



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



PSORIASIS

Photothérapies du psoriasis

Phototherapy for psoriasis

J.-C. Béani^{a,*}, M. Jeanmougin^b

^a Service de dermatologie, hôpital André-Michallon, CHU de Grenoble, boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche, France

^b Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

Disponible sur Internet le 1 novembre 2011

Deux photothérapies, PUVAthérapie (psoralène et ultraviolet A) et UVB à spectre étroit, sont principalement utilisées dans le psoriasis et reconnues comme étant un traitement de première intention des formes étendues et sévères en plaques ou en gouttes [1–5].

Mode d'action

L'exposition de la peau aux UV utilisés soit seuls soit en association à un photosensibilisant comme un psoralène conduit, à la suite de réactions photochimiques directes ou photosensibilisées, impliquant des molécules-clé du métabolisme cellulaire, à des effets biologiques variés, bénéfiques pour une peau pathologique. Pour le psoriasis sont concernés l'effet anti-prolifératif et l'effet immunomodulateur.

Modalités pratiques

Le principe même de la PUVA nécessite préalablement à l'exposition aux UV l'administration d'un psoralène (Méladinine®), le plus habituellement faite par voie orale mais pouvant aussi se faire par l'immersion d'un segment de membre ou du corps entier dans une solution aqueuse de psoralène (balnéoPUVA).

L'exposition corporelle aux UV

L'exposition corporelle aux UV est réalisée grâce à des cabines d'irradiation équipées soit de tubes Philips UVB-TL01 soit de tubes UVA (Philips TL09 ou Sylvania dite PUVA) soit des deux (21 tubes UVB et 21 tubes UVA), homologuées (marquage CE, certification ISO-DIN) et munies de systèmes de dosimétrie performants.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : JCBeani@CHU-grenoble.fr (J.-C. Béani).

Des modules adaptés permettent aussi une exposition localisée aux mains et/ou aux pieds.

Le rythme des séances

Le rythme des séances est de trois par semaine ; plusieurs protocoles sont validés et utilisables pour l'augmentation des doses UV au cours des séances successives.

Une fois le résultat acquis, l'intérêt d'un traitement d'entretien n'est pas confirmé.

À l'attention des patients sont disponibles des fiches d'information et des fiches de consignes pour la PUVAthérapie orale et la photothérapie UVB.

Indications et prescription d'une photothérapie

L'indication

L'indication est portée sur la sévérité et l'étendue de la poussée de psoriasis (intéressant au moins 40% de surface corporelle pour une photothérapie en cabine), les conséquences psychologiques de la dermatose, la comparaison du rapport bénéfice/risque avec les autres possibilités de traitement, la disponibilité du patient (facteur essentiel de l'observance thérapeutique), les doses d'UV cumulées lors des cures précédentes et l'absence de contre-indications absolues et relatives.

Un examen physique complet recherchera des contre-indications ou des éléments imposant des explorations complémentaires avant la décision finale de traiter ; il comportera un interrogatoire « policier », pour exclure l'usage de médicaments photosensibilisants.

Le consentement éclairé

Le consentement éclairé au traitement du patient doit être obtenu et une fiche d'information validée doit lui être remise.

La prise en charge par la Sécurité sociale

La prise en charge par la Sécurité sociale du traitement suppose une entente préalable. La cotation CCAM ne fait pas de différence entre PUVA orale et UVB-TL01 mais cote différemment selon la surface traitée, corporelle totale (QZRP003) ou localisée (QZRP002) et en cas de balnéoPUVA, (localisée = QZRP005 ; générale = QZRP004).

Contre-indication

Elles sont les suivantes :

- **absolues** : syndrome des nævus dysplasiques héréditaire ; antécédent personnel de mélanome ; lupus érythémateux systémique ; maladies avec troubles de la réparation de l'ADN ;
- **relatives majeures** : âge inférieur à huit ans ; antécédents de carcinome cutané ; exposition antérieure aux

radiations ionisantes ou à l'arsenic ; présence de kératoses actiniques ;

- traitement immunosuppresseur concomitant ; porphyries ;
- **contre-indications relatives mineures** : âge inférieur à 12 ans ; pemphigoïde ; pemphigus ; traitement antérieur par le méthotrexate ou la ciclosporine ; photosensibilité cutanée, liée ou non à des médicaments photosensibilisants ; sujet présentant de nombreux nævus (> 50) ; sujet présentant plus de cinq nævus atypiques.

Effets indésirables des photothérapies

Seuls les effets indésirables tardifs restent un problème :

- le risque potentiel de favoriser une *cataracte* impose une protection oculaire pendant les séances et pendant les 12 heures suivant la prise de psoralène pour la PUVA. En l'absence de symptomatologie ou d'affection oculaire connue, il n'est pas recommandé d'effectuer un contrôle ophtalmologique avant de débuter une photothérapie ;
- **le risque cancérigène** de la photothérapie est dépendant de la dose d'UV reçue.

