

Psoriasis de l'enfant

Emmanuel Laffitte, Service de Dermatologie et Vénérologie, CHUV, Lausanne;
Jan Izakovic, Service de Dermatologie et Vénérologie, Universitätsspital, Bâle

Le psoriasis de l'enfant est une pathologie inflammatoire cutanée chronique, parfois compliquée de formes graves. Le diagnostic est souvent plus difficile que chez l'adulte, car les formes débutantes sont souvent atypiques ou peu symptomatiques. Le pronostic du psoriasis de l'enfant est moins bon que pour la dermatite atopique, et sa prise en charge doit se concevoir à long terme. Le traitement est peu différent de celui de l'adulte, mais a été moins bien étudié et moins bien validé par des études contrôlées.

Epidémiologie

Le psoriasis est une pathologie fréquente, touchant 1 à 3% de la population occidentale. Il est plus fréquent chez les caucasiens que dans les autres races¹. Le psoriasis représente environ 5 % des affections dermatologiques pédiatriques². Environ 30% des psoriasis de l'adulte ont débuté avant l'âge de 16 ans, 10% avant 10 ans, 6.5 avant 5 ans et 2% avant 2 ans³. Le sex-ratio fille/garçon est de $\frac{2}{1}$ avant l'âge de 16 ans, alors qu'il est de $\frac{1}{1}$ à l'âge adulte.

Physiopathologie

Le psoriasis est une pathologie multifactorielle complexe aux mécanismes multiples et mal connus, avec l'association de facteurs génétiques et environnementaux⁴. Il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique médiée par des lymphocytes T CD4 et CD8, activés par des cellules dendritiques présentes dans les plaques de psoriasis. Ces lymphocytes infiltrent le derme et l'épiderme en libérant des cytokines pro-inflammatoires, dont le Tumor Necrosis Factor α (TNF α), l'interféron γ et l'IL-1 ayant pour conséquence une vasodilatation locale et une prolifération des kératinocytes. Il en résulte une perte de contrôle du renouvellement des cellules épidermiques, aboutissant à l'épaississement de l'épiderme et à la production de kératine imparfaite. Cette activation lymphocytaire pourrait être induite par la présentation d'un autoantigène

par des cellules dendritiques cutanées, dont la nature reste à déterminer.

Le psoriasis survient souvent sur un terrain génétiquement prédisposé, les antécédents familiaux étant fréquents: entre 36 % et 64 % des cas chez l'enfant⁵. En fonction du nombre de parents de premier degré atteint de psoriasis (aucun, un ou deux), on estime le risque de développer un psoriasis chez l'enfant de 4%, 28%, et 65%, respectivement⁶. Le risque semble s'avérer encore plus grand s'il y a déjà un enfant atteint dans la famille.

Cette susceptibilité génétique au psoriasis semble liée aux gènes du complexe majeur d'histocompatibilité de la classe II, sur le chromosome 6. On a proposé deux sous-types de maladie, en fonction de la sous-classe HLA (Human Leucocyte Antigen) et de l'âge de début du psoriasis⁵. Le type 1 correspond à un psoriasis de début précoce et est associé à HLA-Cw6, - B57, et - DR7, tandis que le type II correspond à un psoriasis de début plus tardif, en association avec HLA-Cw2⁵.

Certains facteurs environnementaux interviennent dans l'évolution du psoriasis: des infections rhino-pharyngées streptococciques, les facteurs psychologiques liés au stress et les traumatismes peuvent être à l'origine de poussées.

Présentation clinique

Le psoriasis se caractérise par une grande hétérogénéité clinique, mais les formes de l'enfant sont généralement assez similaires à celles de l'adulte². Différentes formes peuvent cependant être distinguées:

Psoriasis du nourrisson

La forme la plus fréquente est le psoriasis des langes (Fig. 1). Il apparaît en moyenne à partir de l'âge de 3 mois². Il se présente sous la forme d'un intertrigo inguinal et interfessier qui s'étend sur les convexités pour former une nappe rouge sombre, sèche et vernissée, en culotte, à limite nette. Cette forme de psoriasis peut s'apparenter à un phénomène de Koebner, entretenu par le

contact des couches. La dermatite séborrhéique et la candidose sont les diagnostics différentiels principaux, mais le psoriasis peut être suspecté devant la présence de lésions de psoriasis à distance, la résistance aux traitements antimycosiques et l'évolution chronique. Cinq à 25 % des enfants développeront un psoriasis classique dans les 10 ans qui suivent⁷.

