



HAL
open science

Psoriasis : prise en charge par les traitements alternatifs ; conseil à l'officine

Thalia Desbordes

► **To cite this version:**

Thalia Desbordes. Psoriasis : prise en charge par les traitements alternatifs ; conseil à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01764299

HAL Id: dumas-01764299

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01764299v1>

Submitted on 11 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2018

Thèse n°25

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
Le 16 mars 2018

Par

Thalia DESBORDES

Née le 6 janvier 1991 à Neuilly sur Seine

Psoriasis :
Prise en charge par les traitements alternatifs
Conseil à l'officine

Directeur de thèse
Dr. Catherine CHÈZE

Jury

Dr. Catherine CHÈZE	Maître de Conférences	Président
Dr. Françoise AMOUROUX	PAST	Assesseur
Dr. Guillaume MARQUE	Pharmacien d'officine	Assesseur

L'incertitude c'est encore l'espérance.

Alexandre Dumas.
Le Comte de Monte-Cristo.

Remerciements

A Madame Catherine CHEZE,

Pour avoir dirigé ce travail.

Pour votre aide, vos conseils, et le temps consacré à mon travail. Pour tous vos enseignements et votre disponibilité pendant nos études.

Je vous prie de croire en ma reconnaissance sincère et je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail.

A Madame Françoise AMOUROUX,

Pour avoir accepté de juger cette thèse.

Pour tous vos enseignements durant nos études et votre vision du pharmacien d'officine. Pour tous vos conseils précieux pour notre exercice officinal.

A Monsieur Guillaume MARQUE,

Pour avoir accepté de juger cette thèse.

Pour votre confiance dans l'exercice de notre métier, pour le partage de votre expérience.

A ma fille, Capucine,
Pour ta sagesse, ton insouciance et le bonheur que tu as amené dans nos vies.

A Anthony,
Pour ta grande patience durant toutes ces années d'étude, pour ton soutien au quotidien et pour n'avoir jamais cessé de croire en moi, en nous. Avec tout mon amour.

A mes parents,
Pour votre soutien et accompagnement tout au long de mes études, pour m'avoir permis de réaliser mes projets, cette réussite c'est aussi la votre. Avec tout mon amour.

A ma sœur, Luisa
Pour ton soutien, pour avoir toujours su que je pouvais compter sur toi, pour tous nos bons moments partagés.

A mes grands-parents,
Pour votre soutien, pour tous ces moments en famille.

A mon grand-père,
Parti trop tôt, tu voulais être là mais le temps nous a manqué. Je pense à toi.

A ma famille,
Pour tous nos moments partagés.

A mes beaux parents, à mes beaux frères,
Pour votre confiance et votre soutien.

A Natacha,
Pour tous ces moments partagés, pour notre complicité, pour ton soutien dans les moments de doute. Une belle amitié.

A mes amis,

A toutes ces rencontres qui ont fait de mes études des moments inoubliables.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
PARTIE I : PHYSIOPATHOLOGIE ET FORMES CLINIQUES DU PSORIASIS	10
I. Définitions – Généralités	11
I.1. Généralités sur le psoriasis : aspect et description générale	11
I.2. Rappels histologiques de la peau	11
I.3. Histopathologie et Immunopathologie de la peau psoriasique.....	14
II. Epidémiologie	18
III. Etiologie – Facteurs aggravants ou déclenchants	18
III.1. Maladie auto-immune.....	18
III.2. Facteurs génétiques.....	18
III.3. Facteurs infectieux / Pathologies	19
III.4. Facteurs médicamenteux	19
III.5. Traumatismes.....	20
III.6. Facteurs psychologiques	20
III.7. Autres.....	20
IV. Facteurs d’amélioration	21
V. Les différentes formes du psoriasis	22
V.1. Les deux types de psoriasis.....	22
V.2. Les formes cliniques de psoriasis.....	23
VI. Mesure de l’impact sur la qualité de vie	32
VI.1. Mesure de l’atteinte cutanée	32
VI.2. Index de qualité de vie	36
PARTIE II: TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DU PSORIASIS	41
I. Choix du traitement	42
II. Les traitements locaux	44
II.1. Les émoullients	44
II.2. Les kératolytiques.....	44
II.3. Les dermocorticoïdes	45
II.4. Les dérivés de la vitamine D.....	48
II.5. Les goudrons	49
II.6. Les rétinoïdes topiques (Tazarotènes).....	50
III. Les photothérapies	51
IV. Les traitements systémiques	54
IV.1. Les rétinoïdes per os.....	54
IV.2. Les immunosuppresseurs.....	55
IV.3. Les thérapies ciblées.....	57
PARTIE III : TRAITEMENTS ALTERNATIFS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PSORIASIS	61
I. L’homéopathie	62
I.1. Historique.....	62

I.2. Définitions	63
I.3. Principes fondamentaux de l'homéopathie	63
I.4. Réglementation	64
I.5. Principes de fabrication.....	65
I.6. Application au psoriasis en complément de l'allopathie.....	66
II. L'aromathérapie.....	70
II.1. Historique et fabrication	70
II.2. Les huiles essentielles	71
II.3. Les huiles végétales.....	76
III. La phytothérapie	79
III.1. Histoire et origine.....	79
III.2. Utilisations.....	80
III.3. Le drainage	81
III.4. Traitements spécifiques.....	82
IV. Autres alternatives thérapeutiques	86
IV.1.Mésothérapie.....	86
IV.2.Acupuncture	87
IV.3.Psychothérapie.....	90
IV.4.Hypnose.....	90
V. Prise en charge du psoriasis à l'officine	92
V.1. Informer et Expliquer	93
V.2. Rôle du pharmacien	94
V.3. Réorienter.....	94
V.4. Cas de comptoir.....	94
CONCLUSION.....	97
BIBLIOGRAPHIE	98
ANNEXES.....	104

TABLE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Les différentes formes de psoriasis vulgaire
- Tableau 2 : Résumé des formes légères à modérées de psoriasis
- Tableau 3 : Résumé des formes sévères de psoriasis
- Tableau 4 : Exemple de calcul de score PASI
- Tableau 5 : Echelle à 6 points du PSGA
- Tableau 6 : Récapitulatif des différentes échelles de mesure de l'atteinte cutanée
- Tableau 7 : Récapitulatif des différentes échelles de mesure de l'impact sur la qualité de vie
- Tableau 8 : Caractéristiques pharmacologiques de l'acide salicylique et de l'urée
- Tableau 9 : Classification des dermocorticoïdes en fonction de leur intensité
- Tableau 10 : Caractéristiques pharmacologiques des dermocorticoïdes
- Tableau 11 : Caractéristiques pharmacologiques des dérivés de la vitamine D
- Tableau 12 : Caractéristiques pharmacologiques des goudrons
- Tableau 13 : Caractéristiques pharmacologiques du tacrolimus
- Tableau 14 : Caractéristiques pharmacologiques de la photothérapie UVB et de la PUVAthérapie
- Tableau 15 : Caractéristiques pharmacologiques de l'acitrétine
- Tableau 16 : Caractéristiques pharmacologiques du méthotrexate et de la ciclosporine
- Tableau 17 : Caractéristiques pharmacologiques de l'ustekinumab
- Tableau 18 : Caractéristiques pharmacologiques des antiTNF α
- Tableau 19 : Les différentes souches homéopathiques en fonction des caractéristiques des lésions
- Tableau 20 : Les différentes souches homéopathiques traitant les facteurs associés du psoriasis
- Tableau 21 : Les souches homéopathiques aux propriétés drainantes
- Tableau 22 : Comparatif de la composition chimique des huiles essentielles et leurs propriétés associées et de leur voie d'administration
- Tableau 23 : Comparatif des huiles végétales utilisées par voie cutanée dans le traitement du psoriasis
- Tableau 24 : Comparatif des plantes utilisées dans le traitement du psoriasis

TABLE DES FIGURES

- Figure 1 : Recommandations de prise en charge de psoriasis classique

LISTE DES ABBREVIATIONS

CSH : Cellule souche hématopoïétique
IL : Interleukine
TNF : Facteur nécrosant de tumeur
TLR : Récepteur Toll Like
IFN : Interféron
mDCs : Cellules dendritiques myéloïdes
NK : Natural killer
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
DLQI : Dermatology Life Quality Index
PPP : Psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire
BSA : Body surface area
PASI : Psoriasis area severity index
PGA : Psoriasis global assessment
PSGA : PGA statique
PDGA : PGA dynamique
LS-PGA : Lattice System Physicians's Global Assessment
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
OMS : Organisation mondiale de la santé
PG : Prostaglandine
EPS : Extrait fluide de plantes fraîches standardisées
SIPF : Suspension intégrale de plantes fraîches
CHU : Centre hospitalier universitaire
IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion
ORL : Oto-rhino-laryngologie
EI : Effets indésirables
PE : Précautions d'emplois
CI : Contre indications
IM : Interactions médicamenteuses

INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, non contagieuse, peu connue du grand public mais touchant pourtant plus de 2% de la population mondiale. C'est une maladie multifactorielle mettant en jeu des facteurs immunitaires, génétiques, mécaniques, environnementaux, diététiques, psychologiques... ce qui complexifie sa prise en charge. L'évolution de la maladie est imprévisible entre des phases de poussée et des phases de rémission.

L'atteinte peut être cutanée caractérisée par des plaques érythémateuses arrondies, plus ou moins squameuses de taille variable. Ces plaques sont définies comme un épaissement épidermique excessif avec une hyperprolifération des kératinocytes ainsi qu'une différenciation diminuée mais aussi à une réaction inflammatoire locale responsable de la chronicité.

L'atteinte peut également être généralisée avec une altération de l'état général pouvant aller jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital ou amener à une destruction définitive des articulations.

Il n'existe aucun traitement curatif au psoriasis, ce qui peut rendre les patients réticents aux traitements conventionnels. Cependant ces traitements sont indispensables selon la sévérité du psoriasis (léger, modéré ou sévère). La prise en charge des patients doit être pluridisciplinaire et prendra en compte la sévérité du psoriasis, la surface cutanée atteinte mais aussi l'impact sur la qualité de vie. Ces traitements sont essentiels mais parfois insuffisants pour répondre aux besoins des patients, c'est alors que l'écoute du pharmacien permet une approche complémentaire pour la prise en charge globale du patient.

Dans un premier temps nous développerons les aspects physiopathologiques et multifactoriels du psoriasis, et nous quantifierons l'atteinte cutanée et l'impact sur qualité de vie, deux paramètres essentiels dans la prise en charge du psoriasis.

Dans un second temps, nous aborderons les traitements conventionnels et leur limite. Ces traitements ont pour objectif de diminuer l'intensité des poussées et de maintenir les états de rémission.

Pour finir, nous verrons les alternatives possibles à ces traitements avec comme objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients et de réduire l'impact du psoriasis sur leur qualité de vie. L'accompagnement des patients par les pharmaciens est essentiel pour améliorer l'observance des traitements. Ces traitements alternatifs peuvent accompagner ou compléter des traitements plus lourds ou être une amorce pour amener les patients à se traiter car près de la moitié des personnes atteintes ne le font pas.

PARTIE I :

PHYSIOPATHOLOGIE ET FORMES CLINIQUES DU PSORIASIS

Pour comprendre le caractère multifactoriel du psoriasis, il est important d'expliquer l'histopathologie et l'immunopathologie et de comprendre l'étiologie, les mécanismes et les facteurs aggravants de cette pathologie. A partir de la, les différentes formes de psoriasis seront développées en fonction de l'aspect des lésions et leur localisation. Au delà des caractéristiques des lésions il est important de quantifier l'atteinte cutanée et de mesurer l'impact du psoriasis sur la qualité de vie du patient afin d'optimiser la prise en charge.

I. Définitions – Généralités

I.1. Généralités sur le psoriasis : aspect et description générale

Du grec « psora » qui signifie prurit (gratter), le psoriasis est une dermatose érythématosquameuse d'évolution chronique, non contagieuse et non allergique, associée ou non à un prurit (1) (2).

Connu depuis l'Antiquité et décrit sous diverses appellations car encore mal identifié, Galien utilisera en premier le terme de psoriasis et il faudra attendre 1805 avec Willan et 1841 avec Hebra pour avoir une description exacte de la maladie notamment les divers aspects cliniques et histologiques (1) (4).

Cette dermatose se caractérise par des plaques rouges de tailles variables, recouvertes de squames (9). Les plaques peuvent être localisées ou généralisées et elles sont généralement situées au niveau des coudes, des genoux, du cuir chevelu et de la région lombo-sacrée. Le psoriasis peut prendre des localisations et des aspects cliniques différents compliquant parfois son diagnostic. Il existe des formes graves comme le psoriasis érythrodermique, pustuleux ou arthropatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patients (1). C'est une maladie chronique évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémission (2).

I.2. Rappels histologiques de la peau

La peau a un rôle fondamental de protection contre son environnement et les agressions extérieures (5).

La peau est constituée de trois feuillets superposés qui sont : l'épiderme, tissu le plus superficiel de la peau jouant un rôle de barrière essentiel, le derme et l'hypoderme, feuillet le plus interne. A ces couches sont associées des annexes : les glandes pilosébacées et sudoripares (4).

I.2.1. L'épiderme

L'épiderme est un épithélium pavimenteux stratifié (malpighien) avasculaire et kératinisé en renouvellement permanent. Il est constitué de kératinocytes à 90%, de mélanocytes, de cellules de Merkel et de cellules de Langerhans (5).

Il se compose de plusieurs couches dont le rôle principal est de synthétiser la couche cornée semi-perméable, lui permettant d'assurer sa principale fonction de barrière protectrice du milieu extérieur (4).

- La couche germinative ou de cellules basales est la couche la plus interne de l'épiderme. Elle est constituée d'une seule assise de cellules cylindriques ou cubiques en lien solide avec le derme par l'intermédiaire d'une membrane basale et rattachées entre elles par des hémidesmosomes et des contacts focaux. C'est à ce niveau que se font les mitoses : une cellule se divise en deux cellules fille, une restant dans la couche basale et une autre qui migre dans les couches supérieures pour subir les différentes différenciations (4).

- La couche épineuse ou couche de Malpighi (ou corps muqueux de Malpighi) est constituée de quatre à huit assises de cellules polyédriques dont la taille est plus importante que les kératinocytes de la couche basale. En effet, le cytoplasme est plus volumineux, le noyau plus important, les organites cytoplasmiques y sont plus nombreux. Les noyaux sont à l'origine de la synthèse de kératine expliquant les nombreux filaments dans la cellule. De plus, les cellules épineuses sont reliées entre elles par de nombreux desmosomes conférant à ces cellules cet aspect épineux (5).

- Dans les couches supérieures apparaissent les corps lamellaires issus des vésicules golgiennes et progressivement ces cellules s'aplatissent et migrent à la surface pour donner naissance à la couche granuleuse (5). Cette couche est constituée d'une à quatre assise(s) de cellules, cellules caractérisées par la présence de granules dans leur cytoplasme (les grains de kératohyaline) et par l'apparition de kératinosomes (filaments de kératine formés par agrégation de profilaggrines, précurseurs de la filagrine, protéine matricielle des cornéocytes). C'est à ce niveau que commence la kératinisation (4).

Lors de ce processus, différents phénomènes ont lieu : exocytose dans l'espace intercellulaire (entre la couche cornée et la couche granuleuse) des granules, fusion des kératinosomes avec la membrane plasmique, puis autolyse des noyaux et des organites cellulaires et formation de la membrane cornée sous la membrane plasmique (4).

- La couche cornée est constituée de cinq à dix couches de cellules selon la localisation corporelle (5). Les cornéocytes sont des cellules aplaties, kératinisées et anucléées et la membrane plasmique est remplacée par une paroi lipidique qui double l'enveloppe cornée. Par la suite ces cornéocytes subissent une mort cellulaire programmée aboutissant à la desquamation suite à la lyse du ciment intercellulaire (4).

L'épiderme est également constitué de mélanocytes, cellules dendritiques spécialisées situées dans la couche basale de l'épiderme et dans les follicules pileux. Elles ont la capacité de sécréter la mélanine, responsable de la couleur de la peau, des cheveux et des poils. Cette mélanine a une action photoprotectrice en agissant comme filtre solaire inerte en diffractant et/ou en réfléchissant les rayonnements et en neutralisant notamment les radicaux libres (5).

De plus, l'épiderme est constitué de cellules de Langerhans de 2 à 4%, cellules dendritiques synthétisées dans la moelle osseuse et situées dans la couche basale de l'épiderme. Leur principale fonction est la présentation antigénique aux lymphocytes T naïfs pour toutes les molécules qui passent la couche cornée (5).

Enfin l'épiderme est composé de cellules de Merkel, inégalement réparties dans l'épiderme, au niveau de la couche basale. Elles comportent des mécanorécepteurs essentiels au toucher par ses connexions avec les terminaisons nerveuses (5).

I.2.2. Le derme

Le derme est un tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques lui permettant d'assurer sa principale fonction de nutrition de la peau (5). Il est essentiellement constitué de collagène qui forme deux parties dans le derme : le derme papillaire (derme superficiel) et le derme réticulaire.

Le derme est constitué de fibroblastes, cellules responsables de la sécrétion de fibres de collagène mais aussi d'élastine et de réticuline. Il contient également des macrophages, cellules médullaires ayant une fonction antigénique, immunologique soit en phagocytant les agents pathogènes soit en étant cellule présentatrice d'antigène (4).

- Le derme papillaire est caractérisé par de fines fibres de collagène, il est riche en fibroblastes et macrophages (5).

- Le derme réticulaire forme un tissu conjonctif beaucoup plus dense car les fibres de collagène sont regroupées en faisceaux épais. Il sera plus ou moins épais en fonction de la localisation corporelle (plus fin au niveau des paupières que du dos). Les fibroblastes et macrophages y sont présents mais en faible quantité. Cependant il comporte des cellules dendritiques qui vont capter l'antigène et le présenter aux lymphocytes T après maturation dans les ganglions lymphatiques permettant ainsi de déclencher une réponse immunitaire spécifique (5).

I.2.3. L'hypoderme

L'hypoderme est un tissu conjonctif lâche avascularisé constitué d'adipocytes formant des lobules graisseux et de septums interlobulaires séparant les lobules. Il a pour fonction principale d'assurer le soutien du derme et de l'épiderme et il joue le rôle de réserve énergétique car il est capable de stocker et de restituer les graisses en fonction des besoins (5).

I.2.4. Renouvellement cellulaire

Physiologiquement le renouvellement cellulaire de l'épiderme est en phénomène en équilibre : la formation par les cellules basales de nouveaux kératinocytes compense la desquamation des cornéocytes (3). Dans des conditions normales, il dure en moyenne 28 jours (10).

I.3. Histopathologie et Immunopathologie de la peau psoriasique

I.3.1. Histopathologie

Une personne atteinte de psoriasis présente différentes anomalies au niveau de l'épiderme et du derme (1).

Au niveau de l'épiderme sont observées :

- Une modification des kératinocytes avec une hyperkératose parakératosique correspondant à un épaissement anormal de la couche cornée avec une anomalie des cornéocytes qui la compose, ils ont conservé leurs noyaux. Ils sont responsables, par détachement, de l'état squameux de la peau psoriasique (4).
- La présence de microabcès de Munro-Sabouraud (4) formés par un amas de polynucléaires au niveau de la couche cornée et au-dessous d'elle (1).
- Une forte diminution voir une absence de couche granuleuse : agranulose (4).
- Une hyperacanthose c'est-à-dire un épaissement de la couche épineuse (9).

Au niveau du derme une papillomatose est présente avec un allongement des papilles dermiques contenant dans leur partie supérieure des capillaires dilatés et tortueux responsables de la présence des polynucléaires au niveau du derme (1) (9). Egalement, un infiltrat inflammatoire formé de lymphocytes T CD4 et de lymphocytes T CD8 qui vont progressivement migrer vers l'épiderme est observé (1). Une hypervascularisation du derme est aussi notée, celle-ci facilitant les échanges et responsable de l'aspect rouge et de la chaleur des lésions de psoriasis (4).

De plus, d'autres anomalies sont observées au niveau des cellules :

- Une activité accrue des fibroblastes qui seraient responsables selon Saias et Dubertret d'envoyer un signal anormal de prolifération aux kératinocytes (9).
- La présence anormale de polynucléaires, une accumulation de lymphocytes T CD4, un infiltrat de cellules dendritiques et de lymphocytes T CD8 (1).

Il y a donc une répartition très différente des cellules dans une peau psoriasique par rapport à une peau saine.

I.3.2. Renouvellement cellulaire accéléré

Chez une personne psoriasique on note un renouvellement accéléré des cellules de l'épiderme (2). Les cellules migrent de la couche basale à la couche cornée en seulement 3 à 5 jours au lieu des 21 à 28 jours normalement nécessaires à la maturation des kératinocytes (3).

I.3.3. Immunopathologie

I.3.3.1. Rappels sur les immunités innée et adaptative

Les cellules de l'immunité ont toutes pour origine un précurseur pluripotent : la cellule souche hématopoïétique (CSH), située dans la moelle osseuse. A partir de cette CSH, on compte deux progéniteurs myéloïde ou lymphoïde (5).

Les progéniteurs myéloïdes sont à l'origine de l'immunité innée (ou naturelle), ils comptent les polynucléaires neutrophiles, les monocytes et macrophages et les cellules dendritiques. Cette immunité traduit une réponse immédiate jusqu'à 4 heures après la détection d'un « intru » et elle se traduit généralement par une inflammation.

