

Le psoriasis et ses traitements locaux

Mots clés : Le psoriasis est fréquent (prévalence moyenne : 2%, dont 80% pour le psoriasis en plaques). Il est le plus souvent bénin. Sa répercussion sur la qualité de vie peut être importante ; 5 à 20% des patients peuvent présenter un rhumatisme psoriasique parfois invalidant^{1,2,3}. Aucun traitement ne permet de guérison définitive. Les traitements généraux, notamment cytotoxiques et immunodépresseurs, sont de 2^{ème} intention en raison d'effets indésirables graves. Dans 70 à 80% des formes légères à modérées, le traitement de 1^{er} recours est percutané². Trois synthèses récentes permettent de faire le point à ce sujet^{1,2,3}.

Une histoire naturelle peu prévisible

Le psoriasis évolue par poussées et régressions. Dans 5 à 39% des cas, des rémissions spontanées peuvent survenir, durant parfois plusieurs années. Le soleil peut améliorer la majorité des lésions. Le mécanisme de survenue des poussées est mal connu, peut être lié à des problèmes infectieux, des traumatismes, au tabac, à l'alcool, au stress, à **certaines médicaments** : β -bloquants, lithium, antipaludéens de synthèse, certains IEC, interférons, cyclines^{1,2,3}.

De nombreux traitements locaux

Les émoullients, crèmes et pommades, visent à graisser la peau ou à l'hydrater. Certains ont un statut de produit cosmétique, d'autres une AMM (cf Vidal®) pour le psoriasis¹. Leur efficacité n'a pas vraiment été évaluée. Certains excipients peuvent entraîner des réactions de sensibilisation ou avoir un effet desséchant¹.

Les goudrons percutanés ont un effet kératolytique et anti-inflammatoire. L'huile de cade est un goudron de bois. L'efficacité semble modeste (quelques petits essais randomisés). Les effets indésirables sont l'irritation cutanée, des éruptions acnéiformes, une photosensibilité. Le risque de cancer n'est pas démontré¹.

L'acide salicylique percutané a un effet décapant, avec sur un essai une impression globale positive. Il est irritant et ne doit pas être appliqué sur de grandes surfaces et sur les muqueuses. Associé à des dermocorticoïdes, il semble augmenter leur efficacité¹.

Que conclure pour notre pratique ?

Un traitement n'est pas toujours indispensable, l'observance du traitement même percutané est médiocre. L'objectif est de réduire l'activité de la maladie à un niveau qui permette une qualité de vie acceptable, avec un minimum d'effets secondaires du traitement³. Le choix doit être basé sur la gravité des lésions, la balance bénéfico-risques des divers produits, les préférences des patients¹.

Peuvent être utiles les émoullients si le patient s'en contente, l'acide salicylique sur une courte durée pour son action décapante ; le dithranol, commercialisé associé à l'acide salicylique (non remboursé), en évitant les zones sensibles. Les goudrons sont à déconseiller, l'huile de cade pouvant être utilisée pour le cuir chevelu¹.

Sont plus efficaces, mais avec plus d'effets indésirables, les dermocorticoïdes avec une efficacité certaine mais temporaire, surtout pour les "forts" et "très forts". Il faut les utiliser pour de courtes périodes, sur une surface limitée, et éviter les "forts" au niveau du visage. Leur usage intermittent (2 fois par semaine ou en week-end) peut maintenir les rémissions et minimiser les effets secondaires. Le calcipotriol seul ou associé à un dermocorticoïde est une alternative avec ses risques propres^{1,3}.

Le dithranol percutané empêcherait la croissance cellulaire. Dans 3 petits essais randomisés, le dithranol semblait plus efficace que l'excipient seul. Il entraîne une sensation de brûlure, surtout en peau saine. Son odeur est désagréable et il tache les vêtements¹.

Les dermocorticoïdes ont une efficacité démontrée dans des essais sur près de 1700 patients pour les formes d'activité "forte" et "très forte". Un traitement d'entretien est utile : dans un essai, après 3 à 4 semaines de traitement 2 fois/j, 3 applications à 12 h d'intervalle une fois/semaine étaient plus efficaces que l'excipient sur le maintien du bénéfice. Les effets indésirables sont nombreux : atrophie cutanée, télangiectasie, effet rebond, allergie, dépendance¹.

Les dérivés de la vitamine D percutanés : le calcipotriol 2 fois/j pendant 2 mois entraîne une amélioration chez les 3/4 des patients aussi marquée que celle d'un dermocorticoïde "fort" ou du dithranol. Tacalcitol calcipotriol ont une efficacité voisine. L'association à un dermocorticoïde "fort" montre un petit bénéfice mais de signification clinique incertaine (5 essais). Les effets indésirables sont une irritation locale (10 à 30% des cas). Il faut éviter l'application sur le visage. Une hypercalcémie est possible à dose élevée^{1,4}.

Un rétinoïde percutané, le tazarotène, n'a pas d'avantage sur le calcipotriol ou les dermocorticoïdes. Il entraîne une irritation locale (50% des cas). Il est tératogène et contre-indiqué chez la femme enceinte¹.

Références :

- 1- Prescrire rédaction. Psoriasis des adultes. Rev Prescrire. 2005; 266: 751-62.
- 2- Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis. N Engl J Med. 2005; 352: 1899-1912.
- 3- Smith CH, Barker JNW. Psoriasis and its management. BMJ. 2006; 333: 380-4.
- 4- Collectif. Calcipotriol et psoriasis en plaques localisé. Une méta-analyse. Bibliomed. 2000: 184.