Pour la PUVA, ce risque est établi et quantifié grâce à des études de cohorte fiables ; un seuil maximal de 200 séances a été proposé.

Pour les UVB à spectre étroit, ce risque n'est actuellement pas quantifié de manière précise.

Il paraît raisonnable de considérer qu'au-delà d'un total de plus de 250 séances de photothérapie (PUVA et/ou UVB spectre étroit), il existe un risque accru de cancers cutanés chez certaines personnes.

En l'absence d'atteinte, il est conseillé de protéger lors de la séance le visage ainsi que les organes génitaux masculins.

Le risque cancérigène de la photothérapie est majoré très significativement chez les patients ayant été aussi traités par ciclosporine. Il n'existe aucune donnée actuelle sur le risque carcinogène chez les patients sous biothérapies et ayant été aussi traités par photothérapies ; il paraît souhaitable de faire une surveillance dermatologique attentive chez les patients ayant reçu plus de 150 séances de photothérapie et traités par biothérapie.

Une surveillance annuelle du tégument des sujets ayant reçu plus de 150 séances de photothérapie doit être instaurée.

Les traitements associés

Leur but est double, réduire les effets secondaires et augmenter l'efficacité des photothérapies.

Le décapage des lésions doit être obtenu avant le début de la photothérapie. Un effet synergique a été montré avec les dermocorticoïdes et le tazarotène, moins nettement avec les dérivés topiques de la vitamine D3.

Quand il n'existe pas de contre-indications à sa prescription, l'acitrétine a démontré un bénéfice synergique en association avec la PUVA et très probablement avec la photothérapie TL01.

Efficacité et choix entre les deux photothérapies

La PUVA orale reste la référence pour une poussée étendue avec un blanchiment complet ou quasi-complet (PASI 90) dans 80 à 90% des cas après 15 à 25 séances ; la balnéo-PUVAthérapie paraît particulièrement intéressante chez les sujets à phototype foncé.

La photothérapie UVB à spectre étroit est également très efficace chez 60 à 90% des patients en 20 à 40 séances (*niveau de preuve A*) ; cependant les résultats sont nettement meilleurs dans les psoriasis en gouttes ou nummulaires que dans les psoriasis en grandes plaques.

Elle représente une bonne alternative à la PUVAthérapie par l'absence de prise de psoralène, par un faible taux d'effets secondaires immédiats et une réduction du risque de photosensibilisation médicamenteuse intercurrente, par l'absence de nécessité d'une photoprotection cutanée et oculaire après la séance.

Elle est recommandée comme photothérapie de première intention (*niveau de preuve A*), chez l'enfant et l'adolescent, et chez l'adulte dans les psoriasis étendus modérés en petites plaques superficielles. Elle est également utilisable, contrairement à la PUVA, chez la femme enceinte ou allaitante et en cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique. Elle aura aussi la préférence chez le sujet VIH- positif (*niveau de preuve C*).

À l'inverse, la PUVAthérapie est préférable en première intention dans les psoriasis étendus sévères en grandes plaques épaisses (*niveau de preuve A*), chez les adultes de phototype IV à VI (*niveau de preuve B*) ; elle sera aussi être

envisagée pour les psoriasis résistants aux UVB-TL01 (*niveau de preuve B*).

L'efficacité des photothérapies localisées pour les psoriasis des mains et des pieds est moins importante (50% des patients très améliorés en 30 à 40 séances) surtout dans les formes très kératosiques.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Schmutz JL, Jeanmougin M, Martin S, Amblard P, Thomas P. Recommandations de la Société française de photodermatologie pour la PUVAthérapie systémique dans le psoriasis vulgaire. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127:753–9.
- [2] Drake LA, Ceilly RI, Cornelison RL, Dobes WL, Dorner W, Goltz RW, et al. Guidelines of care for phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:643–8.
- [3] Ibbotson SH, Bilslan D, Cox NH, Dawe RS, Diffey B, Edwards C, et al. An update and guidance of narrowband ultraviolet B phototherapy: a British Photodermatology Group workshop report. *Br J Dermatol* 2004;151:283–97.
- [4] Béani JC, Jeanmougin M. La photothérapie UVB spectre étroit dans le psoriasis vulgaire : utilisation pratique et préconisations de la Société française de photodermatologie. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:21–31.
- [5] Béani JC. Photothérapies et photochimiothérapies par ultraviolets, EMC (Elsevier SAS, Paris) *Dermatologie* 98-930-A-10, 2006.