Une érythrodermie psoriasique est exceptionnelle chez le nourrisson, et a pour principal diagnostic différentiel l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale non bulleuse. L'étiologie psoriasique peut être suspectée par les antécédents familiaux, l'analyse histologique et la présence de l'haplotype HLA-B17, fréquent dans cette forme, pouvant se compliquer de poussées pustuleuses et d'arthropathies².

Psoriasis en plaques

Il s'agit de la forme la plus fréquente, représentant environ 70 % des cas⁸. La lésion élémentaire est une plaque érythémateuse et squameuse bien limitée, de répartition symétrique, avec une atteinte préférentielle pour les coudes, les genoux et la région lombaire (Fig. 2). Cependant, les lésions



Figure 1: Psoriasis des langes: aspect sec, vernissé et bien limité. (photo: Anne-Marie Calza)



Figure 2: Plaque typique de psoriasis sur le genou. (photo: Jan Izakovic)



Figure 3: Chez le même enfant, atteinte psoriasique des paupières et des ongles. (photo: Emmanuel Laffitte)



Figure 4: Psoriasis en plaque du tronc. (photo: Jan Izakovic)



Figure 5: Psoriasis inversé, avec atteinte de la muqueuse vulvaire. (photo: Jan Izakovic)

initiales sont souvent méconnues, car peu symptomatiques, réduites à une seule localisation et parfois d'aspect trompeur. Les squames sont souvent moins épaisses chez l'enfant que chez l'adulte, perdant leur aspect micacé caractéristique.

Certains aspects sont plus particuliers à l'enfant:

- atteinte du visage fréquente, pouvant aller jusqu'à 40% des cas⁽⁸⁾, avec en particulier une atteinte des paupières exceptionnelle chez l'adulte (Fig. 3).
- au niveau du tronc, lésions annulaires (Fig. 4) et association au cours d'une même poussée d'éléments nummulaires et en gouttes; le diagnostic différentiel doit faire discuter une infection étendue à dermatophyte, un pityriasis rubra pilaire, un parapsoriasis et un lupus cutané subaigu.
- intertrigo des grands plis, ou psoriasis inversé est également fréquent et difficile à différencier d'une candidose (Fig. 5). Cependant, une atteinte des petits plis, de l'ombilic, du conduit auditif externe et des sillons sus- et rétro-auriculaires peuvent aider au diagnostic.
- atteinte de la muqueuse buccale avec langue géographique ou fissuraire (Fig. 6). La muqueuse vulvaire peut être concernée.
- le classique phénomène de Koebner, qui se caractérise par l'apparition de nouvelles lésions dans des zones de peau traumatisées (griffures, zone de vaccination ou de frottement)
- une distribution linéaire sur un membre, ou bien une atteinte hémicorporelle à démarcation nette (Fig. 7), faisant discuter un mosaïcisme cutané, la maladie ne s'exprimant que dans un territoire particulier.

Psoriasis en Goutte

Il s'agit d'une forme éruptive, survenant souvent au décours d'une infection rhinopharyngée et constituant une forme inaugurale fréquente. Il est constitué de lésions de petite taille, diffuses, prédominant sur le tronc et la racine des membres épargnant en général le visage, les coudes et les genoux (Fig. 8). En fonction du degré de kératinisation des lésions élémentaires, on peut discuter une fièvre éruptive, une toxidermie ou un parapsoriasis comme diagnostic différentiel. L'évolution peut être marquée par une régression spontanée en quelques semaines, mais elle peut également se chroniciser pour



Figure 6: Langue géographique. (photo: Emmanuel Laffitte)



Figure 7: Mosaïcisme cutané à type de psoriasis: noter la limite nette médioldorsale et abdominale. (photo: Emmanuel Laffitte)

aboutir à un psoriasis plus typique. Le rôle d'une infection à streptocoque β hémolytique des voies respiratoires supérieures ou périanales, est fréquemment évoqué. Certains antigènes streptococciques pourraient jouer le rôle de superantigène sur un terrain génétique particulier, une susceptibilité génétique associée à l'haplotype HLA Cw-0602 ayant été rapportée⁽⁹⁾.