Les progéniteurs lymphoïdes sont à l'origine de l'immunité acquise ou adaptative et comptent les cellules NK et lymphocytes T et les lymphocytes B.

I.3.3.2. Composante auto-immune du psoriasis

Dans les lésions psoriasiques une dysrégulation de l'expression épithéliale d'un peptide LL37 a été mise en cause. Ceci s'explique notamment par le fait que les kératinocytes d'un patient psoriasique sécrètent des interleukines (IL1 et IL8) et un facteur nécrosant de tumeurs (TNF α) responsables du recrutement des polynucléaires neutrophiles (4). Or ces polynucléaires présents vont sécréter des protéases qui lysent les antigènes présents sur les kératinocytes mais aussi les macrophages, les lymphocytes T et plus généralement les cellules épithéliales (5). Ce peptide est à l'origine de la rupture de la tolérance innée de l'ADN du soi, confirmant la composante auto-immune du psoriasis. En effet, les cellules dendritiques dermiques vont capter ce peptide, le dégrader et le présenter aux lymphocytes T CD4+ conduisant alors à la production de cytokines pro-inflammatoires (4).

Plus précisément le peptide LL37 forme un complexe avec l'ADN, complexe reconnu par les récepteurs Toll Like (TLR) des cellules dendritiques plasmacytoïdes (pDCs), cellules normalement présentes dans le sang et les organes lymphoïdes qui migrent vers la peau par reconnaissance de l'antigène. Ces cellules activées vont sécréter l'interféron α (IFN α) nécessaire à l'activation des cellules dendritiques myéloïdes (mDCs) et des lymphocytes T résidents. Cependant les cellules dendritiques myéloïdes peuvent être directement activées par le complexe ADN-LL37. Après migration et maturation de ces mDCs dans les ganglions lymphatiques elles initient la différenciation des lymphocytes T naïfs et lymphocytes T effecteurs car elles vont jouer le rôle de cellule présentatrice d'antigène au niveau du TCR, récepteur exprimé à la surface des lymphocytes (5).

De plus elles sont à l'origine de la sécrétion de différentes interleukines ayant des rôles diverses dont les principales sont les suivantes :

- Interleukine IL12 permettant d'augmenter l'activité cytotoxique des cellules Natural Killer (NK) par différenciation des lymphocytes Th1 (3),
- Interleukine IL23 stimulant le développement des lymphocytes Th17 (3),

Ce sont essentiellement ces lymphocytes Th1 et Th17 qui après avoir quitté le ganglion migrent au niveau épidermique et sont responsables de la production de cytokines pro-inflammatoires impliquées (3).

Les lymphocytes Th1 produisent essentiellement deux cytokines (5) :

- IFN γ responsable par autocontrôle positif de l'activation de la différenciation des lymphocytes Th1 donc on a un phénomène amplifié et de chronicité (3).
- TNF α responsable d'une augmentation de l'hématopoïèse expliquant l'augmentation des cellules de l'immunité, d'une augmentation des molécules d'adhésion endothéliale VCAM1 et ICAM2, d'une augmentation de la diapédèse des cellules inflammatoires (4), de la migration des cellules dendritiques vers les ganglions, de la prolifération des LT résidents du derme, de l'hyperprolifération et de la diminution de la différenciation des kératinocytes dans la peau psoriasique (3).

Les lymphocytes Th17 sécrètent :

- IL17 responsable du recrutement des polynucléaires neutrophiles et donc de l'augmentation de la production de cytokines pro-inflammatoires (3).
- IL22 également responsable (comme TNF α) de l'hyperprolifération et de la diminution de la différenciation des kératinocytes, mais aussi de l'augmentation de la production de peptide LL37, peptide responsable lui de l'activation des cellules dendritiques (4)... ce qui explique aussi la chronicité des lésions psoriasiques.

I.3.4. Hypoxie de la voie VEGF-VEGFR

Dans une lésion psoriasique, les kératinocytes stimulent via le VEGF l'angiogénèse pour pouvoir fournir les nutriments nécessaires à l'hyperprolifération de l'épiderme. Le VEGF est également synthétisé par les macrophages, les lymphocytes T et les fibroblastes en situation d'hypoxie pour permettre la formation d'un nouveau vaisseau sanguin fonctionnel (4). Globalement lors d'une hypoxie, il y a formation du facteur de croissance HIF1 (par absence d'hydroxylation et donc de dégradation du facteur de transcription HIF1 α , il passe dans le noyau pour se lier à la sous-unité HIF1 β) qui se fixe sur le gène VEGF, et stimule ainsi les cellules endothéliales qui vont dégrader les fibres de collagène pour créer une rupture de la

barrière vasculaire, puis une fuite de protéines plasmatiques avec formation d'un gel de fibrine extravasculaire qui permet la croissance des cellules endothéliales (4).

II. Epidémiologie

Le psoriasis affecte environ 2,2% de la population mondiale soit plus de 125 millions de personnes (6). L'incidence varie en fonction de la localisation géographique et des différentes ethnies. Certaines études épidémiologiques montrent que plus l'on s'éloigne de l'équateur, plus l'incidence augmente et des niveaux supérieurs de prévalence sont observés dans les pays développés (6). En France, c'est une des dermatoses les plus fréquentes, elle touche 2 à 4% de la population aussi bien les hommes que les femmes (7).

III. Etiologie – Facteurs aggravants ou déclenchants

Il ne fait pas de doute que le psoriasis est une maladie multifactorielle qui met en jeu de nombreux facteurs (immunitaires, génétiques, vasculaires, environnementaux, psychologiques...) (7) (10).

III.1. Maladie auto-immune

Nous avons abordé précédemment la composante auto-immune du psoriasis, avec les cellules de l'immunité impliquée dans les lésions psoriasiques et tous les phénomènes expliquant l'inflammation et la chronicité du psoriasis.

III.2. Facteurs génétiques

Les facteurs génétiques sont retrouvés essentiellement pour le psoriasis de type 1. Toutes les anomalies génétiques ne sont pas encore identifiées et différentes études chez des familles de patients psoriasiques ont permis de mettre en cause différents loci situés sur des chromosomes différents (3).

Le chromosome 6 joue un rôle certain. Le gène PSORS1 de ce chromosome est le locus de susceptibilité le plus souvent rencontré chez les patients atteints de psoriasis. Il intervient dans le psoriasis en plaque de type 1 (présent dans 35% à 50% des cas) et c'est un facteur de risque pour le psoriasis en goutte (5). De plus

l'allèle HLA-Cw0602 de cette région est également mis en cause car il est présent chez 85% des patients souffrant d'un psoriasis à début précoce.

Il existe d'autres gènes : le gène PSORS2 du chromosome 17 mais aussi les gènes codant pour IL12B sur le chromosome 5 et pour l'IL23R sur le chromosome 1 car ces derniers sont impliqués dans la différenciation des lymphocytes T mis en cause chez les patients psoriasiques (composante auto-immune) (5).

Par conséquent un enfant dont un seul parent est atteint a 28% de risque de développer avant ces 30 ans un psoriasis, un enfant dont les deux parents sont atteints aura 65% de risques (5). De plus chez les jumeaux homozygotes le risque est 2 à 3 fois plus élevé de développer un psoriasis que chez les jumeaux hétérozygotes. En effet, 70% des jumeaux homozygotes atteints le sont tous deux (4).

La composante génétique ne fait aucun doute pour les patients atteints de psoriasis.

III.3. Facteurs infectieux / Pathologies

Un psoriasis déclenché suite à une affection bactérienne et/ou virale concerne tout de même 10% des cas de psoriasis (5). En effet pour une forme non chronique de psoriasis en goutte chez l'enfant et l'adolescent dans 30 à 50% des cas une bactérie est mise en cause, le streptocoque (5), responsable généralement d'affections des voies aériennes supérieures (angine).

Pour les infections dues à des virus comme le VIH ou l'hépatite le risque de survenue d'un psoriasis augmente avec la progression de l'immunodéficience (3).

III.4. Facteurs médicamenteux

Certains médicaments vont avoir un effet déclencheur ou aggravant du psoriasis : les β -bloquants, les sels de Lithium, les antipaludéens de synthèse, les antiTNF α , les interférons, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes avec notamment un phénomène de rebond lors de l'arrêt mais aussi les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (3)...

III.5. Traumatismes

Les traumatismes cutanés touchant l'épiderme et le derme peuvent amener au développement d'une plaque de psoriasis localisé, il s'agit du phénomène de Koebner (4). En effet, le grattage ne fait qu'entretenir la lésion car cela entraîne une accélération du renouvellement cellulaire (3).

De plus, même si l'exposition solaire est bénéfique pour les lésions psoriasiques, les coups de soleil provoquent une nouvelle poussée (5).

III.6. Facteurs psychologiques

Le stress seul ne peut être à l'origine de cette pathologie, cependant il peut être un facteur aggravant ou de rechute (4). C'est un facteur important à prendre en compte d'autant plus que par lui même le psoriasis peut être source de stress de part son impact sur la qualité de vie des patients conduisant alors à un cercle vicieux (3). Certaines études ont mis en évidence un profil psychique commun aux personnes atteintes de maladies auto-immunes (4).

III.7. Autres

III.7.1. Obésité

L'obésité est un facteur aggravant pour la pathologie car les personnes en surpoids ont un état pro-inflammatoire chronique ce qui favorise les lésions psoriasiques (4).

III.7.2. Facteurs endocriniens et hormonaux

Les chutes hormonales au cours de la vie d'une femme peuvent être à l'origine du déclenchement ou de l'aggravation de la maladie : post-partum, ménopause (4).

A l'inverse une grossesse, des traitements hormonaux ou la puberté ont un effet bénéfique sur le psoriasis.

III.7.3. Alcool et Tabac

La consommation de tabac et/ou d'alcool multiplie par deux le risque de développer un psoriasis (5). De plus ce sont des facteurs de risque de résistance thérapeutique et de plus l'alcoolisme est un frein et limite les traitements à cause des nombreuses contre-indications (3).

III.7.4. Comorbidités

Le psoriasis est une maladie multifactorielle mais au cours des dernières années des études ont émis l'hypothèse d'un rôle étiologique du psoriasis dans certaines comorbidités cardiovasculaires et métaboliques (8). Différentes données ont mis en évidence une fréquence plus élevée du syndrome métabolique, de l'hypertension artérielle, de l'obésité, du diabète et des dyslipidémies chez les patients atteints de formes modérées à sévères de psoriasis par rapport à la population générale (11) (3).

IV. Facteurs d'amélioration

Pour améliorer les lésions psoriasiques il est possible d'agir sur l'alimentation.

La supplémentation en oméga 3 contribue à une diminution significative du PASI et à une amélioration du DLQI (4). Les omégas 3 ont un effet « anti-psoriasique » car ils entrent en compétition avec l'acide arachidonique au niveau des membranes phospholipidiques cellulaires, précurseur des prostaglandines et leucotriènes qui sont des agents de recrutement (par chimiotactisme) des polynucléaires, impliqués donc dans l'inflammation (47). Les omégas 3 permettent la synthèse de molécules anti-inflammatoires.

La supplémentation en minéraux et vitamines a démontré son efficacité dans la diminution des lésions psoriasiques (4). Les patients peuvent se supplémenter en vitamine D3 ou calcitriol, car les kératinocytes présentent des récepteurs à cette vitamine qui, activés, vont permettre d'inhiber leur croissance et leur maturation. Une supplémentation en vitamine B9 ou acide folique ne va pas agir sur les lésions en elles mêmes mais va limiter les risques cardiovasculaires des patients atteints de psoriasis.

De plus le silicium organique a une action intéressante sur les lésions psoriasiques, il possède une action apaisante, hydratante et cicatrisante par stimulation de la croissance des fibroblastes et leur synthèse de collagène et d'élastine (4). Il est conseillé de faire une application par vaporisation deux fois par jour en cas de crise puis un relais par voie orale pour un traitement de fond.

Une carence en magnésium est un facteur d'augmentation du stress, or le stress est un facteur aggravant et/ou déclenchant de la crise de psoriasis. D'où l'intérêt d'une supplémentation en magnésium (4). Son effet peut être potentialisé en l'associant au sélénium.

La gestion du stress est aussi un facteur à prendre en compte et à traiter dans certaines situations.

Une corrélation entre les maladies cœliaques et le psoriasis a été mise en évidence dans plusieurs études. En effet, les patients souffrant d'une intolérance au gluten ont plus de risque de développer un psoriasis car l'intolérance au gluten provoque l'absorption de molécules de haut poids moléculaire qui se comportent comme de super antigènes dans la circulation sanguine et produisent des cytokines... Lors d'un régime sans gluten les patients voient une amélioration significative des lésions psoriasiques (4).

V. Les différentes formes du psoriasis

V.1. Les deux types de psoriasis

Deux types de psoriasis sont décrits (4) :

- Le psoriasis de type 1, le plus fréquent se caractérise par une apparition précoce avant 30 ans, un caractère héréditaire important, une évolution clinique pouvant être sévère (3).
- Le type 2, plus rare se caractérise par une apparition tardive (plus de 50 ans), sporadique, l'extension est limitée (3).

V.2. Les formes cliniques de psoriasis

En fonction de leur aspect clinique et de la localisation des lésions il existe plusieurs formes de psoriasis (3). Des formes légères à modérées sont présentes pour quatre cas de psoriasis sur cinq, les autres patients souffrant de formes sévères pouvant mettre en cause le pronostic vital (4). Les formes sévères de psoriasis comprennent les psoriasis pustuleux, l'érythrodermie et le rhumatisme psoriasique et concernent moins de 10% des patients. Il peut s'agir d'une complication d'un psoriasis déjà présent ou d'une forme inaugurale de la maladie.

V.2.1. Psoriasis vulgaire

Il s'agit de la forme la plus fréquente de psoriasis, il concerne 80 à 90% des patients (3). Il se caractérise par une tache érythémato-squameuse arrondie ou ovale, de taille variable, aux bords limités et en nombre multiple car rarement isolée (5).

Une couche superficielle squameuse de couleur blanchâtre pouvant être légèrement en relief par rapport à la peau saine voisine est présente. Cette couche recouvre en partie ou en totalité la tache érythémateuse caractérisée par une couleur rosée voire rouge, congestive, disparaissant à la vitropression et pouvant être entourée par un halo clair et pouvant être papuleux ou lisse (1).

Ce psoriasis vulgaire est accompagné dans 30% des cas de prurit (1).

En fonction de la taille des lésions, plusieurs cas se distinguent : le psoriasis en goutte, nummulaire ou en plaque (3) (4) (5).

	Psoriasis en gouttes	Psoriasis nummulaire	Psoriasis en plaques
Taille des lésions	Quelques millimètres de diamètre	Quelques centimètres de diamètre	Plusieurs centimètres de diamètre Possibilité de larges surfaces occupées
Caractéristiques des lésions	Nombreuses et lenticulaires		Atteinte généralement bilatérale et symétrique
Localisation	Tronc et membres		Genoux, coudes, région ombilicale et région lombo-sacrée
Pourcentage de patients atteints	10% des patients		85% des diagnostics de psoriasis
Remarques	Développement suite à une infection à streptocoques chez l'enfant et l'adolescent	Possible coexistence avec un psoriasis en goutte. Inaugural chez l'enfant, suite à une infection à streptocoque.	Possible atteinte quasi totale de la surface corporelle, on parle de psoriasis « universalis » sans altération de l'état général
Evolution	Favorable en quelques mois. Possible transformation en psoriasis en plaque, signe évocateur d'un psoriasis à l'âge adulte.		

Tableau 1 : Les différentes formes de psoriasis vulgaire

V.2.2. Psoriasis du cuir chevelu

Il touche 50 à 80% des patients psoriasiques en association avec des lésions diffuses, c'est une forme très fréquente de psoriasis (3). Il se caractérise par la présence de plaques érythématosquameuses, circonscrites, de forme régulière, de taille variable, prurigineuses et non alopeciantes (3). Il est principalement situé au niveau de la nuque, l'extrémité frontale et autour des oreilles mais il peut recouvrir l'intégralité du cuir chevelu (1).

V.2.3. Psoriasis unguéal

Il concerne environ la moitié des patients psoriasiques et peut être associé à une autre forme de psoriasis cutanée et rhumatismal (3). Il se présente sous des formes très polymorphes et il peut toucher le lit et/ou la matrice unguéal. Il revêt différents aspects (1) :

- Des dépressions ponctuées : forme la plus caractéristique donnant à l'ongle un aspect de « dé à coudre ».
- Une dischromie (coloration) :
 - o soit sous forme de tâche ovalaire saumon/rougeâtre ou en « tâche d'huile », associée généralement à une onycholyse (détachement de la partie distale de l'ongle qui devient grisâtre tranchant avec la partie proximale colorée en jaune cuivré) et à une hyperkératose sous-unguéale traduisant une atteinte du lit de l'ongle.
 - o soit sous forme de leuconychie c'est-à-dire une coloration blanchâtre de l'ongle totale ou partielle due à la perte de la transparence unguéale.

V.2.4. Psoriasis inversé (psoriasis des plis)

Il s'agit d'une localisation fréquente souvent associé à un autre psoriasis ce qui facilite son diagnostic (1). Il se développe surtout sur les faces de flexion au niveau des plis inguinaux, inter-fessier, zones sous mammaires, ombilic et plus rarement au niveau des creux poplités et axillaires (5).

Il se caractérise par une plaque continue, rouge vive, bien délimitée, lisse, brillante, peu ou pas squameuse s'étendant des deux côtés du pli (3). Elle peut être prurigineuse et douloureuse car ce sont des zones de macération pouvant causer des suintements et des fissures (5). Attention il peut être associé une surinfection mycosique ou bactérienne modifiant l'aspect classique de ce psoriasis (3).

V.2.5. Psoriasis des muqueuses

Il s'agit d'une localisation rare de psoriasis, et concerne les muqueuses génitales et buccales (1). Il touche indifféremment les hommes et les femmes et est rarement isolé (5).

Au niveau des muqueuses buccales il se caractérise par la présence de lésions rondes ou ovalaires bien délimitées érythémateuses ou blanchâtres-grisâtres ou sous forme de stries irrégulières entourées d'une zone érythémateuse (5). Lors d'une atteinte de la langue on parle de « langue géographique » (3).

Au niveau des muqueuses génitales féminines il se caractérise par des lésions érythémateuses non squameuses, non prurigineuses mais il est parfois douloureux en cas de présence de fissures. Il est généralement associé à un psoriasis des grands plis et touche la vulve et la face externe des petites lèvres (1).

Le psoriasis au niveau du gland se caractérise sous forme de plaques rouges, bien limitées, non squameuses et est souvent associé à un psoriasis inversé péri anal (1).

V.2.6. Psoriasis du visage

C'est une forme rare de psoriasis, non caractéristique et généralement discrète. On le retrouve essentiellement chez l'enfant (1).

Il se caractérise par la présence de lésions rouges en goutte recouvertes de squames sèches ou peu grasses (3). Chez l'enfant les zones touchées seront surtout les paupières et la région péri-orale alors que chez l'adulte des squames sont observées au niveau des sourcils, du front et des ailes du nez. Pour l'adulte l'atteinte du visage marque un signe de gravité (3).

Ce psoriasis entraîne un retentissement psychologique majeur (3).

V.2.7. Psoriasis palmo-plantaire

C'est une forme qui peut être très handicapante car les pieds et les mains sont soumis à de fortes contraintes mécaniques (4). Généralement les lésions sont bilatérales, elles touchent les paumes des mains et les plantes des pieds, les poignets peuvent également être atteints (1).

Il se caractérise par la présence de plaques bien délimitées, épaisses, squameuses, dures et avec une hyperkératose très importante pouvant amener à des fissures très douloureuses qui limitent les mouvements et gênent la marche (4).

V.2.8. Psoriasis pustuleux

Il s'agit d'une forme sévère et relativement rare de psoriasis (3). C'est une pustulose amicrobienne (stérile) à différencier du psoriasis suppuré c'est-à-dire d'une surinfection d'un psoriasis vulgaire (1). Il peut prendre différentes formes, il peut être localisé ou généralisé mais dans tous les cas il se caractérise par la présence d'une pustule de Kogöj-Lapierre au niveau de la couche épineuse de l'épiderme (4). La pustule est multiloculaire, spongiforme remplie de polynucléaires altérés.

V.2.8.1. Psoriasis pustuleux localisé

Il regroupe trois formes cliniques.

- Le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire (PPP) est la forme la plus fréquente, elle touche la plante des pieds et la paume des mains (3). C'est une forme généralement bilatérale et symétrique. Elle se caractérise par des lésions érythématosquameuses (rouges, inflammatoires) recouvertes de petites pustules stériles blanches-jaunâtres de quelques millimètres de diamètre isolées ou regroupées en placards érythématosquameux (4). Ces pustules deviennent brunes en séchant. La maladie évolue par poussée et s'accompagne d'un prurit (1). Il n'y a pas d'altération de l'état général mais il altère fortement la qualité de vie du patient (3).
- Le psoriasis pustuleux acral ou acrodermatite de Hallopeau est une forme de PPP qui touche l'extrémité du doigt ou d'un orteil dans la zone péri-unguéale, souvent suite à un traumatisme. Il s'étend et peut alors atteindre plusieurs doigts (5). Il se caractérise par la présence de pustules sur une lésion érythémateuse, qui se dessèchent formant alors des squames jaunâtres avec une altération de l'ongle qui peut aller jusqu'à la perte assez rapide de l'ongle et son remplacement par une hyperkératose du lit unguéal (4)..
- Le psoriasis pustuleux annulaire se caractérise par des pustules bordant des anneaux érythémateux et il peut être associé à des signes généraux (fièvre...) (1).

