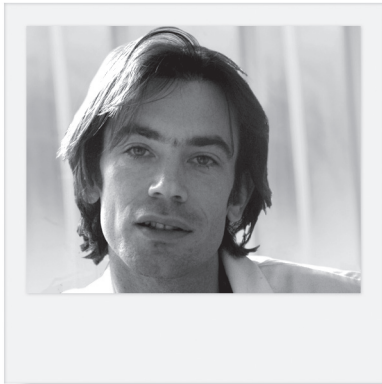


REPÈRES PRATIQUES

Dermatologie

Psoriasis de l'enfant



→ **A. TOULON**
Service de Dermatologie
Pédiatrique,
Hôpital Necker-Enfants
Malades, PARIS.

Le psoriasis est une pathologie fréquente affectant 1,5 à 3 % de la population suivant les pays. Dans 30 % des cas, cette affection débute dans l'enfance (12,5 % des cas avant 14 ans). L'incidence du psoriasis a doublé ces trente dernières années avec une augmentation linéaire de l'incidence entre 1 et 18 ans [1].

Physiopathologie : une origine multifactorielle

1. Une cause génétique

Jusqu'à trois quarts des enfants atteints ont une histoire familiale de psoriasis et il existe un lien avec certains groupes HLA (HLA Cw6). Plusieurs gènes de susceptibilités ont été identifiés. Récemment, des gènes impliqués dans l'activité des lymphocytes Th2 et Th17 ont été découverts, montrant un rôle de ces cellules dans le psoriasis.

2. Des facteurs environnementaux

Les infections respiratoires hautes sont un mode d'entrée dans la maladie [2]. L'incidence des infections à *Streptococcus pyogenes* serait de 56 à 97 % dans le psoriasis en goutte [3]. Le germe est alors retrouvé au niveau pharyngé ou lors d'une anite. Son rôle a également été montré dans le psoriasis en plaques et le psoriasis pustuleux. Plusieurs cas de psoriasis sont rapportés après des infections virales. Le stress et les traumatismes sont également un facteur aggravant.

Clinique

Il existe différentes formes cliniques dont les plus fréquentes sont le psoriasis en plaques (69 %) et le psoriasis en gouttes (29 %).

1. Le psoriasis "vulgaire"

Selon la localisation, la sémiologie des lésions prend différents aspects. Comme chez l'adulte, le psoriasis "vulgaire" se caractérise par des plaques érythémato-squameuses des coudes, genou, du cuir chevelu, de l'ombilic, du conduit auditif externe, du bas du dos.

>>> L'atteinte du visage est fréquente chez l'enfant (fig. 1) (38 % des cas) et peut simuler une dermatite atopique.



FIG. 1 : Psoriasis du visage.

REPÈRES PRATIQUES

Dermatologie



FIG. 2 : Psoriasis palmaire fissuraire.

>>> Le psoriasis palmo-plantaire est plus rare (fig. 2) (4 %), se manifestant par une acropulpite sèche avec ou sans atteinte unguéale ou bien par des lésions pustuleuses palmo-plantaires.

>>> Le psoriasis inversé pose le problème de diagnostic différentiel avec une candidose.

>>> Le psoriasis des langes est la forme la plus fréquemment observée chez l'enfant de moins de 2 ans et évolue vers un psoriasis étendu dans 5 à 25 % des cas.

Dans tous les cas, le diagnostic peut être facilité par la présence de dépressions unguéales ou par la présence de lésions à distance. Il faut rechercher et traiter un facteur déclenchant infectieux.

2. Le psoriasis en gouttes (fig. 3)

Il se caractérise par la présence de lésions annulaires rouge rosé hyperkératosiques du tronc et de la racine des membres.



FIG. 3 : Psoriasis en goutte.

La durée moyenne est de 3 mois, mais des évolutions de plus d'un an sont possibles [4]. Un foyer infectieux streptococcique doit être recherché. On propose une antibiothérapie antistreptococcique (parfois prolongée) associée à un traitement topique.

3. Autres formes cliniques

Les formes érythrodermiques et congénitales sont exceptionnelles.

>>> Le psoriasis pustuleux est rare, il survient plus souvent dans la première année de vie.

>>> Le psoriasis des langes se manifeste par des lésions érythémateuses inguinales rouge vif bien limitées sans pustules ni collerette desquamative. Le principal diagnostic différentiel est la candidose. En cas de doute, la biopsie cutanée et la négativité des prélèvements mycologiques permettront de confirmer le diagnostic. Le traitement repose sur les dermocorticoïdes.

>>> La prévalence du rhumatisme psoriasique est moins importante chez l'enfant, mais doit être évoquée chez l'adolescent. Enfin, une atteinte unguéale est également possible, seule ou associée à un psoriasis en plaques.