Psoriasis palmo-plantaire

Il peut se présenter sous la forme d'une acropulpite sèche, fissuraire et sensible (Fig. 9), pouvant évoquer également une dermatite atopique, une dermite irritative ou une ichtyose vulgaire. Dans certains cas, on observe une pustulose palmoplantaire, isolée ou associée à une atteinte unguéale.

Atteinte des phanères

On trouve les classiques atteintes unguéales: dépressions en dé à coudre, koïlonychie,



Figure 8: Psoriasis en goutte.
(photo: Jan Izakovic)



Figure 9: Acropulpite sèche.
(photo: Jan Izakovic)

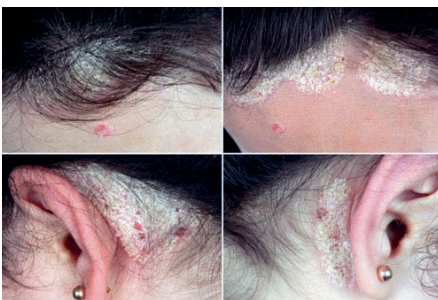


Figure 10: Psoriasis du cuir chevelu,
non alopeciant. (photo: Jan Izakovic)

trachyonychie, hyperkératose friable du lit de l'ongle avec onycholyse partielle (Fig. 3). Cette atteinte est parfois isolée et peut faire discuter une étiologie mycosique (rare avant 10 ans), une pelade ou un lichen unguéal. La présence de lésions à distance oriente généralement le diagnostic. L'atteinte du cuir chevelu est très fréquente²⁾, sous forme de la classique fausse teigne amiantacée, sans alopecie, à différencier d'une vraie

teigne dermatophytique qui est alopeciante (Fig 10).

Formes graves

- Psoriasis pustuleux généralisé: C'est la forme la plus fréquente des formes graves. Il peut s'accompagner d'une altération de l'état général avec hyperthermie, et pustulose généralisée sur fond érythrodermique. Plus souvent, il s'agit d'une forme à minima, à type de psoriasis pustuleux annulaire, plus fréquente. L'atteinte pustuleuse psoriasique doit être différenciée de la pustulose exanthématique aiguë généralisée, apparentée à une toxidermie brutale et transitoire après une antibiothérapie, s'opposant à l'évolution récidivante du psoriasis pustuleux.
- Arthrite psoriasique: c'est une spondyloarthropathie inflammatoire et séronégative associée au psoriasis. Exceptionnelle chez l'enfant, elle est souvent associée à des formes pustuleuses ou érythrodermiques bruyantes. Elle peut aussi être plus discrète, avec une atteinte pauci-symptomatique⁴⁾.
- Erythrodermies: les érythrodermies psoriasiques acquises peuvent être secondaires à l'extension d'un psoriasis vulgaire (ou pustuleux) ou être congénitales.

Prise en charge

Principes généraux

Le pronostic du psoriasis est très variable et il y a peu de données épidémiologiques à ce sujet. Cependant, étant donné qu'environ 30% des cas de psoriasis de l'adulte ont commencé avant 16 ans, on peut penser que ce pronostic est moins bon que celui de la dermatite atopique qui s'améliore généralement avec l'âge. Le psoriasis est donc une pathologie chronique évoluant par poussées, dont les conséquences psychosociales sont souvent sous estimées. Les patients atteints ne souffrent pas uniquement d'une gêne esthétique, et le retentissement au quotidien sur la qualité de vie est loin d'être négligeable. La réalisation des soins locaux peut être difficile à accepter par l'enfant et sa famille, et nécessite un investissement en temps parfois important. Il existe en Suisse une association de patients, la Société Suisse du Psoriasis et du Vitiligo qui peut être consultée sur son site internet www.spvg.ch.

Traitements topiques

Chez l'enfant, les traitements topiques sont utilisés en première intention, les traitements systémiques étant exceptionnellement nécessaires. La majorité des topiques de l'adulte sont théoriquement utilisables chez l'enfant, malgré le manque d'études spécifiquement pédiatriques. Leur utilisation doit prendre en compte le poids et la surface cutanée afin d'éviter les absorptions massives (risque maximal chez le nouveau-né prématuré).

Dérivés salicylés

La vaseline salicylée a un effet kératolytique et peut être dosée entre 3 et 5 %. Elle doit être utilisée transitoirement sur les zones très kératosiques pour les décapier, afin de favoriser la pénétration des autres traitements. Elle peut être utilisée sous forme d'huile salicylée sur le cuir chevelu. Chez l'enfant de moins de 2 ans, elle sera remplacée par de simples émoullissants, pour éviter un passage systémique et un risque d'acidose métabolique.