V.2.8.2. Psoriasis pustuleux généralisé

Le psoriasis pustuleux généralisé de Von Zumbusch est une forme rare mais grave de psoriasis car elle peut être mortelle (4). Il se caractérise par une apparition brutale avec une altération de l'état général, une fièvre à 40°C et des frissons, des lésions érythémateuses de couleur rouge vif, œdématisées, inflammatoires et douloureuses au niveau du tronc et des membres (1). Elles se recouvrent progressivement de pustules blanches-jaunâtres groupées, légèrement squameuses qui sèchent et évoluent vers une desquamation généralisée. On observe donc trois phases concomitantes et successives : une phase érythémateuse, une phase pustuleuse et une phase squameuse. Ces poussées sont associées à un prurit important, une sensation de brûlure et une atteinte des muqueuses buccales et génitales. Cette desquamation entraîne une perte de liquides et de minéraux importante et il expose le patient à un risque sévère de surinfection (3). Cette forme de psoriasis nécessite une prise en charge hospitalière car sans traitement, il conduit au décès du patient dans un tiers des cas (5).

V.2.9. Psoriasis érythrodermique

Généralement il s'agit d'une complication d'une autre forme de psoriasis. C'est une forme rare mais grave de psoriasis. Il touche l'ensemble de la peau y compris les ongles et les cheveux, mais n'atteint pas les muqueuses (3).

On distingue deux formes : une forme sèche et une forme humide, généralement associées (1).

- La forme sèche est caractérisée par des lésions diffuses avec quelques espaces de peau saine, des squames peu adhérentes se détachant en abondance.
- La forme humide et œdémateuse est beaucoup plus sévère : l'érythème est généralisé, la peau est infiltrée et très œdémateuse lui donnant un aspect tendu et luisant. La peau suinte provoquant l'agglomération des squames, on observe des fissures qui s'infectent rapidement surtout au niveau des grands plis. Elle est associée à un prurit important et à une altération de l'état général : fièvre, troubles digestifs...

Ces œdèmes associés à cette desquamation exposent le patient à des risques importants de complication car la barrière cutanée est lésée et ne peut plus jouer son rôle. Les différentes complications possibles sont : surinfections, septicémie, troubles de la thermorégulation (hypothermie), problèmes cardiaques, désordres électrolytiques, anémie, pouvant aller jusqu'à la mort (4). Ces complications nécessitent une prise en charge hospitalière.

V.2.10. Rhumatisme psoriasique (Psoriasis arthropatique)

Le rhumatisme psoriasique est considéré comme un rhumatisme inflammatoire chronique qui évolue par poussée, il est classé comme étant une spondylarthropathie (3). Généralement une atteinte cutanée précède l'atteinte articulaire ce qui facilite son diagnostic et les poussées articulaires et cutanées peuvent coïncider ou non. L'âge d'apparition est de 35-40 ans (5). On distingue deux types d'atteinte qui peuvent s'associer : une forme périphérique et une forme axiale. Il ne s'agit pas forcément d'une forme grave de psoriasis, cependant il peut être très invalidant et il se caractérise par des douleurs, une déformation et une destruction des articulations (12) (13). Il touche donc essentiellement les articulations.

La forme périphérique (70% des cas de rhumatisme psoriasique) se caractérise par une atteinte asymétrique des articulations des doigts et des orteils essentiellement mais aussi des genoux, chevilles, coudes et épaules associée ou non à une atteinte unguéale (3). On parle de mono- ou d'oligo-arthrite en fonction du nombre d'articulations atteintes. Chez les personnes âgées, prédisposées à

l'arthrose, toutes les douleurs articulaires ne doivent pas être considérées comme un rhumatisme psoriasique. Les symptômes de cette forme périphérique ressemblent à la polyarthrite rhumatoïde ou l'atteinte sera dans ce cas symétrique. Ces douleurs sont souvent diurnes et matinales donc non calmées par le repos et des douleurs importantes à la mobilisation associées parfois à un épanchement synovial et un gonflement des articulations. C'est une forme avec une prédominance féminine (4).

La forme axiale est beaucoup plus rare et rappelle les symptômes de la spondylarthrite ankylosante. Elle touche l'axe pelvi-rachidien avec une atteinte axiale unilatérale et asymétrique de la colonne vertébrale, des articulations sacro-iliaques et des hanches ce qui se traduit par des douleurs tout d'abord lombo-fessières puis rachidiennes. Cette forme est à prédominance masculine (3).

Ces deux formes peuvent s'associer ce qui ne facilite pas le diagnostic et les formes articulaires sont très polymorphes pouvant être très handicapantes (4). Ce handicap fonctionnel s'additionne au retentissement sur la qualité de vie du psoriasis cutané.

FORMES LEGERES A MODEREES				
	Psoriasis vulgaire	Psoriasis du cuir chevelu	Psoriasis unguéal	
Incidence	80 à 90% des psoriasis	50 à 80% des psoriasis	50% des psoriasis	
Caractéristiques des lésions	Tâche érythémato-squameuse avec couche superficielle squameuse blanchâtre de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre	Plaque érythémato-squameuse circonscrite régulière Taille variable	Expression très polymorphe Dépressions ponctuées Dischromie	
Localisation des lésions	*En goutte : Tronc, membre *En plaque : genoux, coudes, régions ombilicale et lombo-sacrée	Nuque, extrémité frontale et autour des oreilles	Atteinte du lit et/ou de la matrice unguéal	
Symptômes associés	Prurit dans 30% des cas Absence d'altération de l'état général	Prurit Non alopeciant	Souvent associé à une forme de psoriasis cutané et/ou rhumatismal	
	Psoriasis inversé	Psoriasis des muqueuses	Psoriasis du visage	Psoriasis palmo-plantaire
Incidence	Fréquente	Rare	Rare Surtout chez l'enfant	
Caractéristiques des lésions	Plaques rouges continues, lisses, brillantes, peu ou pas squameuses	*Buccale : lésions érythémateuses rondes, blanches ou striées irrégulières *Femme : lésions érythémateuses non squameuses *Homme : lésions rouges, limitées, non squameuses	Lésions rouges en goutte recouvertes de squames sèches (ou peu grasses)	Plaques épaisses, squameuses, dures Hyperkératose très importante, fissures
Localisation des lésions	Faces de flexion : plis inguinaux, interfessiers, zones sous mammaires, ombilic et plus rarement creux poplités et axillaires	Buccale Muqueuses génitales féminines Gland	*Enfant : paupières, région péri-orale *Adulte : sourcils, front, ailes du nez	Atteinte bilatérale Paumes des mains et plantes des pieds Poignets
Symptômes associés	Prurit Douleur car risque de suintements et fissures Souvent associé à une autre forme de psoriasis	Douleur due aux possibles fissures sur les muqueuses génitales féminines		Douleur due aux fissures Handicap

Tableau 2 : *Résumé des formes légères à modérées de psoriasis*

FORMES SEVERES					
		Psoriasis pustuleux		Psoriasis érythrodermique	Rhumatisme psoriasique
		Formes localisées	Forme généralisée		
Incidence	Rare	Rare	Rare		
Caractéristiques des lésions	<p>*Palmo-plantaire : lésions érythémato-squameuses avec des pustules stériles blanches-jaunâtres puis brunes isolées ou regroupées</p> <p>*Acral : pustules sur lésion érythémateuse qui se dessèchent, perte de l'ongle et remplacement par hyperkératose</p> <p>*Annulaire : pustules bordant les anneaux érythémateux</p>	Apparition brutale Lésions érythémateuses de couleur rouge vif, œdématiées, inflammatoires et douloureuses qui se recouvrent de pustules blanches-jaunâtres qui évoluent vers une desquamation généralisée	<p>*Forme sèche : lésions diffuses, squames peu adhérentes</p> <p>*Forme humide : érythème généralisé, peau infiltrée très œdémateuse, peau suintante provoquant une agglomération des squames</p>	Rhumatisme inflammatoire chronique : spondylarthropathie	
Localisation des lésions	<p>*Palmo-plantaire : atteinte bilatérale et symétrique de la plante des pieds et paumes des mains</p> <p>*Acral : extrémité doigt ou orteil dans zone péri-unguéal</p> <p>*Annulaire :</p>	Tronc et membre Muqueuses buccales et génitales	Ensemble de la peau (ongles et cuir chevelu) Pas d'atteinte des muqueuses	<p>*Forme périphérique : articulations doigts et orteils, genoux, chevilles, coudes, épaules. Atteinte symétrique</p> <p>*Forme axiale : colonne vertébrale, articulations sacro-iliaques et hanches. Atteinte unilatérale et asymétrique</p>	
Symptômes associés	<p>*Palmo-plantaire : Prurit mais absence d'altération de l'état général</p> <p>*Acral : perte ongle</p> <p>*Annulaire : possible signes généraux (fièvre...)</p>	Prurit important Desquamation Altération de l'état général : fièvre, frissons Engagement du pronostic vital	Formes souvent associées *Forme humide : fissures, prurit, altération de l'état général Desquamation importante, risque de complications, engagement du pronostic vital	Douleur, déformation et destruction des articulations Evolution par poussée Association des deux formes Possible coïncidence avec psoriasis cutané	

Tableau 3 : Résumé des formes sévères de psoriasis

VI. Mesure de l'impact sur la qualité de vie

Le psoriasis est une dermatose qui peut avoir un fort retentissement sur la vie du patient pouvant être à l'origine d'un isolement social voir d'une dépression. Il est donc important de mesurer cet impact sur la qualité de vie du patient (17). D'un côté il sera nécessaire de mesurer l'atteinte cutanée du psoriasis, cette mesure sera faite par le dermatologue mais ce ne sera pas le seul critère à prendre en compte, il faudra que le patient évalue grâce à des index l'impact qu'à le psoriasis sur sa qualité de vie, le retentissement du psoriasis sur sa vie au quotidien. Ce sont ces deux mesures qui permettront de répondre au mieux aux besoins du patient (5).

VI.1. Mesure de l'atteinte cutanée

Plusieurs outils permettent de mesurer l'atteinte cutanée du psoriasis.

VI.1.1. BSA (Body Surface Area)

Le BSA correspond au pourcentage de surface cutanée atteinte par les lésions de psoriasis (5). Pour cela il faut considérer que la surface d'une main (paume et doigts inclus) représente 1% de la surface corporelle totale (3). A partir de la, le dermatologue estime le pourcentage de surface corporelle atteint, si moins de 5% de la surface corporelle est atteinte par le psoriasis, cela correspond à une forme légère. Au contraire si plus de 10% de la surface corporelle est atteinte, c'est une forme sévère, alors qu'elle sera dite modérée entre 5 et 10% (18).

VI.1.2. PASI (Psoriasis Area Severity Index)

C'est l'outil le plus utilisé pour mesurer la sévérité du psoriasis car il permet une évaluation quantitative et représentative des lésions (3). Ce score qui prend en compte plusieurs paramètres est également utilisé pour évaluer objectivement l'évolution de la maladie et l'efficacité des traitements (annexe 1 : formulaire de calcul de score PASI).

Ce score est une équation de plusieurs paramètres qui distingue chaque partie du corps, divisé de la façon suivante : tête – membres supérieurs – tronc – membres inférieurs (5) (15).

Pour chacune des zones un premier score global est noté de A1 à A4 qui additionne 3 paramètres cotés de 0 (absent) à 4 (très sévère) en fonction de l'intensité : l'érythème (E), l'induration (I) c'est-à-dire l'épaisseur des lésions et la desquamation (D).

Ensuite chaque résultat obtenu est multiplié par le pourcentage que représente la part de chaque partie du corps par rapport à la surface corporelle totale soit 10% pour la tête, 20% pour les membres supérieurs, 30% pour le tronc et 40% pour les membres inférieurs. Ainsi les cotes des quatre parties du corps : B1, B2, B3 et B4 sont connues.

Enfin le score d'atteinte pour chaque région corporelle c'est-à-dire la surface (en %) de ces lésions pour chaque zone est évalué. En fonction du pourcentage de surface corporelle atteinte une valeur numérique de 0 à 6 sera attribuée, et pour chaque zone, chaque score obtenu précédemment est multiplié par la valeur numérique lui correspondant.

Quatre nouveaux scores C1, C2, C3 et C4 sont obtenus respectivement pour la tête, les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Ces cotes vont être ajoutée pour obtenir le score PASI global.

Les résultats de ce score PASI global varie de 0 à 72 pour la sévérité maximale du psoriasis. Si ce score est compris entre 1 et 10 c'est un psoriasis léger, s'il est compris entre 10 et 20 il sera modéré et pour un score supérieur à 20 ce sera un psoriasis sévère. Cela permet donc d'évaluer à un instant T la sévérité du psoriasis.

Mais il permet également d'évaluer par la suite l'efficacité d'un traitement, c'est la réponse PASI. Une réponse PASI de 75% (PASI-75) signifie une diminution du score PASI initial de 75% donc on en déduit un traitement efficace pour le patient. Une réponse PASI de 100% correspond à une rémission complète. Cependant une réponse PASI supérieur à 100 montre un effet rebond ou une rechute du psoriasis.

Prenons un exemple : un patient avec une atteinte uniquement des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs, la tête et le cou étant exempt de toutes lésions de psoriasis. Les lésions des membres supérieurs sont légèrement rouges, indurées et on observe de légers squames, le nombre de lésions représente moins de 5% de la surface corporelle atteinte. Au niveau du tronc on observe des lésions avec un érythème et une induration moyenne mais une desquamation importante. Les lésions occupent 20% de la surface corporelle du tronc. Les membres inférieurs sont les plus touchés par des lésions qui sont sévèrement rouges, moyennement indurées avec une desquamation importante. Quasiment la moitié de la surface corporelle des jambes est atteinte (Tableau 4).

Tableau 4 : Exemple de calcul de score PASI

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles			
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs
Erythème	0 = aucun 1 = léger 2 = modéré 3 = sévère 4 = très sévère	0	1	2	3
Induration		0	1	2	2
Desquamation		0	1	3	3
<i>Sous totaux</i>		$A1 = 0$	$A2 = 3$	$A3 = 7$	$A4 = 8$
Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle		$0 \times 0,1 = B1$	$3 \times 0,2 = B2$	$7 \times 0,3 = B3$	$8 \times 0,4 = B4$
		$B1 = 0$	$B2 = 0,6$	$B3 = 2,1$	$B4 = 3,2$
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle	0 = aucun 1 = 1 à 9% 2 = 10 à 29% 3 = 30 à 49% 4 = 50 à 69% 5 = 70 à 89% 6 = 90 à 100%	0	1	2	3
Multiplier chaque sous total (B1, B2, B3 et B4) par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle		$0 \times 0 = C1$	$0,6 \times 1 = C2$	$2,1 \times 2 = C3$	$3,2 \times 3$
		$C1 = 0$	$C2 = 0,6$	$C3 = 4,2$	$C4 = 9,6$
Score PASI du patient est la somme des sous-totaux (C1 + C2 + C3 + C4)				$PASI = 14,4$	

Exemple : d'après la formule PASI, le patient présente un score global de PASI à 14,4 ce qui correspond à une forme modérée de psoriasis.

VI.1.3. PGA (Psoriasis Global Assessment)

Il existe deux formes d'IGA (Investigator's Global Assessment) :

- Le PGA statique (PSGA) qui évalue la sévérité des lésions de psoriasis à un instant T c'est-à-dire soit avant, soit pendant soit après le traitement (5). Il existe plusieurs échelles s'appuyant sur 4 à 10 points en fonction des pathologies. Actuellement en 2017, la société française de Dermatologie recommande une échelle à 6 points (15) (Tableau 5 : Echelle à 6 points du PSGA) :

Tableau 5 : *Echelle à 6 points du PSGA*

Score	Aspect	Caractéristiques		
		Erythème	Desquamation	Induration
0	Blanchi	Absent, possible décolorations résiduelles	Absent	Absent
1	Minime	Faible	Squames fines et occasionnelles pour moins de 5% des lésions	Minime (mais certaines par rapport au niveau de la peau)
2	Léger	Coloration rouge	Squames fines et minces	Légère (mais certaines par rapport au niveau de la peau)
3	Moyen	Coloration rouge marquée	Grosses squames	Moyenne aux bords arrondis ou pentus
4	Sévère	Coloration rouge très foncée	Grosses squames épaisses	Marquée avec des bords durs et tranchants
5	Très sévère	Coloration rouge très foncée à brun foncé	Grosses squames épaisses, tenaces et très sévères	Marquée aux bords durs et tranchants

- Le PGA dynamique (PDGA) évalue la réponse de la maladie, du psoriasis dans notre cas, au traitement (5). Sera pris en compte l'évolution des lésions à savoir s'il y a eu : une aggravation des lésions, une stagnation (absence de changement), une amélioration légère, moyenne, satisfaisante ou excellente, ou une rémission complète (disparition totale des lésions). Cet outil peut être utile pour connaître la sévérité de la maladie avant l'instauration du traitement.

Le PGA ne doit pas être utilisé seul mais en association avec le PASI pour être le plus complet possible dans l'intérêt du patient.

VI.1.4. LS-PGA (Lattice System Physician's Global Assessment)

Cet outil combine deux facteurs vus précédemment : la PGA et le BSA. Il prend en compte la surface corporelle atteinte et les caractéristiques cliniques des lésions de psoriasis (5). A partir de là, le psoriasis est classé en huit catégories de sévérité allant d'absent à très sévère.

Pour une prise en charge optimale du patient la mesure de la sévérité du psoriasis est essentielle mais elle ne doit pas être le seul facteur pris en compte pour le choix du traitement. En effet, le choix du traitement dépend en partie de la sévérité du psoriasis, mais il faudra également prendre en compte l'impact du psoriasis sur la qualité de vie du patient, sur son quotidien.

VI.2. Index de qualité de vie

Comme toutes les maladies de peau, le psoriasis peut amener à une gêne en société, c'est le caractère visible des lésions qui est le plus difficile à gérer, il peut conduire au repliement du patient sur lui-même, à l'isolement voire à la dépression mais aussi à une stigmatisation sociale et une exclusion sociale. Le psoriasis peut avoir un véritable impact néfaste sur la vie du patient, sur sa qualité de vie. C'est donc un paramètre important à prendre en compte dans la prise en charge globale du psoriasis (3).

Pour cela, plusieurs échelles sont disponibles dont la principale est le DLQI (Dermatology Life Quality Index). Ce sont des échelles subjectives se basant sur le ressenti du patient (15).

VI.2.1. DLQI (Dermatology Life Quality Index)

Il s'agit d'un questionnaire comprenant 10 questions, destinés au patient et qui concerne la semaine précédent le test. Il aborde plusieurs sujets : les symptômes (prurit, brûlure, complexe ...), le choix des vêtements, les activités quotidiennes (courses, jardinage...), les activités professionnelles, les relations sociales (amis, famille, conjoint(e)), la vie sexuelle, les traitements (5)... Pour chaque question, quatre à cinq réponses sont possibles cotées de 0 (pas d'impact) à 3 (impact maximal) ou non concerné par la question. Puis ces scores sont additionnés donnant un score final de DLQI allant de 0 à 30 (3).

Il existe des versions de DLQI adaptées aux enfants : Child-DLQI – CDLQI (5-16ans) et Child-DLQI – CDLQI (cartoon) (15).

[Annexe 2](#) : *Formulaire de calcul du DLQI*

[Annexe 3](#) : *Questionnaire de calcul de la qualité de vie chez l'enfant de 5 à 16 ans*

[Annexe 4](#) : *Questionnaire de calcul de la qualité de vie chez l'enfant.*

VI.2.2. PDI (Psoriasis Disability Index)

C'est un instrument spécifique pour mesurer et quantifier l'impact du psoriasis sur la vie du patient (5). Il comporte 15 questions abordant 5 thèmes (16) : la vie quotidienne, les activités professionnelles (pour les individus salariés, non salariés et sans emploi), les relations sociales, les loisirs et le traitement. Pour chacune des questions, quatre réponses sont possibles « pas du tout », « un peu », « beaucoup », « énormément », score allant de 0 à 3. Puis on additionne l'ensemble des scores pour obtenir le score total de PDI allant de 0 pour une absence de retentissement à 45, pour un retentissement très important sur la qualité de vie du patient (14).

VI.2.3. Skindex

Cette échelle est utilisée uniquement en France (5). Les résultats sont rapportés en trois scores représentant chacun une dimension spécifique de la qualité de vie au cours des sept derniers jours : les émotions, les symptômes et le fonctionnement physique et social. Ce test compte 30 questions, chaque question est notée de 0 à 4 (jamais – rarement – de temps en temps – souvent – tout le temps) et pour chacune de ces questions le patient doit entourer la valeur numérique qui le concerne. Puis pour chaque dimension on fera la moyenne des valeurs obtenues pour cette dimension. Puis on transforme ces scores en pourcentage. Plus le score est élevé plus l'impact du psoriasis sur la qualité de vie est jugé important (15).

La dimension se rapportant au score Emotion concerne les questions 3, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 23, 26 et 28

La dimension se rapportant au score Symptômes concerne les questions 1, 7, 10, 16, 19, 24 et 27.

La dimension se rapportant au score Fonctionnement concerne les questions 2, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 29 et 30.

La question 18 n'est pas incluse dans le calcul des scores.

