* Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*, 2011;65:137-174.
3. SAMARASEKERA E, SAWYER L, PARNHAM J *et al.* Assessment and management of psoriasis: summary of NICE guidance. *BMJ*, 2012;345:e6712. doi: 10.1136/bmj.e6712.
4. CHALMERS R, HOLLIS S, LEONARDI-BEE J *et al.* Interventions for chronic palmoplantar pustulosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006 Jan 25. CD001433. Review.
5. COATES LC, KAVANAUGH A, MEASE PJ *et al.* Group for research and assessment of psoriasis and psoriatic arthritis: Treatment recommendations for psoriatic arthritis 2015. *Arthritis Rheumatol*, 2016;68: 1060-1071.
6. ZAMPIERON A, BUJA A, FUSCO M *et al.* Quality of life in patients with scalp psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol*, 2015;150:309-316.
7. POULIN Y, PAPP K, BISSONNETTE R *et al.* Clobetasol propionate shampoo 0.05% is efficacious and safe for long-term control of moderate scalp psoriasis. *J Dermatolog Treat*, 2010;21:185-192.
8. GUENTHER L. Current management of scalp psoriasis. *Skin Therapy Lett*, 2015; 20:5-7.
9. THAÇI D, UNNEBRINK K, SUNDARAM M *et al.* Adalimumab for the treatment of moderate to severe psoriasis: subanalysis of effects on scalp and nails in the BELIEVE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2015;29:353-360.
10. BAGEL J, LYNDE C, TYRING S *et al.* Moderate to severe plaque psoriasis with scalp involvement: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of etanercept. *J Am Acad Dermatol*, 2012;67:86-92.
11. RICH P, GOODERHAM M, BACHELEZ H *et al.* Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in patients with difficult-to-treat nail and scalp psoriasis: Results of 2 phase III randomized, controlled trials (ESTEEM 1 and ESTEEM 2). *J Am Acad Dermatol*, 2016;74:134-142.
12. MEEUWIS KA, DE HULLU JA, VAN DE NIEUWENHOF HP *et al.* Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*, 2011;164:1247-1255.
13. JIARAVUTHISAN MM, SASSEVILLE D, VENDER RB *et al.* Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol*, 2007;57:1-27.
14. RICH P, SCHER RK. Nail Psoriasis Severity Index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2003;49: 206-212.
15. ORTONE JP, BARAN R, CORVEST M *et al.* Development and validation of nail psoriasis quality of life scale (NPQ10). *JEADV*, 2010;24:22-27.
16. REICH K. Approach to managing patients with nail psoriasis. *JEADV*, 2009;23 suppl 1:15-21.
17. HERMANN-LÊ T, BERARDESCA E, PIÉRARD GE *et al.* Challenging regional psoriasis and ustekinumab biotherapy: impact of the patterns of disease. *J Biomed Biotechnol*, 2012;2012:413767.
18. LEBWOHL MG, KAVANAUGH A, ARMSTRONG AW *et al.* US Perspectives in the Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Patient and Physician Results from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP) Survey. *Am J Clin Dermatol*, 2016;17:87-97.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Publication réalisée avec le soutien institutionnel du laboratoire Celgene.