Dermocorticoïdes

Ils agissent par leurs effets antimitotiques et anti-inflammatoires. Les dermocorticoïdes forts de classe 3 sont employés sans problème dans les zones où la peau est épaisse, une fois par jour. Pour les zones de peau fine (racine et face interne des membres), en raison du risque d'atrophie et de vergetures, les dermocorticoïdes de classe 2 sont préférés. Dans tous les cas, les dermocorticoïdes de classe 4 sont à éviter, sauf cas exceptionnels. La diminution des applications doit être progressive en raison de l'effet rebond.

Calcipotriol (Daivonex®) et Calcitriol (Curatoderm®)

Ce sont des analogues de la vitamine D3 qui constituent une alternative aux dermocorticoïdes. Ils nécessitent deux applications par jour et sont disponibles sous forme de pommade, de crème et de lotion. Leur action est plus lente, il n'ont pas les inconvénients atrophisants des stéroïdes, mais sont parfois irritants. Cependant, ils doivent aussi se limiter à des surfaces peu étendues (moins de 30% de la surface corporelle) en raison du risque théorique d'hypercalcémie. Il existe un topique associant dipropionate de bétametasone (dermocorticoïde de classe 3) et calcipotriol (Daivobet®) s'utilisant une fois par jour, ce qui améliore l'observance.

Macrolides immunomodulateurs topiques

Le tacrolimus topique (Protopic®) et le pimécrolimus (Elidel®) sont généralement insuffisamment efficaces pour le traitement du psoriasis du fait d'une pénétration limitée. Ils peuvent par contre être intéressants pour les lésions du visage ou des plis¹⁰.

Photothérapie

La photothérapie UVB TL01 est utilisable chez l'enfant, mais elle nécessite deux à trois séances hebdomadaires sur plusieurs semaines et une bonne coopération de l'enfant.

Traitement des formes cliniques

Psoriasis du siège

Le traitement est identique à celui de la dermite de siège simple: suppression du contact avec les facteurs irritants que sont les selles et les urines, en laissant les fesses à l'air, en changeant fréquemment les couches ou en utilisant des topiques protecteurs non irritants tel que la pâte de zinc. Si les lésions persistent, l'utilisation d'un dermocorticoïde de force moyenne (classe 2) est possible pour une durée limitée (10 jours au maximum). En cas de persistance, il faut exclure une anite streptococcique à traiter par antibiothérapie systémique.

Psoriasis en plaque classique

Il dépend de la topographie des lésions et de leur étendue. Il faut respecter le principe de décaper la plaque avec un agent kératolytique avant d'utiliser un principe actif.

Lésions du cuir chevelu

Elles bénéficient de shampooings et de lotions kératolytiques afin d'éliminer les squames les plus épaisses. Ensuite, une lotion dermocorticoïde ou à base de calcipotriol pourra être utilisée.

Psoriasis des grands plis

Les dermocorticoïdes de classe 2, en crème et pour une courte durée, seront préférés au calcipotriol en raison des irritations qu'il entraîne. Les macrolides immunomodulateurs topiques peuvent également être utiles¹⁰.

Lésions étendues

Les dermocorticoïdes et le calcipotriol sont contre-indiqués et leur usage se limite aux genoux et aux coudes. A partir de l'âge de

10 ans, en tenant compte du phototype et malgré les risques de carcinogenèse à long terme, certains auteurs utilisent la photothérapie en traitement d'attaque. L'autre choix est l'utilisation des rétinoïdes systémiques par voie orale; la dose d'attaque est de l'ordre de 0,5 mg/kg/j avec l'acitrétine. La dose maximale de 35 mg par jour ne doit pas être dépassée afin d'éviter un effet sur le métabolisme osseux et la croissance¹¹. Un âge osseux doit être fait avant le traitement, puis tous les ans pour les traitements prolongés.