[Annexe 5](#) : Formulaire Skindex

VI.2.4. SF-36 (Short-Form)

Il s'agit d'un outil plus général d'évaluation de la qualité de vie qui n'est pas seulement réservé à la dermatologie, elle évalue l'état de santé indépendamment de la maladie causale, de l'âge, du sexe et du traitement (5). C'est une version dérivée de l'échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie issue de la Medical Outcome Study (en 1992) qui comprenait alors 149 items. La SF-36 est une version raccourcie ne comprenant que 36 items et il traite 8 dimensions de la santé : fonctionnement physique (PF, physical functioning), limitation physique (RP, role physical), douleur physique (BP, bodily pain), état de santé général (GH, general health), vitalité (VT, vitality), fonctionnement social (SD, social functioning) ; limitation émotionnelle (RE, role emotional), santé mentale (MH, mental health). Pour chaque dimension on établit un score allant de 0 à 100, plus le score est important meilleure est la qualité de vie. De plus à partir de là, on peut calculer 2 scores synthétiques : on regroupe PF, RP, BP et GH pour obtenir un score abrégé de santé physique et VT, SF, RE et MH pour obtenir un score abrégé de santé mentale. L'obtention de ces scores se fait par un algorithme établi, détaillé dans « Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores de la SF-36 » Edition Leplège, 2001.

Il existe également une échelle raccourcie ne comprenant que 12 items et également issue de l'échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie issue de la Medical Outcome Study (1992).

	BSA	PASI	PGA	LS-PGA
Objectif	Pourcentage de surface cutanée atteinte	Evaluation quantitative et représentative des lésions Evaluation objective de l'évolution et l'efficacité des traitements	* PGSA : évaluation de la sévérité des lésions à un instant T * PDGA : évaluation de la réponse au traitement	Evaluation qualitative et quantitative du psoriasis
Méthodes de calcul	Surface d'une main correspond à 1% de la surface corporelle totale	Fonction des régions corporelles atteintes : prise en compte de l'érythème, de l'induration, de la desquamation et du pourcentage de région corporelle atteinte Etablissement d'un score PASI global	* PGSA : échelle à 6 point pour l'érythème, la desquamation et l'induration * PDGA : évolution des lésions utilisation en association avec PASI	Association du BSA et PGA
Résultats	< 5% : forme légère 5 à 10% : forme modérée > 10% : forme sévère	Score PASI total : 0 à 72 Entre 1 et 10 : forme légère Entre 10 et 20 : forme modérée > 20 : forme sévère	* PGSA : 0 à 5 pour blanchi, minime, léger, moyen, sévère et très sévère * PDGA : aggravation, stagnation, amélioration légère, moyenne, satisfaisante, excellente ou rémission	8 catégories de sévérité : absent à très sévère

Tableau 6 : Récapitulatif des différentes échelles de mesure de l'impact cutané

	DLQI	PDI	Skindex	SF-36
Objectif	Evaluation de l'impact du psoriasis sur son quotidien : choix des vêtements, symptômes, activités quotidiennes et professionnels...	Quantification de l'impact du psoriasis sur la qualité de vie du patient	Evaluation de la qualité de vie au cours des 7 derniers jours	Evaluation de l'état de santé en général indépendamment de la maladie causale, de l'âge, du sexe et du traitement
Méthodes de calcul	10 questions sur la semaine précédent le test	15 questions pour 5 thèmes (vie quotidienne, activité professionnelle, relation sociale, loisir et traitement)	30 questions représentant 3 dimensions différentes (émotions, symptômes et fonctionnement physique et social)	36 questions pour 8 dimensions de santé : fonctionnement et limitation physique, douleur, état de santé général, vitalité, fonctionnement social, limitation émotionnelle, santé mentale.
Résultats	Cote de 0 (absence d'impact) à 3 (impact maximum) pour chaque question donnant par addition un score final de 0 à 30.	Score de 0 (pas du tout) à 3 (énormément) pour chaque question donnant par addition un score total de 0 à 45 (retentissement maximal sur la qualité de vie)	Cote de 0 à 4 (jamais, rarement, de temps en temps, souvent et tout le temps), moyenne de ces cotations pour chaque dimension puis transformation en pourcentage	Score de 0 à 100 pour chaque dimension Plus le score est important meilleure est la qualité de vie

Tableau 7 : Récapitulatif des différentes échelles de mesure de l'impact sur la qualité de vie

C'est l'ensemble de ces mesures qui permet d'adapter la stratégie thérapeutique personnalisée du patient. Ainsi la prise en charge dépend de la sévérité du psoriasis mais aussi de l'impact sur la qualité de vie du patient.

PARTIE II:

TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DU PSORIASIS

Nous avons vu les différentes formes de psoriasis avec des formes légères à sévères pouvant aller jusqu'à la mise en jeu du pronostic vital pour les formes les plus graves, et aussi à la destruction définitive des articulations avec les conséquences que cela peut avoir sur la vie du patient : handicap, douleur... De plus nous avons vu l'impact de cette pathologie sur la qualité de vie du patient, l'impact sur son psychique, son quotidien et sa vie personnelle et professionnelle. Au vu de ces différents paramètres, la prise en charge médicamenteuse semble indispensable pour répondre aux besoins des patients.

I. Choix du traitement

Le choix du traitement devra prendre en compte différents paramètres: le type de psoriasis et sa gravité, l'état général du patient, la localisation des lésions, le mode de vie du patient afin de favoriser l'observance, les attentes du patient et l'impact du psoriasis sur sa qualité de vie. Pour personnaliser au mieux la stratégie thérapeutique, le psoriasis nécessite une prise en charge multiprofessionnelle avec le dermatologue mais aussi les pharmaciens, les infirmiers, les psychologues sans oublier les associations pour leur soutien psychologique aux patients et pour leurs actions d'éducation thérapeutique essentielles dans la prise en charge médicamenteuse du psoriasis car un traitement mal conduit ne donnera pas les effets souhaités au risque de décourager le patient et d'augmenter le risque d'inobservance des traitements (3).

L'objectif principal des traitements est d'améliorer la qualité de vie des patients et l'acceptation de la maladie. Cependant ces traitements ne permettent pas une guérison totale et définitive du psoriasis, ils vont permettre de contrôler les poussées, d'en diminuer l'intensité et le nombre et de maintenir au mieux les états de rémissions (5). Les traitements vont agir sur la prolifération des kératinocytes en s'y opposant et ils vont diminuer l'inflammation, phénomène à l'origine des lésions psoriasiques. Les traitements locaux et généraux ne traitent que les symptômes de la maladie et non la cause, multifactorielle.

Même si les traitements sont adaptés au patient, le Vidal Recos 2016 établie un arbre décisionnel pour définir la stratégie thérapeutique à privilégier dans la prise en charge du psoriasis en plaque (forme la plus répandue de psoriasis) (7) (*Figure 1 : Recommandations de prise en charge du psoriasis en plaque*).

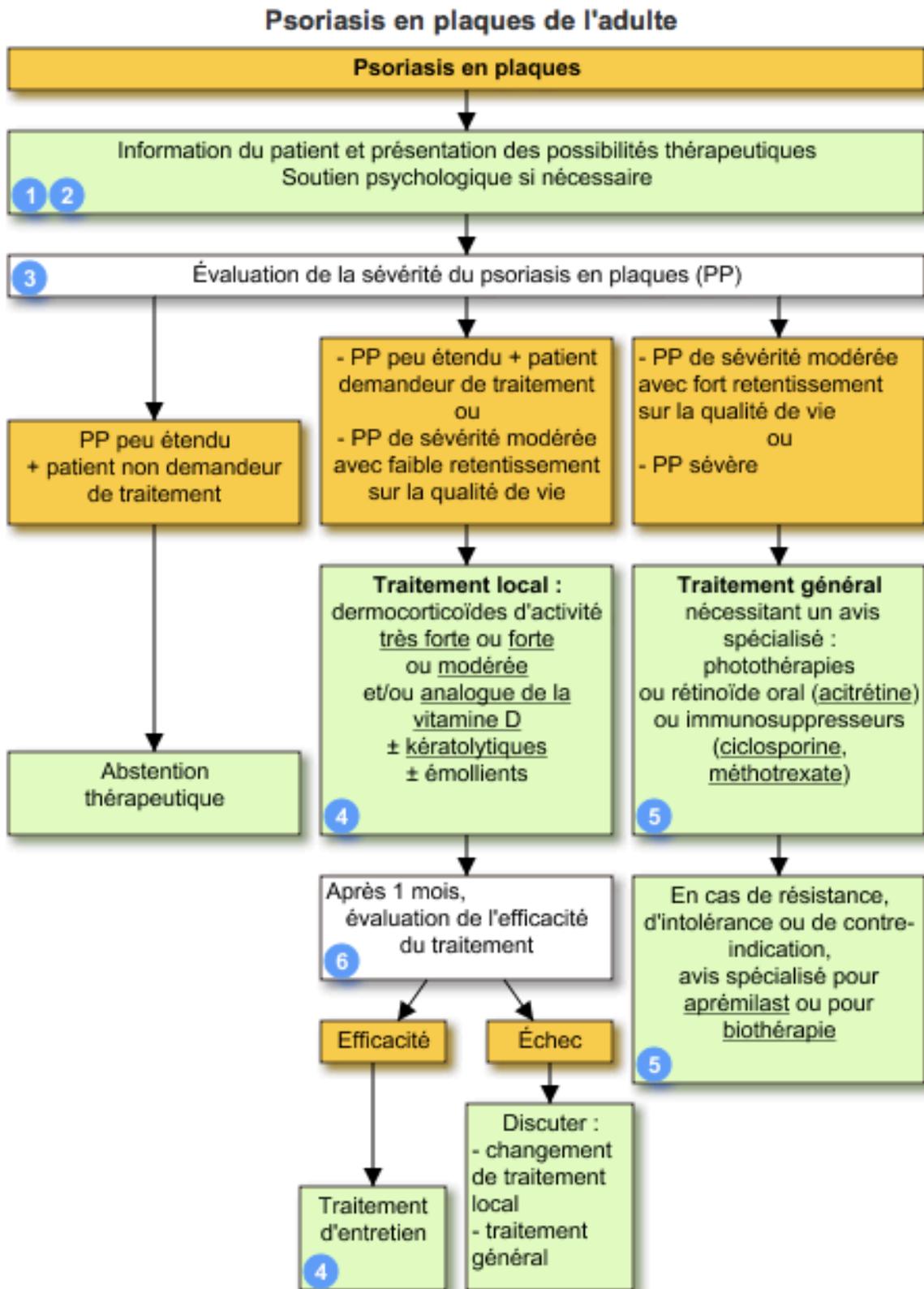


Figure 1: *Recommandations de prise en charge du psoriasis en plaque*

II. Les traitements locaux

Les traitements locaux sont les traitements de première intention du psoriasis léger à modéré. Ils sont utilisés en traitement d'attaque ou d'entretien, seul ou par association de plusieurs molécules (3). De plus ils peuvent également être des traitements concomitants aux traitements généraux pour les formes plus sévères de psoriasis ce qui permet de diminuer les doses et de potentialiser les effets (généraux et locaux).

Il existe différentes formes galéniques (gel, pommade, lotion...) selon la localisation des plaques (19).

II.1. Les émoullients

Les émoullients sont indispensables dans le traitement du psoriasis : ils sont hydratants donc ils agissent sur la sècheresse cutanée et sur les irritations pouvant être dus aux autres traitements locaux (kératolytiques...). Ainsi ils empêchent le prurit, le tiraillement et donc améliorent le confort cutané des patients et ils diminuent le renouvellement cutané de moitié (3). De plus, ils protègent la peau des agressions extérieures. Ils ramollissent les squames facilitant leur élimination en période de crise (4).

Il existe différentes formes galéniques dont l'objectif est de favoriser l'observance, donc il est nécessaire de trouver la forme qui convient le mieux au patient et à la localisation des lésions : huile de douche/bain, émulsions ou crème, lotions ou pommades (4).

Ils doivent être appliqués délicatement, sans friction pour éviter le phénomène de Koebner.

L'application de ces émoullients prolongent les états de rémission et permet de diminuer le nombre de rechutes (19).

Il n'existe qu'une spécialité prise en charge : Glycérol 15% - Vaseline 8% - Paraffine liquide 2%, médicament générique du DEXERYL® (20).

II.2. Les kératolytiques

Les kératolytiques utilisés dans le traitement du psoriasis sont l'acide salicylique et l'urée (3). L'objectif étant d'augmenter la desquamation donc de décaper les lésions pour améliorer l'action des autres topiques utilisés (4). (Tableau 8)

	ACIDE SALICYLIQUE	UREE
Mécanisme d'action	Diminution de la cohésion intercellulaire des cornéocytes (kératinocytes) ce qui augmente la desquamation.	
		Dissolution de la kératine
Indications	Hyperkératose importante dans les formes légères à modérées de psoriasis peu étendues.	
Formes galéniques	<p>*<u>Préparations magistrales</u>: concentration de 2 à 20% dans un corps gras (vaseline, cold cream, cérat) ou dans alcool selon localisation. (la concentration dépendra de la surface à traiter)</p> <p>*<u>Spécialités</u> : DIPROSALIC® (associé à un dermocorticoïde : bétaméthasone)</p>	<p>*<u>Préparations magistrales</u> : concentration supérieure à 10%</p> <p>*<u>Spécialités</u> : XERIAL® 10%, ou KERATOSANE® 30%</p>
Durée d'utilisation	Quelques jours	
EI	Irritations, brûlures ou nécrose Passage systémique : acidose métabolique, encéphalopathies, hypoglycémie	Irritations
PE	Enfants, insuffisants rénal ou hépatique, si applications sur de larges surfaces cutanées ou sur une peau lésée	
CI	Nourrissons, femmes enceintes CI avec les dérivés de la vitamine D : dénaturation du calcipotriol par diminution du pH cutané	

Tableau 8 : *Caractéristiques pharmacologiques de l'acide salicylique et de l'urée* (21)
(4)

II.3. Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes sont les topiques les plus utilisés dans le traitement du psoriasis (3). Ils sont classés selon l'intensité de leur activité (5). Ils existent sous plusieurs formes galéniques. Leur indication dans le psoriasis dépendra des lésions et de leur localisation (4). Ils peuvent s'utiliser seul ou en association à d'autres traitements topiques (émollients, kératolytiques, dérivés de la vitamine D) ou à des traitements systémiques (Tableau 9).

	MOLECULES	SPECIALITES	FORMES
Classe I Activité très forte	Clobétasol propionate 0,05%	DERMOVAL® CLARELUX®	Crème, gel Crème, mousse
	Bétaméthasone dipropionate 0,05% (+propylène-glycol)	DIPROLENE®	Pommade
Classe II : Activité forte	Bétaméthasol valérate 0,1%	BETNEVAL® BETESIL®	Crème, Lotion, Pommade Emplâtre
	Bétaméthasone dipropionate 0,05%	DIPROSONE®	Crème, lotion, pommade
	Hydrocortisone acéponate 0,127%	EFFICORT®	Crème hydrophile ou lipophile
	Hydrocortisone butyrate 0,1%	LOCOÏD®	Crème, crème épaisse, Pommade, Lotion, Emulsion
	Difluprednate 0,05%	EPITOPIC®	crème
	Fluticasone 0,05%	FLIXOVATE®	Crème, pommade
	Désonide 0,1%	LOCATOP®	Crème
	Diflucortolone valérianate	NERISONE® NERISONE GRAS®	Crème, pommade Pommade
Classe III Activité modérée	Désonide 0,1%	DESONIDE® LOCAPRED®	Crème Crème
	Desonide 0,05%	TRIDESONIT®	Crème
Classe IV Activité faible	Hydrocortisone 0,5%	HYDRACORT®, ONCTOSE HYDROCORTISONE®	Crème Crème

Tableau 9 : Classification des dermocorticoïdes en fonction de leur intensité (19)

CORTICOÏDES				
	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Mécanisme d'action	<p>Effet anti-inflammatoire par vasoconstriction des capillaires dermiques et par inhibition des médiateurs de l'inflammation donc des cytokines pro-inflammatoires (diminution phospholipase A2 et donc des médiateurs de l'acide arachidonique : prostaglandines et leucotriènes)</p> <p>Effet cytotatique sur les kératinocytes et sur les fibroblastes.</p> <p>Effet immunosuppresseur sur les cellules de Langerhans, les lymphocytes activés et les polynucléaires présents dans les lésions</p> <p>Effets antiallergiques et antiprurigineux.</p>			
Indications	Traitement d'attaque du psoriasis.			
	Plaques limitées et résistantes du corps ou psoriasis modéré du cuir chevelu	Blanchiment des lésions sur le corps	Zones sensibles, lésions étendues, dans les plis cutanées ou en occlusion chez l'enfant.	Lésions étendues, chez l'enfant, sur le visage ou en occlusion.
Formes galéniques	Gel, Crème, Mousse, Pommade, Shampoing	Crème, Pommade, Lotion, Emulsion	Crème	Crème
Posologie	Traitement d'attaque essentiellement ou d'entretien			
Durée d'utilisation	Courte durée (2 semaines maximum)			
EI	<p>Ils sont proportionnels au niveau d'activité et à la durée du traitement.</p> <p>EI cutanés : Atrophie cutanée, Rosacée, acné (aggravation), vergetures, hypertrichose, retard de cicatrisation</p> <p>EI systémiques (rare, surtout chez le jeune enfant et/ou après utilisation prolongée et/ou sur des surfaces corporelles étendues) : EI identiques à la corticothérapie générale : retard de croissance chez l'enfant, prise de poids, atrophie surrénalienne, risque infectieux accru...</p> <p>Effet rebond à l'arrêt du traitement</p> <p>Corticorésistance : perte d'efficacité du traitement</p>			

PE	<p>Une application par jour.</p> <p>Arrêt progressif pour les traitements supérieurs à 7 jours (une application 1 jour sur 2, puis 1 jour sur 3 ...)</p> <p>Utiliser les pommades sur les lésions sèches ou squameuses, les lotions sur les zones pileuses, les crèmes et les gels sur les lésions suintantes, au niveau des plis et le shampoing sur le cuir chevelu.</p> <p>Utiliser uniquement des produits d'activité modérée sur le visage, les plis cutanés, sous occlusion et chez l'enfant.</p>
CI	<p>Infections cutanées (bactériennes, virales, mycosiques....)</p> <p>Acnée, Rosacée, lésions ulcérées...</p> <p>Nourrisson</p>

Tableau 10 : *Caractéristiques pharmacologiques des dermocorticoïdes (22)*

II.4. Les dérivés de la vitamine D

Les dérivés de la vitamine D ou calcipotriènes sont très utilisés dans le traitement du psoriasis seul ou association avec des corticoïdes pour une meilleure efficacité en traitement d'attaque. Ils sont ensuite poursuivis seuls en traitement d'entretien pour limiter les effets indésirables des dermocorticoïdes (5).

Il existe deux molécules : le calcipotriol (DAIVONEX®) et le calcitriol (SILKIS®).

Et associé au betaméthasone il existe le DAIVOBET® (calcipotriol- betaméthasone) et le XAMIOL® (calcitriol -betaméthasone) (Tableau 11).

	DERIVES DE LA VITAMINE D	ASSOCIATION AVEC CORTICOÏDE
Mécanisme d'action	<p>Effet anti-inflammatoire</p> <p>Effet immunosuppresseur : modulation de l'activité des lymphocytes et des cellules de Langerhans, limitation de l'infiltrat des polynucléaires neutrophiles.</p> <p>Effet immunomodulateur : régulation de la prolifération et stimulation de la différenciation des kératinocytes.</p>	<p><i>Cf Dermocorticoïdes.</i></p> <p>Effet synergique de la bétaméthasone avec les analogues structurels de la vitamine D.</p>
	<p>Activité comparable mais plus lente que les corticoïdes et avec des effets indésirables moindres.</p>	
Indications	<p>Traitement du psoriasis en plaque touchant moins de 40% de la surface corporelle et traitement du psoriasis du cuir chevelu.</p>	
Formes galéniques	<p>Crème, Pommade, Gel</p>	<p>Pommade et Gel</p>

Posologie Durée d'utilisation	Traitement d'entretien. 2 applications par jour voir une application par jour pour limiter les effets irritatifs et une application par jour en cas d'association à d'autres traitements.	Utilisation en traitement d'attaque : 4 semaines pour la pommade et 8 semaines pour le gel. Puis relais par les analogues seuls.
EI	Bonne tolérance (absence d'effet rebond) Irritations transitoires sur les zones d'applications (20% des cas) Hypercalcémie en cas de surdosage.	<i>Cf Dermocorticoïdes.</i>
PE	Ne pas appliquer plus de 100g de pommade/semaine.	<i>Cf Dermocorticoïdes.</i>
CI	Application sur le visage ou au niveau des plis cutanés, sous occlusion. Hypercalcémie (si supplémentation en calcium ou vitamine D ou insuffisants rénaux ou hépatique) Grossesse, Allaitement, enfants de moins de 2 ans.	<i>Cf Dermocorticoïdes.</i>

Tableau 11 : *Caractéristiques pharmacologiques des dérivés de la vitamine D (23)*

Les analogues de la vitamine D sont également associés à d'autres traitements dans la prise en charge du psoriasis : les dermocorticoïdes et la photothérapie UVB et la PUVA thérapie mais aussi à des traitements systémique comme la ciclosporine (4). Cette action synergique permet notamment de diminuer les doses donc de limiter les effets indésirables.

