

## Psoriasis en vie réelle : problèmes diagnostiques et thérapeutiques

**Certaines localisations du psoriasis (visage, cuir chevelu, ongles, plis ou parties génitales) peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies dermatologiques, notamment d'origine infectieuse, et plus particulièrement fongique ou inflammatoire comme le lupus. Plus que des prélèvements microbiens peu contributifs, l'expérience clinique du praticien et la résistance aux traitements anti-microbiens bien conduits sont les meilleurs arguments pour poser le diagnostic de psoriasis et faire envisager un traitement d'épreuve.**

**Dans les dermatoses des plis**, d'une façon générale, un traitement antifongique mis en place pour une suspicion de mycose et inefficace au bout de 3 semaines doit faire envisager un diagnostic de psoriasis et mettre en place un traitement test topique par dermocorticoïdes et/ou systémique par méthotrexate ou photothérapie UVB. En cas d'inefficacité ou d'efficacité insuffisante après 4 à 6 mois de traitement, un avis spécialisé est nécessaire avant d'envisager le passage à une biothérapie.

**Les localisations du psoriasis au niveau du visage** sont parfois difficiles à diagnostiquer car elles peuvent être confondues et/ou intriquées avec une rosacée, un lupus, une dermatite séborrhéique rendant alors la prise en charge complexe.

Il peut être alors nécessaire d'associer traitements antimicrobiens ou antifongiques, corticoïdes locaux et méthotrexate pour éradiquer les lésions et ne pas hésiter à demander un avis spécialisé en cas d'échec.

Au niveau du cuir chevelu, il existe de très bons résultats avec les anti-IL17.

**Les localisations unguéales** concernent 50 à 80 % des patients au cours de leur vie selon les données de la littérature, mais ne sont des atteintes isolées, sans autre lésions cutanées, que dans 5 à 10 % des cas. Elles sont en revanche présentes dans plus de 80 % des cas au cours du rhumatisme psoriasique. Elles sont très souvent confondues avec des mycoses, qui peuvent par ailleurs surinfecter des lésions psoriasiques. Les microtraumatismes, les soins de manucure et les vernis doivent être évités. Les traitements locaux reposent avant tout sur des pansements occlusifs de dermocorticoïdes associés ou non à de la vitamine D, une application de 5-FU en pommade en prenant garde au risque d'onycholyse, des avulsions à l'urée ou, plus rarement, des injections intra-lésionnelles d'acétonide et de triamcinolone. De nouveaux topiques sont à l'essai, dont entre autres, un vernis dermocorticoïde et un vernis à l'apremilast. Les traitements systémiques conventionnels sont représentés par l'acitrétine et le méthotrexate dont l'efficacité reste modérée.

**Le psoriasis palmo-plantaire** pose des problèmes de diagnostics différentiels difficiles. Les traitements locaux de 1<sup>ère</sup> intention reposent sur les dermocorticoïdes sous occlusion et des dérivés de la vitamine D. Les traitements systémiques sont

représentés par la photothérapie, l'acitrétine, le méthotrexate, la ciclosporine, tandis que les anti-TNF peuvent donner des réactions paradoxales. Plus récemment, l'apremilast a également montré son intérêt de même que le secukinumab doté d'une efficacité assez spectaculaire.

**Le psoriasis génital** est souvent méconnu bien que relativement fréquent, puisque oscillant entre 11 à 46 % selon les données de la littérature. Du fait de sa localisation, il est caché par les patients qui ne pensent pas ou ne veulent pas en parler d'autant que le caractère souvent prurigineux des lésions fait qu'ils ne les rattachent pas à une maladie psoriasique. En l'absence de plainte exprimée, l'examen des parties génitales n'est pas fait de manière systématique par le médecin. Il faut donc savoir interroger le patient et rechercher les lésions qui seraient observées dans plus de 10% des cas, les formes isolées ne représentant que 2 à 5% des cas, avec naturellement des répercussions non négligeables sur la qualité de vie. Les lésions prédominent sur les régions cutanées ou demi-muqueuses (petites lèvres chez la femme, prépuce chez l'homme), les localisations muqueuses n'ayant à ce jour jamais été rapportées. La forme érythémateuse sans desquamation prédomine. Le caractère suintant des lésions doit faire évoquer une surinfection bactérienne. Là-encore, le diagnostic différentiel le plus fréquent est la mycose ou l'herpès génital. Les prélèvements bactériologiques ou mycologiques peuvent donc avoir leur intérêt. Beaucoup de patients sont traités inefficacement par erreur diagnostique. Un traitement local par corticoïdes ou un traitement systémique par méthotrexate est généralement efficace.

**Le psoriasis pustuleux palmo-plantaire** peut être de diagnostic difficile notamment dans sa forme isolée ou lorsque les pustules sont très enchâssées sans lésions squameuses apparentes. Les atteintes d'origine microbienne, la dyshidrose et l'eczéma représentent les principaux diagnostics différentiels. Le traitement local repose sur les dermocorticoïdes tandis que les traitements systémiques incluent l'acitrétine, malgré l'absence de données probantes, et la ciclosporine à faible dose qui présente le meilleur niveau de preuves. Les anti-TNF n'ont pas été étudiés. L'ustékinumab et secukinumab n'ont été évalués que sur des petites séries avec des réponses variables.

**Le psoriasis pustuleux généralisé** se caractérise par un érythème généralisé accompagné de pustules stériles évoluant par vague, dans un contexte d'altération globale de l'état général, souvent déclenché par une infection, l'instauration ou l'arrêt d'un traitement médicamenteux, un stress, la grossesse ou une exposition solaire. Des atteintes organiques peuvent survenir, notamment articulaires, hépatiques et pulmonaires.

**L'acrodermatite d'Hallopeau** est une forme très localisée de psoriasis pustuleux, rare mais très invalidante, touchant la femme vers 40 à 50 ans après un traumatisme ou l'infection d'un doigt. Elle peut être à l'origine d'une atrophie cutanée, d'une onychodystrophie avec ostéolyse de la phalange et arthrite invalidante de l'interphalangienne distale.

***D'après un entretien avec le Pr François AUBIN – Mercredi 13 décembre - FMC 22 : Psoriasis en vie réelle : problèmes diagnostiques et thérapeutiques***