Psoriasis en gouttes

Il dépasse habituellement une surface cutanée de 40 %, ce qui constitue donc un facteur limitant pour l'emploi des topiques déjà cités. Cependant, son caractère transitoire peut permettre l'attente d'une régression spontanée à l'aide de produits émollients. En cas de premier épisode après une infection streptococcique, il est justifié de proposer une antibiothérapie. Dans une telle situation, compte tenu de leur propre effet immunomodulateur, l'utilisation d'un macrolide oral peut être considéré comme raisonnable, bien qu'il n'existe pas d'études contrôlées pour confirmer cet effet. Par contre, l'intérêt d'une antibiothérapie prolongée, voire d'une tonsillectomie est très discuté dans la prévention des poussées de psoriasis¹².

Les formes graves

Les rétinoïdes par voie générale trouvent une excellente indication dans le psoriasis pustuleux et érythrodermique. L'acitrétine (Néotigason®) est utilisé à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/j, puis diminué progressivement. En cas de résistance, on peut utiliser le méthotrexate ou la ciclosporine dont l'emploi sont bien documentés chez l'enfant^{13, 14}. Un régime strict de surveillance du dosage et des effets secondaires doit être suivi, comme il est, par exemple, proposé par l'Association Suisse de Rhumatologie (www.rheuma-net.ch). Les nouveaux traitements dit «biologiques» dirigés contre le TNF α , et en particulier l'etanercept (Enbrel®) sont à réserver aux cas particulièrement réfractaires mais semblent très prometteurs.

Conclusion

Le psoriasis est une pathologie probablement plus fréquente et plus invalidante qu'on ne le pense dans la population pédiatrique. Les enfants souffrant de psoriasis

doivent faire face à une maladie chronique, dont le traitement a été peu évalué par des études contrôlées. Cependant, la majorité des cas peut être correctement pris en charge par un usage adéquat des différents traitements topiques disponibles.

Références

- Howard R, Tsuchiya A. Adult skin disease in the pediatric patient. *Dermatol Clin* 1998; 16: 593-608.
- Fond L, Michel JL, Gentil-Perret A, Eve B, Montellarmard N, Perrot JL et al. [Psoriasis in childhood]. *Arch Pediatr* 1999; 6: 669-74.
- Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Wahlstrom J, Enerback C, Enlund F et al. Age at onset and different types of psoriasis. *Br J Dermatol* 1995; 133: 768-73.
- Lewkowicz D, Gottlieb AB. Pediatric psoriasis and psoriatic arthritis. *Dermatol Ther* 2004; 17: 364-75.
- Henseler T. The genetics of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: S1-11.
- Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Enerback C, Enlund F, Samuelsson L et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol* 1997; 137: 939-42.
- Neville EA, Finn OA. Psoriasiform napkin dermatitis—a follow-up study. *Br J Dermatol* 1975; 92: 279-85.
- Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18: 188-98.
- Gudjonsson JE, Karason A, Runarsdottir EH, Antonsdottir AA, Hauksson VB, Jonsson HH et al. Distinct clinical differences between HLA-Cw*0602 positive and negative psoriasis patients—an analysis of 1019 HLA-C- and HLA-B-typed patients. *J Invest Dermatol* 2006; 126: 740-5.
- Steele JA, Choi C, Kwong PC. Topical tacrolimus in the treatment of inverse psoriasis in children. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 713-6.
- Zappel K, Sterry W, Blume-Peytavi U. [Therapy options for psoriasis in childhood and adolescence]. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004; 2: 329-42.
- Wilson JK, Al-Suwaidan SN, Krowchuk D, Feldman SR. Treatment of psoriasis in children: is there a role for antibiotic therapy and tonsillectomy? *Pediatr Dermatol* 2003; 20: 11-5.
- Dogra S, Kumaran MS, Handa S, Kanwar AJ. Methotrexate for generalized pustular psoriasis in a 2-year-old child. *Pediatr Dermatol* 2005; 22: 85-6.
- Mahe E, Bodemer C, Pruszkowski A, Teillac-Hamel D, de Prost Y. Cyclosporine in childhood psoriasis. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1532-3.
- Hawrot AC, Metry DW, Theos AJ, Levy ML. Etanercept for psoriasis in the pediatric population: experience in nine patients. *Pediatr Dermatol* 2006; 23: 67-71.
- Papoutsaki M, Costanzo A, Massotta A, Gramiccia T, Soda R, Chimenti S. Etanercept for the treatment of severe childhood psoriasis. *Br J Dermatol* 2006; 154: 181-3.

Correspondance:

Emmanuel Laffitte
Service de Dermatologie et Vénérologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
CH-1011 Lausanne
emmanuel.laffitte@chuv.ch