II.5. Les goudrons

Ils ont constitué un traitement local majeur du psoriasis mais ils sont actuellement très peu utilisés pour différentes raisons : irritants, photosensibilisants, malodorants, efficacité pas toujours démontrée... et voir cancérigène ce qui a amené au retrait et à l'interdiction d'utilisation du goudron de houille et coaltar par une directive européenne en 1998 (3). Actuellement ils entrent dans la composition de préparations magistrales ou réservés à l'usage hospitalier (5). Ils peuvent être associés à la photothérapie. Les goudrons sont composés de plusieurs milliers de molécules. On trouve des goudrons végétaux (cade, pin, bouleau, hêtre) et des goudrons fossiles (ichtyol...).

	GOUDRONS
Mécanisme d'action	Phénomène d'oxydoréduction limitant le renouvellement cellulaire. Effets anti-inflammatoires, antiprolifératifs, antiprurigineux.
EI	Nombreux : très irritants, salissant, coloration de la peau (vêtements et cheveux), malodorants, photosensibilisants...
CI	Jamais sur le visage, au niveau des plis et de la région génitale.

Tableau 12 : *Caractéristiques pharmacologiques des goudrons* (24)

II.6. Les rétinoïdes topiques (Tazarotènes)

Le tacrolimus (ZORAC®) est un dérivé de la vitamine A (3). (Tableau 13).

	Tacrolimus (ZORAC®)
Mécanisme d'action	Effet antiprolifératif : modulation de la prolifération des kératinocytes par normalisation de la différenciation Effet anti-inflammatoire
Indications	Psoriasis très limité avec moins de 10% de surface corporelle atteinte.
Formes galéniques	Gel 0,05% et 0,1%
Posologie Durée d'utilisation	Une application par jour. Monothérapie ou en association avec les dermocorticoïdes (diminution des effets indésirables car les corticoïdes diminuent l'irritation cutanée et le Tazarotène diminue l'atrophie cutanée) ou la photothérapie.
EI	Irritation cutanée +++ (érythème, prurit, sensation de brûlure), Asséchant, photosensibilisant. Térogène
PE	Application en couche mince (faible quantité) et uniquement sur les lésions
CI	Femmes enceintes et allaitantes.

Tableau 13 : *Caractéristiques pharmacologiques du Tacrolimus* (25)

III. Les photothérapies

L'action bénéfique de l'exposition solaire est connue depuis longtemps et les photothérapies artificielles se sont développées pour le traitement du psoriasis (3). Il s'agit du traitement de première intention dans le psoriasis étendu et sévère c'est-à-dire touchant plus de 40% de la surface corporelle, souvent résistant aux traitements topiques et pour les patients de plus de 16 ans (3). Elle peut être utilisée en monothérapie ou associée à d'autres traitements (27).

Les irradiations sont réalisées sous contrôle médical dans des cabines équipées de dosimètres qui comptabilisent les doses administrées (Joules/cm²) (26).

Il existe principalement deux types de photothérapie : la photothérapie UVB et la PUVA-thérapie (Psoralène UVA Thérapie) (4) (Tableau 14).

	Photothérapie UVB	PUVA-thérapie
Indications	<p>Psoriasis étendus et modérés des petites plaques superficielles (goutte)</p> <p>Utilisation préférée chez les enfants et adolescents, les femmes enceintes et allaitantes, chez les insuffisants rénaux et hépatiques.</p>	<p>Psoriasis étendus et sévères des grandes plaques épaisses</p>
Principe de fonctionnement	Irradiations UV dans des cabines horizontales ou verticales équipées de lampes ou tubes fluorescents à émission spectrale particulière.	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>UVB à large spectre : émission entre 290 et 320nm correspondant à la lumière du soleil mais elle n'est plus utilisée</i> • UVB à spectre étroit ou TL01 : émission spectrale autour de 311 ± 2nm produite par une lampe PHILIPS TL01. Possible association avec une irradiation à UVA. 	<p>Association d'irradiations UVA par des tubes Philips TL09 émettant à 320-400 nm :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à une prise orale de psoralène 2 à 4h avant l'irradiation : PUVA orale. • à l'immersion d'un segment de membre ou du corps entier dans une solution alcoolique de psoralène 2h avant l'irradiation : BalnéoPUVA.

	Photothérapie UVB	PUVA-thérapie
Mécanisme d'action	<p>Effet anti-inflammatoire et anti-prolifératif : diminution de l'activité des lymphocytes T, apoptose des kératinocytes, lésions à l'ADN.</p> <p>Effet immuno-suppresseur : diminution indirecte des cytokines et molécules d'adhérence.</p> <p>Effet immunomodulateur : diminution de l'activité des cellules de Langerhans responsables de l'activation de la réponse immunitaire.</p>	
Posologie	<p>Fréquence optimale de 3 séances/semaine avec un maximum 30 séances et une augmentation progressive des doses car il y a un phénomène d'épaississement photo-induit de la couche cornée réduit la quantité d'UV atteignant les lésions.</p> <p>Quantité d'UV délivrée est dépendant du phototype du patient. Maximum de 200 séances cumulées.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> •PUVA orale : MELADININE®, 8-méthoxypsoralène 0,6 mg/kg/prise, une seule prise (soit 1 à 6 cp/prise), photosensibilisation maximale 2 à 4 h après la prise. •Balnéo-PUVA : MELADININE FAIBLE®, 8-méthoxypsoralène pour le recouvrement (immersion en baignoire) des lésions 2h avant l'irradiation
Résultats	<p>UVB à spectre étroit : 70% de blanchiment à la fin des séances, toutes lésions confondues avec des variations (100% pour le psoriasis en goutte, 88% pour le nummulaire et 60 pour le psoriasis en plaque de plus de 3 cm).</p>	<p><u>PUVA orale</u> : PASI 90 dans 80 à 95% des cas après 15 à 25 séances.</p>
EI	<p><u>Effets précoces</u> : Erythème, xérose, prurit, sècheresse cutanée, éruption bulleuse ou dermatose photo-déclenchée (herpès...)</p> <p><u>Effets tardifs</u> : cataracte ou kératoconjonctivite photo-induite, vieillissement cutané précoce et risque carcinogène faible (cancers cutanés secondaires) mais avec un risque de cancer cutané (mélanome ou carcinome) augmenté.</p>	

	Photothérapie UVB	PUVA-thérapie
		Psoralène : intolérance digestive, nausées.
CI	Antécédents de mélanome ou carcinome cutané, maladie auto-immune (autre que le psoriasis) et pas d'exposition préalable à un agent co-carcinogène (arsenic, radiothérapie, chimiothérapie), cataracte	
PE	Port de lunettes-coques opaques pendant les séances.	
	Effets synergiques avec les dermocorticoïdes et le Tazarotène permettant également de diminuer les doses et le nombre de séances.	Eviter toute surexposition solaire/UV dans les 12heures suivant la prise de psoralène : utilisation de lunettes de soleil et crème indice 50+. Recouvrement des organes génitaux masculins avec tissu épais.

Tableau 14 : *Caractéristiques de la photothérapie UVB et de la PUVA-thérapie* (4),
(5)

Ces traitements ont démontré une efficacité certaine dans le blanchiment des lésions psoriasiques, en traitement d'attaque associé ou non à d'autres traitements topiques ou systémiques. L'association à d'autres traitements permet de diminuer les doses et donc de limiter les effets indésirables. Il a été également démontré une efficacité dans la diminution des rechutes mais du fait de leurs effets indésirables à long terme, leur utilisation n'est pas recommandée. Leur utilisation est donc efficace mais limitée.

Chez l'enfant, l'utilisation de l'héliothérapie est préférable. Elle consiste à utiliser la lumière du soleil comme source d'UV et les bains d'eau salée comme kératolytique (4). La référence de ce traitement est la cure en mer morte (eau très concentrée en sel : 280 g/L), mais il en existe d'autre : lagon géothermique en Islande, les stations thermales La Roche-Posay, Uriage les bains, Avène les bains.... Ces cures sont des traitements tout en douceur qui permettent également la détente des patients, paramètre important dans la prise en charge globale de la maladie multifactorielle qu'est le psoriasis.

IV. Les traitements systémiques

Ils constituent la 2^{ème} ligne de traitement du psoriasis modéré à sévère et/ou avec un fort retentissement sur la qualité de vie et/ou en cas d'échec des topiques (3). La mise en place de ces traitements nécessite tout comme les photothérapies l'avis d'un spécialiste. Ces traitements peuvent être associés à des traitements topiques pour permettre de diminuer les doses et d'obtenir une synergie d'action (5).

IV.1. Les rétinoïdes per os

L'acitrétine ou SORIATANE® est le seul rétinoïde per os utilisé dans le traitement du psoriasis. C'est un dérivé de la vitamine A (rétinol) (Tableau 15).

	Acitrétine, SORIATANE®
Mécanisme d'action	Normalisation des processus de prolifération cellulaire, de différenciation et de kératinisation Effet anti-inflammatoire : action sur les polynucléaires neutrophiles Effet immunomodulateur : action sur les cellules de Langerhans et les lymphocytes
Indications	Psoriasis pustuleux ou érythrodermique en 1 ^{ère} intention Psoriasis palmo-plantaire, psoriasis sévères ou étendus résistants aux autres traitements
Formes galéniques	Gélules, voie orale
Posologie Durée d'utilisation	Posologie initiale : 25 mg/j pendant 15 jours puis si nécessaire augmentation progressive tous les 15 jours par palier de 10mg/j. Dose maximale : 75mg/j Dose d'entretien moyenne : 25 – 35 mg/j – dose minimale efficace.
EI	Tératogène ++++ Troubles cutanéomuqueux : sécheresses cutanée, oculaire et buccale, desquamation, chute des cheveux, fragilité des ongles Troubles osseux (ostéoporose...) Divers : élévation des transaminases, triglycérides et cholestérol

Acitrétine, SORIATANE®	
PE	Prise pendant les repas permet d'augmenter l'absorption digestive. Programme de prévention de la grossesse obligatoire pour les femmes en âge de procréer (prescription initiale par dermatologue, recueil de l'accord de soin et de contraception de la patiente, carnet patiente, test sérologique de grossesse négatif tous les mois, dispensation 7 jours après la prescription au plus tard, prescription limitée à 1 mois) – contraception poursuivie 2 ans après l'arrêt du traitement. Surveillance biologique (transaminases, cholestérol, triglycérides), surveillance osseuse.
CI	Femmes enceintes, Allaitement.

Tableau 15 : *Caractéristiques pharmacologiques de l'Acitrétine (28)*

Il s'agit d'un traitement efficace mais son utilisation reste limitée du fait des nombreux effets indésirables graves et des contraintes liées au traitement. Cependant il exerce une action synergique avec la photothérapie permettant de diminuer les doses.

IV.2. Les immunosuppresseurs

Les immunosuppresseurs sont réservés aux formes plus étendues ou aux formes sévères de psoriasis (4). On retrouve essentiellement 2 molécules : le méthotrexate et la Ciclosporine.

	Méthotrexate IMETH®, NOVATREX®, METOJECT®	Ciclosporine NEORAL®
Famille	Antimétabolite, analogue de l'acide folique	Immunosuppresseur
Mécanisme d'action	Blocage par compétition de la dihydrofolate réductase donc blocage de la synthèse des bases puriques et pyrimidiques inhibant alors la synthèse d'ADN Inhibition de la prolifération des kératinocytes	Inhibition de la calcineurine donc inhibition réversible des lymphocytes TCD4+ donc empêche la production de certaines cytokines pro-inflammatoires
Effets anti-inflammatoire et immunosuppresseur		

	Méthotrexate IMETH®, NOVATREX®, METOJECT®	Ciclosporine NEORAL®
Indications	Psoriasis sévère et généralisé de l'adulte : psoriasis à grandes plaques, étendu et résistant aux thérapeutiques classiques, érythrodermie ou rhumatisme psoriasique, psoriasis pustuleux généralisé.	Psoriasis étendu et sévère, résistant aux autres traitements
Formes galéniques	Comprimé, voie orale Injectable SC, IM ou IV	Voie orale
Posologie Durée d'utilisation	Posologie hebdomadaire. 7,5 à 15 mg/semaine puis augmentation progressive si nécessaire de 2,5 à 5 mg/semaine. Posologie maximale : 25mg/semaine En cas d'arrêt diminution progressive des doses	Dose initiale : 2,5 mg/kg/jour et augmentation progressive si nécessaire pour une dose maximale de 5 mg/kg/jour. Réalisation de cure de 3-5 mois puis diminution progressive et prise d'un traitement relais. Pas de photothérapie associée.
EI	Tératogène Hépatotoxicité (dose dépendant) : augmentation des transaminases pouvant aller jusqu'à la cirrhose Hématotoxicité réversible Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées Alopécie, fatigue, céphalée Risque infectieux	Néphrotoxicité Hépatotoxicité Risque accru de cancers cutanés Hyperlipidémie, troubles digestifs, céphalées, asthénie, tremblements, hypertension...
PE	Supplémentation en acide folique 5mg/semaine per os administré 24 à 48h après le méthotrexate. Bilan pré-thérapeutique Programme de prévention de la grossesse obligatoire pour les femmes en âge de procréer Surveillance clinique et biologique (hématologique, hépatique, rénale) Radiographie des poumons.	Prescription hospitalière (6 mois) Surveillance particulière avant et pendant le traitement (absence de maladies évolutives, tension artérielle, bilan sanguin, hépatique et rénale, créatinine, transaminases, examen dentaire, gynécologique, sérologie VIH, VHC...). Risque accru de cancer cutané si photothérapie antérieure à forte dose

	Méthotrexate IMETH®, NOVATREX®, METOJECT®	Ciclosporine NEORAL®
CI	Insuffisance hépatique et/ou rénale sévère Grossesse, allaitement Alcoolisme, anémie, leucopénie, thrombopénie sévère. Infections aiguës ou chronique sévères.	Allaitement (possible utilisation si nécessaire pendant la grossesse)
IM	Nombreuses : Triméthoprime, Salicylés, AINS, phénytoïnes....	Nombreuses : Tacrolimus, Millepertuis, Rosuvastatine... Inhibiteurs calciques, macrolides, antifongiques (action inhibitrice sur CYP450 donc augmentation des taux de ciclosporine) Anti-épileptiques, Rifampicine (inducteurs CYP450 donc diminution cyclosporine)

Tableau 15 : Caractéristiques pharmacologiques du Méthotrexate et de la Ciclosporine (29)

Ce sont des médicaments efficaces mais ils sont à utiliser avec précaution car ils possèdent de nombreux effets indésirables et contre-indications (4).

IV.3. Les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées ciblent les cytokines, responsables de la réaction inflammatoire et de la prolifération des kératinocytes à l'origine des lésions. Ce sont des traitements coûteux, réservés à des indications précises : le traitement du psoriasis en plaque modéré à sévère en cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité d'au moins deux traitements systémiques (méthotrexate, ciclosporine, acitrétine, photothérapie) et le traitement du rhumatisme psoriasique (4).

Ces molécules sont synthétisées par génie génétique et ont des cibles précises parmi les cytokines : certaines cibles les interleukines et d'autres les TNF α . Ce sont des formes injectables par voie sous cutanée. Leur prescription initiale est réservée aux dermatologues (30).

Pour rappel, IL-12 et IL-23 sont des cytokines hétérodimériques sécrétées par les cellules présentatrices d'antigènes activées (macrophages, cellules dendritiques)

et chacune de ces cytokines participent aux fonctions immunitaires. IL12 stimule les cellules NK conduisant à la différenciation des lymphocytes TCD4+ en LTh1. IL23 active la voie de différenciation en LTh17. Dans le psoriasis ou le rhumatisme psoriasique une anomalie de la régulation de ces cytokines est présente (31). (Tableau 17).

Anticorps anti-IL12 et IL23	
Ustekinumab STELARA®	
Mécanisme d'action	Anticorps monoclonal entièrement humain recombinant (IgG1κ) dirigé contre la sous unité p40 des interleukines IL12 et IL23. En se fixant sur la sous-unité p40 des IL12 et 23, il empêche la p40 de se lier au récepteur protéique IL12Rβ1 exprimé à la surface des cellules immunitaires. Il empêche ainsi l'activation des cellules immunitaires (cellules NK et lymphocytes T) ce qui inhibe la production de cytokines et la réponse immunitaire.
Posologie Durée d'utilisation	Dose initiale : 45 mg en SC Puis répétition de la dose 4 semaines après puis une injection toutes les 12 semaines. Dose maximale : 90 mg (pour les patients > 100 kg)
EI	Rhinopharyngites et infections des voies respiratoires supérieures (très fréquent, > 10%)
PE	Administration sous surveillance médicale spécialisée avec disposition immédiate des médicaments nécessaires au traitement des réactions anaphylactiques Contraception efficace jusqu'à 5 mois après l'arrêt Allaitement à éviter jusqu'à 5 mois après l'arrêt.
CI	Infections évolutives sévères Femmes enceintes et allaitantes Antécédents cancéreux (excepté carcinome basocellulaire)
IM	Autres biothérapies, rifampicine ou pyrazinamide, vaccin vivant atténué.

Tableau 17 : Caractéristiques pharmacologiques de l'Ustekinumab (32)

Pour rappel, le TNFα est produit par de nombreuses cellules du système immunitaire telles que les cellules dendritiques et les lymphocytes T activés. Il se lie ensuite à deux types de récepteurs (type I ou p55 et type II ou p75) sous forme soluble ou membranaire. Les récepteurs solubles agissent comme des inhibiteurs naturels car par leur fixation ils les rendent inactifs et les empêchent ainsi de se lier au récepteur membranaire (3).

Les récepteurs membranaires qui fixent le TNF α , internalisent le complexe TNF α /récepteur, ce qui provoque le recrutement des TRAFs entraînant la transduction du signal et l'activation du NF κ B ce qui induit l'expression de gènes pro-inflammatoires et donc une augmentation de la production de nombreuses cytokines inflammatoires (3) (Tableau 18).

AntiTNFα			
Mécanisme d'action	Blocage de l'action du TNF α qui ne peut plus agir sur les cellules cibles donc diminution de la réaction inflammatoire.		
	Adalimumab HUMIRA®	Infliximab REMICADE®	Etanercept ENBREL®
	Anticorps monoclonaux		Récepteur soluble humain recombinant du TNF α (dimérique), protéine de fusion p75du TNF α couplée à un fragment d'IgG humaine
	Anticorps monoclonal humain recombinant	Anticorps monoclonal chimérique humain/souris	
Mécanisme d'action	Liaison spécifique avec une forte affinité au TNF α circulant ou membranaire, deux conséquences : <ul style="list-style-type: none"> - empêche son activité biologique car il ne peut plus se fixer sur ses cellules cibles - la fixation sur les récepteurs transmembranaires du TNFα lié à l'anticorps entraîne l'apoptose de la cellule cible. 		Liaison de la protéine de fusion TNF α couplée à un fragment d'IgG humaine au TNF α circulant, l'empêchant de se fixer à ses récepteurs membranaires situés sur les cellules cibles. Affinité de cette liaison est plus forte que le TNF α pour son récepteur.

AntiTNFa			
Posologie Durée d'utilisation	Adulte et enfant > 13 ans : 40 mg SC tous les 14 jours Enfant > 2 ans : 24 mg/m ² SC tous les 14 jours. Changer le site d'injection Administration sous surveillance	3 à 5 mg/kg IV en 2 heures à S0, S2 et S6 puis toutes les 8 semaines (dose maximale : 7,5 mg/kg/perfusion). Non disponible en ville, réservé à l'usage hospitalier.	25 mg SC 2 fois/semaine ou 50 mg/semaine. Enfant : 0,4 mg/kg SC 2x/semaine.
EI	Réactions au point d'injection (douleur, érythème, prurit), asthénie, céphalées, vertiges, troubles digestifs, infections... Risque accru de tuberculose.		
		Production d'anticorps anti-Infliximab diminuant l'efficacité du traitement.	
PE	Bilan pré thérapeutique recommandé : infection VHB, VHC. Conservation entre +2°C et +8°C Contraception efficace 5 à 6 mois après l'arrêt		
CI	Tuberculose, infections opportunistes, autres infections aiguës ou chroniques, abcès, insuffisance cardiaque congestive, grossesse et allaitement.		
IM	Autres biothérapies, Rifampicine et pyrazinamide, vaccin vivant atténué		

Tableau 18 : *Caractéristiques pharmacologiques des antiTNFa* (32)

Les traitements du psoriasis sont nombreux et ils ont permis une avancée majeure dans la prise en charge du psoriasis mais ils ne sont pas dénués d'effets indésirables, de risques et de contre-indications. Pour les formes cutanées légères notamment, et pour les patients en demande de traitement adjuvants il peut être intéressant de proposer des alternatives pour améliorer encore cette prise en charge. Ces alternatives peuvent être l'homéopathie, la phytothérapie, l'aromathérapie...

PARTIE III :

TRAITEMENTS ALTERNATIFS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PSORIASIS

Le psoriasis est une maladie multifactorielle où un des critères de prise en charge est le vécu du patient, s'il est demandeur ou pas d'un traitement. Les formes sévères ou les atteintes articulaires ne pourront pas être traitées par ces méthodes alternatives car elles ont un temps d'action trop long mais elles pourront être utilisées en complément pour améliorer la qualité de vie du patient. De plus, pour les formes cutanées légères voire modérées, les alternatives thérapeutiques peuvent être une solution dans la prise en charge du psoriasis toujours dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et la prise en charge de leur pathologie. Ces méthodes alternatives peuvent s'utiliser seules ou combinées et peuvent prendre en charge différents facteurs mis en cause dans le psoriasis (4).