Traitements

Il existe des traitements topiques qui seront proposés en première intention et des traitements systémiques réservés aux formes sévères et/ou résistantes. Dans tous les cas une prise en charge psychologique doit être proposée.

1. Traitements topiques

>>> Les dermocorticoïdes sont le traitement de première ligne. Leur activité est à adapter à la topographie des lésions et à l'âge de l'enfant. Ils sont à utiliser en cure courte avec une décroissance progressive.

>>> On peut utiliser un dérivé de la vitamine D en relais. Seul le calcipotriol a l'AMM chez l'enfant, à partir de 2 ans. La quantité maximale à ne pas dépasser est de 45 g/m² par semaine. Du fait de son caractère irritant, on ne l'utilisera pas sur les plis de flexion. L'association initiale avec les dermocorticoïdes potentialise son efficacité et diminue ses effets secondaires.

>>> Sur les zones très squameuses, un traitement réducteur à base d'acide salicylique est possible.

>>> Les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus) n'ont pas l'AMM dans le psoriasis et ont été essayés chez un faible

nombre de patients. Ils peuvent être intéressants en cas d'atteinte du visage.

>>> Le tazarotène n'a pas l'AMM chez l'enfant et il n'existe que très peu de données dans la littérature pédiatrique.

2. Traitements systémiques

>>> Les traitements systémiques sont réservés aux psoriasis étendus et/ou résistants aux traitements topiques.

>>> Seuls les antibiotiques (macrolides) peuvent être proposés en première intention à la phase aiguë d'une poussée ou dans le psoriasis en gouttes. On propose un traitement de 15 jours à 1 mois. Les prélèvements bactériologiques pharyngés et la recherche d'une anite doivent être systématiques.

>>> Les UVB TL-01 peuvent être utilisés chez l'adolescent en cas de psoriasis étendu. Ils ne sont pas utilisés avant du fait du risque carcinogène.

>>> Les rétinoïdes (acitrétine: Soriatane) sont proposés à la dose initiale de 0,3 à 1 mg/kg/j qui sera diminuée progressivement et poursuivie 1 à 2 mois après rémission. Un risque de fracture osseuse et d'ostéoporose n'a pas été confirmé dans des études récentes. Chez l'adolescente, une contraception doit être mise en place jusqu'à 2 ans après l'arrêt du traitement.

>>> Le méthotrexate n'a pas l'AMM, il peut être utilisé en cas d'atteinte articulaire associée, dans les formes érythrodermiques ou pustuleuses.

>>> La ciclosporine (Néoral) n'a pas l'AMM. Elle a été essayée avec un succès variable [5] chez un faible nombre de patients. Les mêmes règles de prescription que dans la dermatite atopique s'appliquent. Son efficacité est surtout rapportée dans le psoriasis pustuleux.

>>> L'étanercept (Enbrel) possède l'AMM chez l'enfant à partir de 8 ans dans le psoriasis modéré à sévère résistant aux autres traitements systémiques ou à la photothérapie.

POINTS FORTS

- ➔ Il faut toujours rechercher un foyer infectieux streptococcique (pharyngite, anite, etc.).
- ➔ Antibiothérapie prolongée (15 j/1 mois) par macrolide à la phase initiale.
- ➔ En cas de doute, il faut effectuer une recherche de lésion à distance (ombilic, conduit auditif, etc.).
- ➔ Il existe des AMM pour certaines biothérapies à partir de 8 ans.
- ➔ Adresser en consultation spécialisée s'il y a indication d'un traitement systémique (autre que les antibiotiques).

Conclusion

Le psoriasis de l'enfant est fréquent et d'évolution plus souvent favorable que chez l'adulte. Le traitement topique est à privilégier en première intention. Il est important de rechercher et de traiter un foyer infectieux streptococcique. En cas de résistance, il faut adresser le patient en consultation spécialisée afin de débiter un traitement systémique.

Bibliographie

1. TOLLEFSON MM, CROWSON CS, McEvoy MT *et al.* Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol*, 2010; 62: 979-987.
2. MORRIS A, ROGERS M, FISCHER G *et al.* Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol*, 2001; 18: 188-198.
3. FRY L, POWLES AV, CORCORAN S *et al.* HLA Cw*06 is not essential for streptococcal-induced psoriasis. *Br J Dermatol*, 2006; 154: 850-853.
4. VERBOV J. Psoriasis in childhood. *Arch Dis Child*, 1992; 67: 75-76.
5. MAHE E, BODEMER C, PRUSZKOWSKI A *et al.* Cyclosporine in childhood psoriasis. *Arch Dermatol*, 2001; 137: 1532-1533.

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