Seront abordés ici l'homéopathie, l'aromathérapie, la phytothérapie, l'acupuncture, la mésothérapie, la psychothérapie (33), l'hypnose. Nous verrons également la rôle du pharmacien dans la prise en charge globale du psoriasis.

I. L'homéopathie

I.1. Historique

L'homéopathie a été fondée par un médecin, chimiste Christian Friedrich Samuel Hahnemann en 1796 qui, déçu par la pratique médicale de l'époque, la jugeant inefficace, brutale et dangereuse (utilisation du mercure, pratique des purges et des saignées), décide de se consacrer à la traduction d'ouvrages médicaux. Après 6 ans de recherche il publie son *Essai sur un nouveau principe pour démontrer la valeur curative des substances médicinales*. C'est le fondement de l'homéopathie, il affirme « on devrait appliquer à la maladie à guérir, surtout si elle est chronique, le remède qui possède la faculté de reproduire la maladie artificielle la plus ressemblante, et la première sera guérie ». Il continue ses recherches, expérimentera avec l'aide de ses collaborateurs plus de 1200 substances et il publiera différents ouvrages au cours de sa vie : en 1810 la première édition de l'*Organon de l'art rationnel de guérir (Organon der Heilkunst)*, il en suivra 6 éditions ; la *Matière médicale* et un *traité des maladies chroniques*. L'homéopathie repose alors sur une loi : la substance qui soigne une maladie, administrée à un individu sain provoquerait des symptômes identiques à ceux manifestés chez le malade. De là découle la thérapeutique homéopathique avec les médicaments homéopathiques (35).

I.2. Définitions

L'homéopathie vient du grec « homois » signifiant semblable et « pathos » signifiant souffrance (36).

Selon le code de la santé publique article L5121-1, on entend par médicament homéopathique tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la Pharmacopée européenne, la Pharmacopée française ou, à défaut, par les Pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de l'Union européenne (36).

Il existe deux types de médicaments homéopathiques : les médicaments homéopathiques à nom commun et les spécialités homéopathiques (médicaments homéopathiques à nom de marque).

I.3. Principes fondamentaux de l'homéopathie

L'homéopathie repose sur 3 grands principes (35) (38) (4) :

- La similitude est définie comme toute substance capable d'induire à des doses pondérales chez le sujet sain des symptômes pathologiques, et susceptible, à doses spécialement préparées, de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présente.
- L'infinitésimalité représente la hauteur de dilution. En effet, les remèdes sont préparés par dilutions successives à partir d'une « souche » provenant de trois grands règnes (animal, végétal et minéral). Après chaque dilution, la préparation est dynamisée (nombreuses secousses). Ces différentes dilutions de la même souche n'auront pas les mêmes indications. Il existe plusieurs modes de dilutions : les décimales (1D, 2D...), les centésimales (1CH, 2CH...) et les korsakoviennes (1K, 2K...).
- Le principe d'individualisation signifie que le patient est pris en compte dans sa globalité (physique, psychique...) et non seulement les symptômes. Selon ce principe, pour un diagnostic identique de deux malades différents, le remède peut être différent.

Cependant depuis Hahnemann plusieurs écoles se sont développées sur la façon d'appliquer ce principe (3) :

- L'école uniciste défend le principe de substance unique pour chaque patient c'est-à-dire l'existence d'une substance unique, adaptée et centrée sur le malade. Ce traitement correspondra au traitement de fond, les dilutions pourront varier selon l'évolution de la pathologie et l'état général du patient. Dans cette thèse je ne pourrai développer ces traitements puisqu'il variera

d'un patient à l'autre et relève d'un médecin homéopathe seul. Cette école à ses limites, puisqu'en cas d'erreur, le patient restera sans soin ce qui est dommageable pour lui et pour le médecin homéopathe.

- L'école pluraliste ou complexiste défend la possibilité d'administrer plusieurs remèdes en même temps ou successivement ou de façon alterner pour se compléter ou agir à différents niveaux. C'est la méthode qui est aujourd'hui la plus utilisée.
- Enfin l'école complexiste utilise des mélanges préparés à l'avance formant un complexe : on peut parler de médicament du rhume et non du sujet enrhumé. Dans cette école on ne se concentre pas sur le patient mais sur la maladie en général.

I.4. Réglementation

Il existe deux types de médicaments homéopathiques (36) :

- Les médicaments homéopathiques à nom commun sont des médicaments fabriqués par des laboratoires homéopathiques et répondant aux conditions de mise sur le marché fixées par la réglementation en vigueur. Ce sont les tubes de granules, les doses de globules, ou les liquides (ampoules, gouttes buvables...). Ils sont présentés sous leur dénomination scientifique latine et ils ne possèdent pas d'indication thérapeutique, de posologie ou de notice car ils répondent au principe qu'une souche peut correspondre à plusieurs symptômes et donc être prescrites dans différentes pathologies. C'est donc au prescripteur de définir l'indication et la posologie en fonction du patient.
- Les spécialités homéopathiques (ou les médicaments homéopathiques à nom de marque), sont également fabriqués par des laboratoires pharmaceutiques et distribués sous un nom de marque, il s'agira souvent d'une association de plusieurs souches homéopathiques. Ces derniers présentent une indication thérapeutique, une posologie et une notice. Ce sont des médicaments adaptés à l'automédication (Camilia®, Sédatif PC®).

Pour être commercialisés ces médicaments homéopathiques doivent obtenir un enregistrement ou une autorisation de mise sur le marché (36).

L'enregistrement concerne les médicaments remplissant les conditions suivantes : « voie d'administration orale ou externe, absence d'indication thérapeutique particulière sur l'étiquette ou dans toute information relative au médicament, degré de dilution garantissant l'inocuité du médicament ; en particulier, le médicament ne peut contenir ni plus d'une partie par 10 000 de la teinture mère, ni plus d'un centième de la plus petite dose utilisée éventuellement en allopathie, pour les substances actives dont la présence dans un médicament allopathique entraîne l'obligation de présenter une prescription médicale ». (article L.5121-13 du CSP)

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) concerne les spécialités homéopathiques (médicaments homéopathiques avec une indication) ou les médicaments homéopathiques qui ne peuvent répondre aux trois critères ci-dessous, par défaut ils nécessiteront une autorisation de mise sur le marché (36).

Dans les deux cas, il est nécessaire de faire une demande auprès de l'ANSM accompagnée d'un dossier documentant la qualité, la sécurité et l'usage homéopathique du médicament. Après évaluation du dossier l'ANSM peut ou non délivrer un enregistrement ou une AMM pour le médicament considéré.

Une fois mis sur le marché ces médicaments homéopathiques sont soumis à la pharmacovigilance.

I.5. Principes de fabrication

La méthode hahnemannienne définit le processus de fabrication des médicaments homéopathiques à partir d'une teinture mère (38).

Tout d'abord les matières premières sont broyées et réduites en poudre pour être mises à macérer dans un mélange d'eau et d'alcool (1/10^{ème} de substance active pour 9/10^{ème} de solvant) puis après 15 jours de macération, la préparation est pressée et filtrée, on obtient alors la teinture mère très concentrée en substances actives, ce qui peut la rendre toxique. Pour être utilisée elle devra passer par plusieurs dilutions successives au centième (CH soit une goutte de teinture mère pour 99 gouttes de solvant) ou au dixième (DH soit une goutte de teinture mère pour 9 gouttes de solvant). Après chaque dilution, la préparation est dynamisée c'est-à-dire secouée énergiquement pour activer la force du médicament par modification de la structure physique du médicament (c'est aujourd'hui une opération mécanisée). Ensuite pour obtenir des granules ou globules ou pulvérisera les préparations à la dilution souhaitée sur des granules ou globules de saccharose et lactose.

Remarque : pour les substances actives non solubles dans l'eau et l'alcool on utilisera la méthode de trituration qui consiste à triturer la substance active avec du lactose pendant une heure. Les dilutions sont basées sur le même principe : 1 gramme de substance pour 9 grammes de lactose pour obtenir une dilution 1DH ou 1 gramme de substance pour 99 grammes de lactose pour obtenir une dilution 1CH ...

Il existe une autre méthode de fabrication de préparation homéopathique : la méthode korsakovienne ou « préparation à flacon unique » mise au point par Simeon Nicolaïevich von Korsakov. Dans ce cas, après la première dilution la préparation est dynamisée puis jetée. On va ensuite remplir ce même flacon de solvant et ce sont alors les traces de la dilution précédente qui servent à la fabrication de la dilution suivante. On ne parle donc plus de dilution mais du nombre de dynamisation. Une préparation en 10 000 K signifie qu'elle a subi 10 000 opérations soit 1 000 000

dynamisations. Cette technique sera plutôt utilisée dans les traitements chroniques étant donné le haut degré de dynamisation.

I.6. Application au psoriasis en complément de l'allopathie

L'homéopathie est parfaitement compatible avec les traitements allopathiques surtout si ces derniers se relèvent indispensables ou plus efficaces. Mais l'homéopathie peut être associée pour réduire les doses ou diminuer les effets secondaires. De plus l'homéopathie peut également compléter d'autres thérapeutiques comme la phytothérapie, l'aromathérapie, l'ostéopathie ou l'acupuncture...

I.6.1. Les différentes stratégies de traitement

Il existe plusieurs stratégies de traitements : selon la clinique des lésions ou selon leur localisation, les différentes stratégies peuvent se combiner et se compléter. En plus de ces traitements qui ciblent les lésions du psoriasis, on pourra ajouter des traitements moins spécifiques qui pourront agir sur les différents facteurs aggravants ou déclenchants du psoriasis.

Classiquement la posologie est de 3 à 5 granules 2 à 3 fois par jour pendant toute la durée de la poussée pour les basses dilutions (7 ou 9CH) et une dose par semaine pendant un à deux mois pour les hautes dilutions (15 ou 30CH) (4).

I.6.1.1. Traitement selon la clinique ou la localisation des lésions

Souches	Posologie	Caractéristiques des lésions
<i>Arsenicum album</i> 5, 7 ou 9CH	2-3 granules 3 fois/jour	Squames poudreuses, peau brûlante, amélioration par la chaleur locale. Action kératolytique. Profil du patient: « frileux qui a très chaud mais qui a besoin de chaleur et de fenêtre ouverte »
<i>Arsenicum iodatum</i> 5 CH ou 7CH	2-3 granules 3 fois/jour	Squames durcissants et secs, amélioration par le froid et la chaleur (peau froide avec sensation de chaleur interne). Action anti-inflammatoire. Médicament de la maladie chronique.

<i>Berberis aquifolium</i> en TM		Eruptions prurigineuses et brûlantes calmées par le froid. Squames fines sur peau sèche et rugueuse accompagnée de prurit et de brûlures. Favorise l'élimination par les reins et la peau. Action plus ciblée sur le psoriasis du cuir chevelu.
<i>Berberis vulgaris</i> 5CH		Psoriasis circiné
<i>Chrysarobinum</i>		Lésions localisées autour des oreilles et des yeux
<i>Graphites</i> 9CH		Lésions suintantes localisées ou généralisées
<i>Kalium arsenicum</i> 5 ou 15 CH		Squames épaisses sèches ou fissurées des mains, coudes, genoux... Action kératolytique
<i>Lycopodium</i> 9CH		Spécifique des dermites avec une composante de stress
<i>Manganum metallicum</i> 5CH		Lésions de psoriasis des plis de flexion, genoux et coudes
<i>Medorrhinum</i>		Psoriasis palmo-plantaire, lésions accompagnées d'une forte sudation
<i>Mezereum</i> 9CH		Médicament de la peau et des éruptions aiguës et chroniques, lésions brûlantes de la peau et des muqueuses
<i>Natrum muriaticum</i> 9CH		Peau sèche. Action émolliente dont l'objectif est d'éviter les lésions dues à un phénomène de Koebner.
<i>Natrum sulfuricum</i> 5CH ou <i>Hydrocotyle asiatica</i> 5CH		Squames larges et épaisses avec induration associée ou non à un prurit. Action cicatrisante et anti-œdémateuse par limitation de la perméabilité des vaisseaux
<i>Nux vomica</i> 9CH		Rhumatismes par dépôts articulaires
<i>Petroleum</i>		Plaques de psoriasis et peau saine sèche, éruptions suintantes, aggravation par le froid, psoriasis fissurés, prurit. Antipsorique. Médicament de la peau avec aggravations hivernales.
<i>Phosphorus</i> 9CH		Lésions localisées autour des sourcils, lésions fissurées avec ou sans saignement

<i>Psorinum 9CH</i>	dès l'apparition des plaques : 1 dose/semaine pendant 2 mois	Antipsorique : pour le psoriasis des plis et du cuir chevelu. Renforce l'activité de tous les remèdes homéopathiques dans les cas chroniques et accélère la convalescence. Action antiprurigineuse
<i>Sanicula aqua</i>		Eruptions du cuir chevelu, barbe et sourcil
<i>Securidaca TM</i>	application en compresse 2fois/jour	Application locale pour le psoriasis localisé uniquement
<i>Selenium</i>		Eruption du cuir chevelu. Action antiprurigineuse.
<i>Sepia officinalis 15CH</i>		Lésions pigmentées brunâtres, psoriasis fissuré
<i>Spiroea ulmaria</i>		Atteinte rhumatismale
<i>Staphysagria</i>		Alternance de troubles cutanés et rhumatismes, lésions épaisses
<i>Staphysagria 15CH</i>	1 dose/semaine	Déclenchement de crises par un non-dit. Action sur les croûtes épaisses. Convient au refoulement des paranoïaques, aux terrains psychotiques et spécifiques et aux états d'excitation ou de dépression psychomotrice
<i>Sulfur 5CH</i>	2 granules 2 fois/jour après drainage de la peau	Alternance atteinte cutanée et rhumatisme. Sujet ayant chaud
<i>Sulfur iodatum</i>		Surtout chez les enfants, terrains psoriques
<i>Teucrium 5CH</i>		Lésions localisées autour des oreilles
<i>Urtica urens</i>		Action antiprurigineuse
<i>Zea italica TM</i> ou basse dilution		Lésions cutanées sèches et inflammatoires. Action anti-inflammatoire (chronique). Excellent draineur de peau

Tableau 19 : Les différentes souches homéopathiques en fonction des caractéristiques des lésions (4) (37) (34)

1.6.1.2. Traitements des facteurs associés

Le psoriasis est une maladie multifactorielle dont il est important de traiter les facteurs associés à cette maladie.

Souches	Posologie	Caractéristiques des lésions
Arnica 15CH	1 dose dès que possible	Déclenchement de crises par un accident. Médicament de toutes les affections dues à des traumatismes, du surmenage et à la fatigue (facteurs mis en cause dans le psoriasis)
Elaps coralinus		éruptions après un choc moral (deuil, accident, émotion violente, frayeur...)
Gelsemium 9CH		Remède du trac et de l'émotivité. Action sur les facteurs déclenchants du psoriasis
Ignatia amara 9 ou 15 CH		Médicament calmant des nerfs, action sur les facteurs inducteurs du psoriasis

Tableau 20 : Les différentes souches homéopathiques traitant les facteurs associés au psoriasis (4) (37) (38) (34)

1.6.1.3. Traitements complémentaires

Souvent les traitements sont associés à des draineurs cutanés pour permettre une meilleure action :

Souches	Posologie	Caractéristiques des lésions
Borrago		Draineur, en particulier de la peau
Dipsacus sylvestris		Draineur cutané, cicatrisant des éruptions
Lappa major 4 DH ou Viola tricolor 4DH	20 gouttes 3 fois/jour pendant 7 jours	Drainage de la peau
Platanus orientalis		Draineur de la peau
Rhus toxicodendron		Draineur énergétique de la peau, surtout dans les alternances d'éruption et de rhumatisme. Action antiprurigineuse.
Saponaria		Draineur général. Cicatrisation des éruptions.

Tableau 21 : Les souches homéopathiques aux propriétés drainantes (4) (37) (38) (34)

De plus d'autres traitements peuvent compléter et optimiser l'action de l'homéopathie :

- Sels de la mer morte : faire un bain 2 fois par semaine.
- Eau thermale : action apaisante, antiprurigineuse.
- Cure thermale à visée dermatologique : son efficacité sur les poussées est prouvée (5).

II. L'aromathérapie

II.1. Historique et fabrication

De l'extrême Orient au bassin méditerranéen l'utilisation des plantes aromatiques remontent à des millénaires avant notre ère : utilisation d'huiles purifiantes (corps et esprit), fumigations... Puis les premières essences avec les distillations apparaissent en Perse aux alentours de l'an mille avant J.-C (43).

Mais ce sont les progrès fulgurants de la chimie organique au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle qui ont permis d'identifier les principaux constituants des huiles essentielles, de mettre en évidence l'existence de plusieurs chimiotypes avec des propriétés parfois très différentes d'où l'importance de connaître le « profil chimique détaillé » (4). Ces avancées majeures ont certes permis d'étudier les huiles essentielles avec une grande précision mais aussi la possibilité de les remplacer par des composés de synthèse complètement différents mais pharmacologiquement très actifs. Le chimiotype d'une huile essentielle détermine son action pharmacologique et ses applications cliniques (43).

Les huiles essentielles, hydrophobes (insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool et les huiles végétales) sont produites par distillation d'une partie de la plante (bourgeons, écorce, feuilles, fruits, racine...) : les composants les plus légers sont entraînés par la vapeur d'eau et on obtient un concentré de molécules actives (aldéhydes, benzoïdes, cétones, phénols, terpènes...) qui peuvent être toxiques et responsables d'effets indésirables si elles ne sont pas utilisées correctement. En effet, si certaines huiles essentielles peuvent s'utiliser pure, la très grande majorité des huiles essentielles sont à utiliser avec un liant : soit à mélanger avec une base neutre (une huile végétale notamment) ou à mettre sur un comprimé neutre (ou une cuillère de miel, un sucre...). De plus certaines huiles essentielles sont toxiques si elles sont inhalées (43) (41).

Les huiles essentielles présentent également des contre-indications : les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants de moins de 7 ans, les asthmatiques ou

les épileptiques ne doivent pas être utilisés d'huiles essentielles. Enfin elles ne doivent pas être utilisées sur les yeux et les muqueuses (39).

L'aromathérapie nécessite donc un conseil personnalisé, avec une voie d'administration et une forme galénique appropriées et adaptées au patient dans un objectif sécuritaire pour le patient.

La voie cutanée sera préférée pour les pathologies chroniques car l'action sera plus ciblée, moins toxique donc plus sécuritaire (41).

A l'inverse la voie systémique sera réservée à des usages plus ponctuels pour des pathologies aiguës (à éviter chez les personnes avec ulcère, gastrite ou RGO car agressives pour les muqueuses) (41).

II.2. Les huiles essentielles

II.2.1. Les voies d'utilisation des huiles essentielles

La voie cutanée est la voie de première intention, à éviter chez les enfants de moins de trois ans et la dose doit être adaptée à l'âge. De 30 mois à 5 ans la dose maximale sera de 4 gouttes en 4 prises toujours diluées dans une pression d'huile végétale, chez l'enfant de 5 à 7 ans maximum 8 gouttes en 4 prises dans deux pressions d'huiles végétales pour atteindre ensuite une dose maximale chez l'enfant de plus de 7 ans de 20 gouttes et une dose maximale de 40 gouttes chez l'adulte toujours en 4 prises. La dilution minimale d'une huile essentielle dans une huile végétale est une goutte d'huile essentielle pour 2 gouttes d'huile végétale (43).

Les huiles essentielles augmentent l'absorption d'autres substances dans la peau si elles sont administrées en même temps : donc préférer la dilution dans des huiles végétales (1 à 3% sur le visage et 1 à 10% sur le reste du corps) pour éviter l'absorption conjointe d'autres composants comme les parabènes présents dans des crèmes antirides par exemple. Ces huiles essentielles appliquées sur les zones de l'affection auront une forte capacité de diffusion et auront tout d'abord une action locale puis générale (43).

Dans les cas d'urgence on pourra frictionner de façon locale et pure certaines huiles essentielles (non caustiques) mais cela reste des cas d'urgence. On peut également diluer les huiles essentielles non caustiques dans un base neutre ou un bain moussant pour le bain. Cependant chez l'enfant de moins de 7 ans les huiles essentielles seront toujours utilisées en dilution (39).

La voie systémique est une voie très intéressante chez l'adulte pour l'administration des huiles essentielles dermocaustiques ou pour éviter d'agresser une peau déjà irritée. La dose usuelle des huiles essentielles par voie orale pour un adulte est de 8 gouttes à répartir en 4 prises et une dose maximale de 10 gouttes par jour. En officine, pour le conseil d'huile essentielle on conseillera la voie orale que sur des courtes durées (43).

II.2.2. La qualité des huiles essentielles

Le mode d'action des huiles essentielles est lié à la qualité et à la quantité de molécules actives contenues dans ces huiles essentielles. C'est la chromatographie en phase gazeuse qui permet de mettre en évidence les diverses familles biologiques qui composent l'huile essentielle et donc de déterminer le composé majeur conférant à l'huile essentielle considéré son activité thérapeutique. Pour reconnaître une huile essentielle de qualité elle devra être chémotypée c'est-à-dire de la même espèce pour le même lieu de récolte et la même origine car en effet une même plante aromatique peut synthétiser une essence avec des profils biochimiques différents en fonction du biotype dans lequel elle se développe donc une action thérapeutique et une toxicité variable en fonction du lieu de culture.

Une huile essentielle doit être désignée par son nom français (le plus courant de l'espèce productrice) et ses deux noms latin : le nom de genre et le nom d'espèce et parfois un troisième nom latin pour évoquer le composé majeur qu'il contient car comme les composés actifs vont dépendre de la génétique de la plante mais aussi des conditions écologiques, climatiques, ensoleillement, du stade de développement botanique lors de la récolte....Ces composés comme on l'a vu pourront alors être très différents pharmacologiquement. `

*Prenons pour exemple le Thym, *Thymus vulgaris*, il pourrait être à linalol (*Thymus vulgaris linaloliferum*), à paracymène (*Thymus vulgaris paracymeniferum*) deux utilisations différentes : le premier pour les stomatites à *Candida* ou *Streptocoques* et le deuxième comme antalgique ou antirhumatisme.*

II.2.3. Les différentes huiles essentielles

Dans la prise en charge de la peau psoriasique, différentes huiles essentielles pourront être utilisées (Tableau 22).

	Composition	Propriétés			Voie d'utilisation
		Anti-inflam-matoire	Cicatri-sante	Anxioly-tique	
Camomille allemande ou Matricaire (<i>Matricaria recutita</i>)	Chamazulène (sesquiterp.) α-bisabolol (sesquiterp.)	✓	✓		Applications locales car non irritantes pour la peau.
Bois de Candeia du Bresil	α-bisabolol (sesquiterp.)	✓			Applications locales car non irritantes pour la peau.
Curcuma (<i>Curcuma longa</i>)	Zingibérène (sesquiterp.)	✓	✓		Applications locales car non irritantes pour la peau.
Myrrhe (<i>Commiphora molmol</i>)	Elémène (sesquiterp.)	✓			Applications locales car non irritantes pour la peau.
Ciste (<i>Cistus ladaniferus</i>)	Cétone		✓		Accélération de la vitesse de réparation cellulaire.
Lavande fine (<i>Lavandula officinalis</i>)	Acétate de linalyle Linalol	✓	✓	✓	Action sur le système nerveux et cutané Applications ponctuelles en voie cutanée Sédative
Geranium bourbon (<i>Perlargonium graveolens</i>)	Cétone Linalol		✓	✓	
Helichryse italienne (<i>Helichrysum italicum</i>)	Cétone Curcumène (sesquiterp.)		✓		
Verveine citronnée (<i>Aloysia triphylla</i>)	Citral (aldéhyde aliphatique), Géranial (sesquiterp.)	✓		✓	Inhalation : traversée de la BHE et interaction avec le SNC. Stress.
Mélisse officinale (<i>Melissa officinalis</i>)	Citral (aldéhyde aliphatique) Néral Géranial	✓		✓	Inhalation : traversée de la BHE et interaction avec le SNC

Mandarinier (<i>Citrus reticulata</i>)	Anthranylate de méthyle (azolé)			✓	Relaxante, calmante du SNC. Diffusion ou voie orale. Photo sensibilisante et irritante à l'état pur.
Origan (<i>Thymus capitalus linnaeus</i>)	Phénol			✓	Voie systémique uniquement car dermocaustique. Cure de 7 à 21 jours, si succession de 2 cures, fenêtre thérapeutique de 7j. Administration conjointe d'un hépato-protecteur comme l'Artichaut ou Radis noir.
Cannelle (<i>Cinnamomum cassia</i>)	Aldéhydes aromatiques			✓	Voie systémique uniquement car dermocaustique. Cure de 7 à 21 jours, si succession de 2 cures, fenêtre thérapeutique de 7j. Administration conjointe d'un hépato-protecteur comme l'Artichaut ou Radis noir.

Tableau 22 : Comparatif de la composition chimique des huiles essentielles et de leurs propriétés associées et de leur voie d'utilisation (4) (39) (40) (42)

Dans la très grande majorité des cas le profil d'une peau psoriasique est une peau sèche, c'est-à-dire une peau fine, sèche, rugueuse et desquamante, donc il est possible d'appliquer les mêmes huiles essentielles que pour les peaux sèches en traitement moins spécifiques mais en complément d'autres traitements du psoriasis comme la Carotte (*Daucus carota*) pour ses propriétés anti-inflammatoire et cicatrisante, le Cèdre de Virginie (*Juniperus virginiana*) pour ses propriétés veinotonique, cicatrisante, antibactérienne, le Lemongrass (*Cymbopogon flexuosus citraliferum*) pour ses propriétés anti-inflammatoire et vasodilatateur, les menthes (*Mentha arvensis – piperita – pulegium – spicata*) sur des petites surfaces uniquement pour leurs propriétés antiseptiques, l'Oranger doux (*Citrus sinensis*) et l'Oranger amer (*Citrus aurantium var. aurantium*) pour leur promotion de la pénétration, la Rose de Damas (*Rosa damascena*) pour ses propriétés cicatrisante et

antiseptique, le Santal (*Santalum album*) pour sa propriété antiseptique... Ces huiles essentielles ne sont pas spécifiques de la peau psoriasique mais peuvent tout de même être utilisées soit en complément, soit pendant les périodes de rémission pour traiter la peau sèche et éviter les phénomènes de grattage (43).

En résumé :

- Tous les aldéhydes (suffixe en –al) sont des anti-inflammatoires d'action rapide pour une inflammation aigüe (action rapide mais durée d'action de 2-3h) qui doivent être dilués car il y a un risque d'irritation cutanée et de sensibilisation progressive.

- Les sesquiterpènes (suffixe en –ène), à l'inverse, sont des anti-inflammatoires d'action retard pour les affections chroniques (idéal dans le psoriasis) avec une irritation cutanée légère et une action sur les TNF, cytokines et interleukines mis en cause dans le psoriasis : ce seront donc les huiles essentielles à privilégier dans la prise en charge du psoriasis. Les résultats tardent dans le temps mais ces molécules ont une action prolongée.

- Les esters (suffixe –ate de –yle) ont une action apaisante sur le système cutané et muqueux et une action relaxante sur le SNC, utilisable pur ou dilué en voie cutanée.

- Les monoterpénols (suffixe en –ol comme le linalol) sont des anti-infectieux polyvalents doux, utilisés en dermatologie et sur les muqueuses.

A ne pas confondre avec les phénols (Origan – Cannelle – Sarriette – Girofle – Thym à Thymol) qui sont des anti-infectieux polyvalents puissants, dermocaustiques, contre indiqués avant l'âge de 15 ans car dermocaustiques, très irritants en diffusion et tolérance hépatique au long cours donc à administrer conjointement à un protecteur hépatique (40).

Toutes ces huiles essentielles vont avoir une action synergique avec d'autres thérapeutiques comme des compléments alimentaires, une alimentation équilibrée ou de la phytothérapie.

De plus ces huiles essentielles utilisées par voie cutanée sont rarement utilisées pures elles sont généralement diluées dans des huiles végétales pour améliorer leur pénétration.

II.3. Les huiles végétales

Les huiles végétales ne sont pas des simples vecteurs ou liants des huiles essentielles, elles possèdent également des propriétés apaisantes, adoucissantes, nutritives, émoullientes, anti-inflammatoires, antiprurigineuses et cicatrisantes. Elles sont produites par pression à froid des fruits, graines des plantes oléagineuses. Elles sont riches en acides gras nutritifs et en vitamines mais elles possèdent également des molécules spécifiques « insaponifiables » conférant à l'huile végétale des propriétés spécifiques (Tableau 23).

Huiles végétales	Production	Composition	Action
Amande douce (<i>Prunus amygdalus</i> var. <i>dulcis</i>)	Obtention par pression à froid des amandes de l'Amandier. Originaire d'Asie centrale et cultivé dans les pays du bassin méditerranéen et en Californie.	Acide oléique (70%) Acide linoléique (20%) Vitamines A, B, E	Propriétés apaisantes et adoucissantes Action nourrissante et assouplissante d'où leur utilisation sur les peaux sèches et/ou irrité(e)s ou atteintes d'affections dermatologiques et pour lutter contre les démangeaisons des peaux sèches. Texture épaisse formant un film protecteur à la surface de la peau. Utilisation seule ou associée à des huiles essentielles.
Argan (<i>Argania spinosa</i>)	Obtention par pression à froid des amandons (contenus dans les noyaux des fruits) de l'Arganier. Originaire du Maroc	Acide oléique à 48% Acide linoléique à 35% Vitamines A et E	Propriétés nourrissantes et assouplissantes. Fonction de protection cutanée indiquée pour les peaux sèches et/ou irritées.
Calendula (<i>Calendula officinalis</i>)	Obtention par macération des fleurs jaunes ou orangées. Originaire du pourtour méditerranéen	Acides gras Caroténoïdes Flavonoïdes Saponine	Propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes Action sur les irritations, les démangeaisons, les plaies, les blessures cutanées et les affections dermatologiques (psoriasis, eczéma)

<p>Calophylle (<i>Calophyllum inophyllum</i>)</p>	<p>Obtention par pression à froid des amandes (renfermées dans les noix des fruits) du Calophylle ou Tamanu. Originaire d'Asie Tropicale et se développant dans les îles du Pacifique et de l'océan Indien</p>	<p>Acide oléique à 40% Acide linoléique à 30 % Acide palmitique à 24% Acide calophyllique</p>	<p>Propriétés anti-inflammatoires et antalgiques</p> <p>Possible dilution dans une autre huile végétale plus douce (Macadamia) car elle peut être irritante et l'odeur n'est pas agréable.</p>
<p>Germe de blé (<i>Triticum vulgare</i>)</p>	<p>Obtention par pression à froid des germes (partie composant le grain de blé avec le son et l'endosperme)</p>	<p>Acide linoléique à 60% Acide palmitique à 18% Acide oléique à 14% Vitamines A, E, D et K Riche en vitamines, carotènes, antioxydants et acides gras</p>	<p>Propriétés très nourrissantes, régénérantes et cicatrisantes. Très utilisée dans le traitement du psoriasis.</p>
<p>Macadamia (<i>Macadamia intergrifolia</i>)</p>	<p>Obtention par pression à froid des amandes des noix. Originaire de l'Est de l'Australie et cultivée au Kenya, Afrique du Sud...</p>	<p>Acide palmitoléique jusqu'à 30% Acide oléique (acides gras insaturés) Acide palmitique (acide gras saturé) à 10%</p>	<p>Rôle protecteur. Bonne pénétration laissant un toucher sec donc c'est une huile idéale pour les frictions localisées.</p>

<p>Rose musquée (<i>Rosa rubiginosa</i>)</p>	<p>Obtention par pression à froid des graines. Originaire d'Asie, il est surtout cultivé dans la partie chilienne des Andes au climat froid et pluvieux</p>	<p>Acide linoléique à 47% Acide linoléique à 28% Acide oléique à 14% Vitamines A, E et D</p>	<p>Propriétés nourrissantes et assouplissantes. Propriétés cicatrisantes et régénérantes. Amélioration de l'élasticité de la peau réduisant alors le phénomène de Koebner (vitamine A). Excellent diluant des huiles essentielles de géranium bourbon, d'hélichryse italienne et de lavande fine par formation d'un complexe synergique. CI avec les rétinoïdes topiques (dérivés de la vitamine A). Le fruit (ou faux fruit = cynorhodon) est une source de vitamines C naturelle très utilisée dans les compléments alimentaires</p>
--	---	--	--

Tableau 23 : Comparatif des huiles végétales utilisées par voie cutanée dans le traitement du psoriasis (40) (39) (43)

En résumé les acides gras insaturés contenus dans ces huiles végétales sont responsables des propriétés anti-inflammatoires, la vitamine E confère une action antioxydante, la vitamine A confère une action similaire aux rétinoïdes, dérivés de la vitamine A bien connu dans la prise en charge du psoriasis.

A côté de ces huiles végétales utilisées essentiellement par voie cutanée mais il existe également d'autres huiles végétales utilisées par voie systémique et utilisables dans le traitement du psoriasis.

L'huile de bourrache et l'huile d'onagre sont des huiles végétales riches en acides gras polyinsaturés et notamment en acide linoléique et acide γ -linoléique (famille des oméga 6) que l'on retrouve généralement sous forme encapsulée. Ce sont des précurseurs de prostaglandines E1 au détriment des prostaglandines E2. Ces derniers favorisent l'inflammation alors que les PGE1 stimulent les lymphocytes T qui exercent un rétrocontrôle sur les lymphocytes B pour qu'ils n'attaquent que les corps étrangers et non ces propres cellules, phénomène connu du psoriasis.

L'aromathérapie est une thérapeutique naturelle utilisant les huiles essentielles pour traiter des pathologies humaines, elles ont fait la preuve de nombreuses propriétés thérapeutiques, démontrées dans de nombreuses études pharmacologiques in vivo et in vitro, et ces études sont corroborées par les résultats empiriques. Elles ont donc leur place dans l'arsenal thérapeutique aux cotés des médicaments allopathiques et de la phytothérapie. L'aromathérapie peut être considérée comme une branche de la phytothérapie car elle utilise des extraits de plantes et de molécules aromatiques issues des végétaux (les molécules volatiles, entraînées par la vapeur d'eau, sont présentes dans l'huile essentielle alors que les molécules non volatiles restent dans le tissu végétal et leurs utilisations concernent alors la phytothérapie).

III. La phytothérapie

Les propriétés phytothérapeutiques sont souvent différentes des propriétés d'aromathérapie même si les huiles végétales sont à la frontière de l'aromathérapie et la phytothérapie (45).

III.1. Histoire et origine

La phytothérapie vient du grec PHUTON et THERAPEUIEN, c'est l'art de soigner par les plantes, on s'intéresse donc aux plantes médicinales. Ces plantes médicinales sont définies par la Pharmacopée européenne comme « des drogues végétales dont au moins une partie possède des propriétés médicamenteuses » (45).

Pendant des milliers d'années, la phytothérapie a été la principale source des remèdes contre de nombreuses maladies y compris dans les plus anciennes civilisations. La phytothérapie succède à la pharmacognosie et à la Matière médicale. En Europe, plusieurs noms ont permis le développement de ces remèdes : Hippocrate, Dioscoride, Pline l'Ancien, Avicenne... Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que sont isolés des plantes les principes actifs qui seront pour certains par la suite synthétisés chimiquement. En parallèle l'émergence de médicaments révolutionnaires comme les antibiotiques, vont reléguer alors la phytothérapie au second plan. Mais après une période de déclin, certains médecins comme Henri Leclerc ou Jean Valnet ont mis au point des formes thérapeutiques et galéniques adaptées dont la qualité et l'activité sont garanties par le circuit pharmaceutique. De plus, les effets indésirables provoqués par certains médicaments chimiques ont contribué à revaloriser la médecine par les plantes. Aujourd'hui, les progrès scientifiques permettent de définir pour une plante donnée en fonction de sa composition et de ses propriétés pharmacologiques son indication (45). En 1980, le

ministre de la Santé a reconnu la phytothérapie comme une médecine à part entière. Et de 1990 à 1998, le ministère de la santé légifère en faisant établir une liste de plantes bénéficiant d'une indication thérapeutique et leur conférant ainsi le statut de médicament avec une Autorisation de mise sur le marché. La principale référence pour les plantes vendues en officine est l'ouvrage *Médicaments à base de plantes* (44).

La phytothérapie ou médecine par les plantes n'est cependant pas dénuée d'effets indésirables : tout ce qui vient des plantes n'est pas bénéfique pour l'organisme, il existe des plantes toxiques, mais aussi des plantes qui mal utilisées peuvent devenir néfastes pour un individu (46). Leur utilisation doit donc être encadrée par un professionnel de santé.

III.2. Utilisations

L'utilisation de la phytothérapie présente plusieurs objectifs : soit traiter un symptôme ou une maladie (douleurs articulaires ; problèmes de transit ; problèmes dermatologiques : eczéma, psoriasis...), soit effectuer un drainage pour détoxifier un ou plusieurs organe(s) dans l'objectif d'assainir l'organisme ce qui pourra permettre une amélioration de l'état général dans un premier temps puis une plus grande efficacité d'un traitement spécifique (45). Enfin la phytothérapie pourra s'intéresser au terrain du patient, ce qui est beaucoup plus complexe.

A l'officine, la pratique de la phytothérapie consiste essentiellement à répondre aux demandes des patients sans se substituer au médecin.

Généralement, une plante est constituée de plusieurs principes actifs qui agissent alors en synergie d'action.

Un médicament phytothérapeutique à base de plantes existe sous différentes formes pharmaceutiques : gélules, comprimés, crèmes, sirops, solutions buvables (45)... Ces formes pourront être issues de plusieurs techniques de traitement de la matière première.

Le broyage ou le cryobroyage de la matière première (ensemble des constituants de la plante) permet l'obtention d'une poudre permettant une grande importance de matière, présentée généralement sous forme de gélules pour une prise facilitée en ville, mais si c'est intéressant pour certaines plantes, la faible biodisponibilité de certains principes actifs nécessite la multiplication des prises (45) (46).

Les tisanes définies par la Pharmacopée française (XI^{ème} édition) sont des préparations aqueuses de drogues végétales convenablement divisées pour être facilement pénétrées par de l'eau. Ces tisanes sont obtenues par macération (30 min

à 4 heures avec de l'eau à température ambiante) pour les drogues à gomme et mucilage (car évite l'extraction de l'amidon et des tanins insolubles à froid), par digestion (1 à 5 heures avec de l'eau à une température supérieure à la température ambiante mais inférieure à la température d'ébullition) ou par décoction (15 à 30 min avec de l'eau à ébullition) pour les racines, rhizomes et écorces ou enfin par infusion (verser de l'eau bouillante sur les plantes et laisser refroidir 5 à 10 min) pour les drogues fragiles ou riches en huile essentielle. Généralement il est conseillé de boire 250 mL à 1 L de tisane/jour (45).

Les extraits ou les teintures sont des préparations fabriquées industriellement avec comme solvant de l'eau ou de l'éthanol (45). On distingue les extraits fluides, les teintures, les teintures mères (préparations homéopathiques utilisées en phytothérapies), les macérâts glycélinés (gemmothérapies, obtenus à partir des bourgeons végétaux ou autres tissus végétaux en voie de croissance recueillis frais par l'action du glycérol pur ou mélangé à l'alcool), les extraits secs. La présence fréquente d'alcool peut limiter leur utilisation.

Les plantes peuvent donc s'utiliser dans la prise en charge du psoriasis soit dans le but d'un drainage soit avec un traitement spécifique.

III.3. Le drainage

Pour le psoriasis et plus généralement des autres dermatoses le drainage a pour rôle de favoriser l'élimination de ce qui devrait être éliminé en orientant vers les émonctoires (45), dont les 3 principaux sont :

- Les reins avec des plantes diurétiques (ou dépuratives) : bouleau, chiendent, feuille cassis, racine fenouil doux, griottier, feuille olivier, orthosiphon, piloselle, prêle, reine des prés, solidage qui ont pour action d'augmenter la diurèse.
- Le foie et la vésicule biliaire avec des plantes cholagogues, cholérétiques ou détoxifiantes hépatiques : artichaut, boldo, chicorée, fumeterre, pissenlit, radis noir, romarin, tilleul aubier.
- La peau avec différentes plantes selon l'action souhaitée :
 - o Bardane (racine) pour son action de drainage peau-pancréas, son action diurétique, cholagogue et cholérétique et hypoglycémiant
 - o Pensée sauvage (fleur) pour son action dépurative, antispasmodique, émolliente et anti-inflammatoire
 - o Salsepareille (racine)
 - o Ortie (feuille) pour son action diurétique, dépurative, anti-inflammatoire, hypo-glycémiant, antiasthénique et reminéralisant
 - o Sureau (fleur) pour son action diaphorétique, diurétique et émolliente.

Les formules de drainage utilisent alors un mélange de trois à quatre plantes d'action douce visant ses 3 émonctoires. Attention il est important de faire des cures de 2 à 3 semaines par mois maximum ou 5 jours sur 7.

L'utilisation de ces plantes pourra se faire à l'aide de tisane, de teintures mère, de SIPF (Suspension Intégrale de Plante Fraîche) ou d'EPS (Extrait fluide de Plantes fraîches Standardisées).

III.4. Traitements spécifiques

Il existe des traitements spécifiques au traitement du psoriasis pouvant s'utiliser seul ou se cumuler pour pouvoir traiter différents aspects du psoriasis (Tableau 24).

Plantes	Composition	Propriétés et mécanisme d'action	Conseils
Olivier (<i>Olea europaea</i>)	Acides gras insaturés Squalènes Antioxydants naturels (Polyphénols)	Propriétés hydratantes, émoullientes, antioxydantes et cicatrisantes	Application locale de l'huile végétale d'olive obtenue par pression à froid du fruit
Aloe vera	Acides aminés essentiels Minéraux	Propriétés hydratantes par stimulation de la différenciation des kératinocytes, différenciation diminuée lors d'une poussée psoriasique, ce qui permet une cicatrisation	Gel en usage topique Etude randomisée en double aveugle de Syed et al. (52) : amélioration de l'état psoriasique de 83% des patients sur 60 patients ayant appliqués l'Aloe vera pendant 12 mois contre 7% pour la crème placebo
Panax ginseng ou Ginseng coréen	Ginsénosides	Activation de la différenciation kératinocytaire en réduisant leur kératinisation : régulation de la production de COX-2 par les macrophages ainsi que la production d'IFN γ et d'IL-4 par les cellules Th	

Angélique dahlurica (<i>Angelica dahlurica</i>)		Accélération de la dégradation cellulaire et de la dégradation des lésions psoriasiques et normalisation de la production des cellules basales	
Tournesol (<i>Helianthus annuus</i>)	Oméga 6 et 9 Vitamines E	Propriétés anti-inflammatoires, hydratantes et antioxydantes	
Germe de blé (<i>Tricum sativum</i>)	Acide gras essentiels Vitamine E	Propriétés antioxydantes naturelles	Utilisation en association avec la levure de bière pour les cas de peau sèche.
Bourrache (<i>Borago officinalis</i>)	Acide γ -linoléique (AGE dont oméga 6)	Modulation de la réponse immunitaire de la peau face aux agressions cutanées et aux maladies de peau telles que le psoriasis.	Utilisation en cures régulières. Association tonique et sédatrice avec l'avoine (<i>Avena sativa</i>)
Avoine (<i>Avena sativa</i>)	Minéraux, Vitamines et protéines (Tryptophane) Antioxydants Lipides riches en acide gras poly-insaturés (acide γ -linoléique).	Effet bénéfique sur le système nerveux : lutte contre stress, anxiété, énervement et agitation, Production de sérotonine et de mélatonine Propriété antioxydante : protection contre l'agression des radicaux libres	
<i>Artemisia vulgaris</i> <i>Artemisia abscinthum</i>	Monoterpènes	Propriétés cicatrisantes et anti-inflammatoires.	En usage local
Camomille allemande (<i>Matricaria recutita</i>) Camomille romaine (<i>Anthemis nobilis</i>)		Propriétés cicatrisantes et anti-inflammatoires.	Traitement adjuvant au psoriasis cutané
Curcumin (<i>Curcuma longa</i>)		Propriétés anti-inflammatoires, inhibitrices de la peroxydation et antioxydantes.	Utilisation en cataplasme (du rhizome, racine) Utilisation en curatif ou en préventif

Soucis (<i>Calendula officinalis</i>)	Riches en β -carotène, précurseur de la vitamine A	Propriétés cicatrisantes, anti-inflammatoires et antiradicalaires.	Utilisation en crème à 5% (anti-inflammatoire)
Rose musquée		Propriétés cicatrisantes et régénérantes cellulaires.	Par voie orale en capsule
Pensée sauvage (<i>Viola tricolor</i>)	Tanins Mucilage Flavonoïdes Acides gras insaturés Vitamine E	Propriétés astringentes, laxatives et antioxydantes Action dépurative grâce à une élimination accrue des toxines au niveau des reins et du foie	Utilisation de la partie aérienne fleurie
<i>Ginkgo biloba</i>	Polysaccharides	Double action : réduction de la concentration de facteurs pro-inflammatoires et augmentation de la concentration d'une cytokine anti-inflammatoire (IL-10) par diminution de l'expression de VEGF et PIGF.	
Trèfle rouge (<i>Trifolium pretens</i>)	Isoflavones	Propriétés anti-œdémateuses, réaction qui peut être associée à une inflammation	
Escholtzia (<i>Eschscholtzia californica</i>)	Californidine	Hypnotique naturel sans accoutumance : action sur la qualité du sommeil (endormissement, réveils nocturnes et cauchemars) sans effets indésirables sur le réveil matinal Anxiolytique naturel : combat le stress et réduit la nervosité chez les adultes et les enfants	Intéressant pour les personnes qui voit leur psoriasis s'aggraver en cas de choc émotionnel ou d'anxiété.

<i>Hammamelis virginiana</i>	Tanins Flavonoïdes	Actions astringentes, antiprurigineuses et antiseptiques, cicatrisantes Imperméabilisation des couches externes de la peau par liaison aux protéines ce qui favorise la régénération des tissus (limitation de la perte de fluides et protection des agressions extérieures) Les tanins inhibent la 5-lipo-oxygénase responsable de la synthèse des leucotriènes B4, pro-inflammatoires Action vasoprotectrice qui améliore la microcirculation	Utilisation des feuilles et de l'écorce en teinture au 1/10 ou en extrait liquide en 1 :1 en dilution à 5 à 10% sous forme de crème
Chardon marie (<i>Silybum marianum</i>)	Silybine, Silychristine et Silydianine	Inhibition de la synthèse des leucotriènes B4, pro-inflammatoires par les leucocytes	
<i>Acanthus mollis</i> , <i>Artemisia arborescens</i> , <i>Achillea ligustica</i>		Forte activité anti-inflammatoire par inhibition des voies COX-1 et 5-LOX et activation de NFκB	Utilisation d'extrait de feuille.
Inule visqueuse (<i>Inula viscosa</i>)		Activité antioxydante.	Utilisation des parties aériennes fleuries
Basilic (<i>Ocimum basilicum</i>)	acide linoléique (acide gras essentiel non synthétisé par notre organisme)	Propriétés anti-inflammatoires : empêchent le métabolisme de l'acide arachidonique en prostaglandines, leucotriènes et thromboxanes (pro-inflammatoires). Mais attention ils ne doivent pas être consommés en trop grande proportion par rapport aux oméga 3 au risque de provoquer l'effet inverse	
<i>Courge (Cucurbita pepo)</i>	Acide linoléique Oligo-éléments (zinc) Vitamines B, C, E... Phytostérols		

Tableau 24 : Comparatif des plantes utilisées dans le traitement du psoriasis (4) (46) (48) (49) (50) (51) (52)

IV. Autres alternatives thérapeutiques

IV.1. Mésothérapie

La mésothérapie consiste à injecter localement en intra-épidermique, en intradermique superficielle ou profonde de faible dose de médicaments inscrits à la Pharmacopée française avec de fines aiguilles stériles (0,3 à 0,4 mm de diamètre pour 4 à 13mm de longueur) au plus près de la lésion (54). Cette technique a été mise au point par le Docteur Michel Pistor en 1952, au départ à visée antalgique mais au fil des années les champs d'action se sont élargis (4). Elle est reconnue depuis le 16 juin 1987 par l'Académie nationale de Médecine comme faisant partie intégrante de la médecine classique.

Elle s'applique à différentes pathologies dont les troubles dermatologiques comme le psoriasis, et s'adresse aux enfants, aux adultes et aux personnes âgées notamment les personnes polymédicamentées souhaitant utiliser une autre voie d'administration des médicaments. L'injection de cortisone est proscrite tout comme la PPC (phosphatidylcholine) qui se pratique en injection profonde (53).

Dans la prise en charge du psoriasis la mésothérapie s'appliquera uniquement aux lésions psoriasiques sèches ou suintantes (4).

Dans le traitement de la crise, le mélange suivant sera injecté à J1, J7 et J15 (4) :

- Lidocaïne 1% (2 cm³) : anesthésique utilisé pour ses propriétés vasodilatatrices
- Pidolate de magnésium (2 cm³)
- Vitamine C à 1 g/5 cm² (2 cm³) : pour son action antioxydante par stimulation de néo-collagène et donc une amélioration de la trophicité cutanée,
- Vaccin antigrippal (3 cm³).

Ce même mélange sera injecté dans le traitement de fond du psoriasis à une fréquence de deux fois par an (4).

De plus, dans la prise en charge du psoriasis il est possible d'ajouter un protocole de mésostress avec un mélange injecté à J1, J7, J14 et J28 contenant de la lidocaïne 1% (2 cm³), du pidolate de magnésium (2 cm³) et de l'amitriptyline (1 cm³) à visée anxiolytique (4).

Les effets indésirables sont les même que pour les produits *per os* ou IV mais d'une intensité moindre (53). D'autres effets secondaires peuvent s'ajouter comme des hématomes et/ou douleur au point d'injection et de très rares cas de surinfection.

La mésothérapie est contre-indiquée en cas de grossesse, de diabète insulino-dépendant, maladies cancéreuses, maladies du sang, septicémies, accidents thromboemboliques récents, patients décoagulés sous traitement anticoagulant (Aspirine, AVK ou héparine) (53). Dans tous les cas, les actes de mésothérapie doivent être précédés d'un examen complet, d'un diagnostic et d'un traitement ou non par mésothérapie pouvant être associé à un traitement classique. Généralement les effets secondaires sont liés à une faute technique (54).

IV.2. Acupuncture

IV.2.1. Historique

L'acupuncture est une branche de la Médecine Traditionnelle Chinoise regroupant l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle de points précis du corps à visée thérapeutique (58). Elaborée il y a plus de 2500 ans, la pratique de l'acupuncture aurait été introduite en Europe au début du XVI^{ème} siècle mais ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que l'acupuncture a connu une réelle diffusion mondiale (55). Elle repose sur la stimulation de points spécifiques de l'organisme afin de rétablir la bonne circulation de cette énergie à travers le corps. A l'origine cette stimulation était effectuée par l'implantation et la manipulation de fines aiguilles (acupuncture dérive des termes latins *acus*, « aiguille » et *pungere*, « piquer ») mais d'autres sources de stimulation ont par la suite émergé : l'électricité, les aimants ou les lasers.

IV.2.2. Réglementation

Le collège français d'acupuncture définit l'acupuncture comme « un terme générique désignant l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle a, physiques (mécanique b, électrique c, magnétique d, thermique e, lumineuse f) ou physico- chimiques g de points d'acupuncture h à visée thérapeutique. » (58)

En France l'acte d'acupuncture est considéré comme un acte médical par la jurisprudence et par conséquent n'est autorisé qu'aux seuls membres des professions médicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) (58).

Une séance d'acupuncture se passe en 3 temps (58) :

- Dans un premier temps, à chaque emplacement de point d'acupuncture envisagé, il y a un repérage anatomique, l'insertion d'une aiguille (ou de la stimulation choisie), la manipulation de cette aiguille (ou de la stimulation choisie) pour orienter l'effet thérapeutique. Et cette opération est répétée pour chaque point choisi.

- Le deuxième temps correspond au temps de pose des aiguilles (ou durée de la stimulation choisie). Ce temps de pose est d'une durée variable selon les patients, et il permet d'obtenir l'effet thérapeutique.
- Enfin dans un dernier temps il y a l'extraction de l'aiguille (ou l'arrêt de la stimulation choisie) à la fin du temps de pose.

IV.2.3. Pratique

L'acupuncture repose sur un principe : le corps est parcouru par 12 méridiens principaux sur lesquels sont répartis 365 points correspondant à des zones stratégiques. Ce point est considéré comme un site favorable à la régulation de la circulation des flux d'énergie par l'intermédiaire de ces méridiens, les points sont en relation avec les organes et les viscères (55). Certains points n'appartiennent pas aux méridiens : ce sont les points hors méridiens. Il existe également des points hyperesthésiques ou douloureux à la palpation du doigt, à certains endroits de la peau. Ces points sont alors appelés points « Ashi », ils peuvent être utilisés pour le traitement. La localisation du point va lui conférer des propriétés différentes soit locale, soit à distance. Le point d'acupuncture se repère à la palpation et est décrit dans les ouvrages selon des repères anatomiques, et ses repères sont adaptés au patient

Les recherches occidentales sur les méridiens n'ont pas mis en évidence de structure anatomique correspondant aux trajets des méridiens. Cependant le trajet de certains méridiens suit globalement le trajet des nerfs (55).

En résumé les méridiens sont des canaux énergétiques qui parcourent le corps et qui apportent aux différents tissus l'énergie dont ils ont besoin, mais si ce courant rencontre un obstacle il sera responsable d'un mauvais fonctionnement de cet organe et l'introduction d'aiguilles ou autres stimulations permet de rééquilibrer le courant normal responsable du bon fonctionnement du corps humain.

IV.2.4. Acupuncture et psoriasis

Les effets de l'acupuncture au niveau de l'immunité ont été démontrés dans différentes études (56) :

L'électro-acupuncture augmente l'activité des lymphocytes NK: elle entraîne l'expression de la protéine Tyrosine Kinase, qui active les lymphocytes NK (Natural Killer) par induction de complexe CD94/NKG2C. Dans un même temps elle entraîne l'inhibition de l'expression de l'ARNm de la protéine Tyrosine phosphatase-A, inhibitrice de l'activité du lymphocyte NK. De plus, elle augmente l'expression du gène de la molécule d'adhésion des cellules vasculaires-1, qui jouent un rôle

important dans l'accrochage des lymphocytes NK aux cellules cibles, par l'augmentation des taux d'INF- γ et par la sécrétion de β -endorphine.

L'électro-acupuncture entraîne une modulation de la balance entre les lymphocytes Th1 et Th2 (60). Plusieurs maladies dont les maladies auto-immunes comme le psoriasis ou les problèmes d'allergie seraient liées à un déséquilibre de cette balance. L'amélioration de ces pathologies peut être expliquée par une diminution des Th2 avec une augmentation simultanée des Th1 pour un rétablissement de la balance.

De plus, l'acupuncture peut également être utilisée pour lutter contre le stress et l'anxiété, deux facteurs aggravants du psoriasis. Ainsi l'acupuncture peut agir à différents niveaux.

Selon Liu Xin Ya, docteur en médecine chinoise, le psoriasis a plusieurs étiologies possibles (57) : la frustration entraîne une stagnation du courant du foie responsable de la production d'une chaleur interne toxique qui envahie les couches de la surface cutanée par un psoriasis. Dans ce cas le psoriasis serait la manifestation d'un engorgement du foie due à une frustration. Mais aussi a une alimentation incorrecte qui induit une dysharmonie entre la rate et l'estomac, produisant également de la chaleur interne et qui se manifeste une fois la surface cutanée atteinte en psoriasis... En résumé le psoriasis est une attaque de la peau par la rétention d'humidité et de chaleur qui produit une toxicité. À partir de là, le principe de sa thérapeutique est de clarifier la chaleur et éliminer l'humidité pour atténuer la toxicité. Il est recommandé de réaliser 2 à 3 séances par semaine pour le traitement de la crise et une séance par semaine ou tous les quinze jours pour un traitement de fond au départ puis à espacer par la suite, quelques séances par an pouvant suffire (4).

L'évaluation de cette technique « non conventionnelle » est difficile car peu de données sont disponibles en France, son action reste controversée et l'Enquête nationale de Santé belge (59) montrent que « la plupart des états pathologiques pour lesquels les acupuncteurs sont fréquemment consultés sont des problèmes chroniques pour lesquels la médecine conventionnelle n'a à offrir que des solutions qui soulagent les symptômes. Or ces dernières ne possèdent généralement qu'une efficacité limitée ou sont assorties de certains inconvénients, effets indésirables ou risques. De surcroît, un grand nombre de ces états pathologiques sont également associés à une composante psychosomatique plus ou moins accentuée. » (58)

Attention cependant même si les effets indésirables graves sont limités dans le cadre d'un contexte occidental contrôlé, il existe des contre-indications à prendre en compte (58) : femmes enceintes, patients sous anticoagulants ou avec des troubles de la coagulations...

L'acupuncture offre un complément intéressant dans la prise en charge plus globale d'une maladie et du psoriasis en particulier surtout si les traitements traditionnels n'ont pas apporté un soulagement suffisant au patient.

IV.3. Psychothérapie

Le psoriasis est une maladie multifactorielle pouvant avoir un impact important sur la qualité de vie des patients, d'où l'importance d'une prise en charge globale du patient. Certes les traitements médicamenteux sont souvent indispensables mais menés seuls ils peuvent être insuffisants. Selon un sondage réalisé par l'Ipsos Santé en octobre 2011, 83% des personnes touchées cachent leurs lésions. Dans tous les cas le psoriasis cutané aura un impact psychologique. Misery, chef du service de dermatologie du CHU de Brest et président du groupe de psychodermatologie de la Société française de dermatologie va plus loin et indique que « différentes études réalisées de 1995 à 2005 montrent une prévalence de la dépression de 10 à 58% chez les patients atteints de psoriasis. » (63)

Associée aux traitements médicamenteux classiques, une prise en charge psychologique améliore de façon significative les lésions de psoriasis (61) (62). Un programme de 6 semaines de thérapie cognitivo-comportementale associé à un traitement médicamenteux classique a montré une efficacité supérieure comparée à une prise en charge uniquement médicamenteuse (4). De plus, les effets bénéfiques ont perduré six mois après la fin du programme.

Un programme psychologique associé au traitement médicamenteux semble donc bénéfique et intéressant dans la prise en charge des patients psoriasiques.

IV.4. Hypnose

L'hypnose a une multiplicité de définitions, autant que d'auteurs et de nombreuses représentations.

IV.4.1. Historique

L'histoire de l'hypnose est riche et ancienne, sa pratique a évolué de façon importante. Différents concepts avec différents auteurs (Paracelse, Mesmer, Puysegur, Abbe de Faria, Deleuze, Braid, Nancy de Bernheim et Liebault, Charcot, Freud, Janet, Milton H. Erickson, Léon Chertok, Jean Godin, François Roustang, Jean-Marc Benhaiem) se sont succédés au cours de l'histoire, et l'hypnose

« d'aujourd'hui » n'a plus rien à voir avec les techniques initiales d'hypnose mais tous ces soignants ont utilisé l'hypnose comme art de guérir et ont participé à l'évolution des théories sur l'hypnose jusqu'à l'officialisation de l'hypnose comme thérapeutique médicale.

IV.4.2. Définition – Validation scientifique

Même si aucune définition n'a fait l'unanimité à ce jour, il est prouvé que l'hypnose est un état neurologique bien distinct de la veille ou du sommeil : c'est un état de veille paradoxal (4). L'hypnose peut se résumer comme un état modifié de la conscience (64). Tout d'abord l'électro-encéphalographie a démontré que l'état d'hypnose était similaire à un état de pré-sommeil. Puis la tomographie par émission de positons a permis de mettre en évidence une importante augmentation du débit sanguin dans le cortex occipital, pariétal, précentral, préfrontaire et cingulaire. Une diminution du débit sanguin dans le cortex somato-sensoriel primaire est également observée. Certains auteurs parlent d'état d'éveil cérébral spécifique.

Il existe plusieurs formes d'hypnose (classique et semi-traditionnelle, Ericksonienne, la nouvelle hypnose, l'hypnose humaniste, hypnopraxie), dans les soins les plus utilisées sont l'hypnose Ericksonienne et la nouvelle hypnose.

L'hypnose éricksonienne reste la plus pratiquée en psychothérapie et en médecine. Elle tient son nom de son fondateur Milton Erickson (1901-1980), on parle également d'autohypnose car la personne hypnotisée participe pour obtenir son état de conscience modifié. Grâce à plusieurs techniques de communication, le thérapeute permet au patient de relier son conscient avec son inconscient, le thérapeute lui suggère alors des solutions de façon indirecte (métaphore...) et une fois le patient éveillé il choisira lui même une solution.

L'hypnose est reconnue par un diplôme universitaire accessible uniquement aux professionnels de santé disposant d'un diplôme d'état en psychologie, psychothérapie, médecine générale ou spécialistes, chirurgie-dentaire, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapie et puériculture (64).

Cette méthode est contre indiquée chez les sujets souffrant de troubles psychotiques graves (schizophrénie, maniaco-dépression, paranoïa...).

IV.4.3. Résultats

En 2015, suite à l'analyse de toutes les études médicales disponibles sur l'hypnose l'INSERM a évalué l'efficacité de l'hypnose et son intérêt thérapeutique s'est confirmé pour plusieurs pathologies : dans la gestion de l'anxiété et du stress ainsi que dans les syndromes de stress post-traumatique chez l'adulte, dans les pathologies avec une influence psychosomatique comme le psoriasis, l'eczéma ou l'asthme, dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable, et pour diminuer la quantité de sédatifs et d'antidouleurs lors d'opérations ou d'examens médicaux (64). De plus, une étude pilote (63) menée en simple aveugle sur 3 mois évaluant l'efficacité de l'hypnose sur des patients atteints de psoriasis en plaque, chronique mais stable a montré une amélioration significative du psoriasis chez les sujets fortement hypnotisables. A l'inverse sur les sujets moins sensibles à l'hypnose, elle n'a eu aucun impact.

L'hypnose est donc une méthode complémentaire intéressante dans la prise en charge globale du psoriasis, cette méthode peut compléter d'autres approches médicales, paramédicales ou psychologiques.

V. Prise en charge du psoriasis à l'officine

Le pharmacien est un professionnel de santé auquel les patients se confient sur leurs soucis du quotidien. Dans la prise en charge du psoriasis le pharmacien joue un rôle : il doit informer, expliquer au patient sa pathologie, les risques, les traitements, répondre à ses questions, il doit conseiller le patient pour éviter d'aggraver sa pathologie et bien sûr réorienter le patient vers son médecin, un spécialiste, des associations (66). Il ne faut pas imposer sa prise en charge au patient, mais il est important de l'écouter, d'essayer de mesurer l'impact du psoriasis sur sa qualité de vie et être vigilants aux signes pour aider si possible à repérer les atteintes articulaires chez les patients psoriasiques (67).

V.1. Informer et Expliquer

Le psoriasis est associé à de nombreuses idées reçues dont il est important de discuter avec le patient :

- Le psoriasis n'est pas une maladie contagieuse, il ne se transmet pas par la salive, virus ou bactérie (67).

- Le psoriasis n'est pas une maladie psychosomatique : c'est une maladie auto-immune, inflammatoire, des facteurs extérieurs (agressions) peuvent provoquer une crise mais ne provoquent pas la maladie, les sujets sont prédisposés au psoriasis, ce seront des événements déclencheurs (stress, traumatisme cutané, émotions, infections ORL à streptocoques, facteurs endocriniens, certains médicaments : lithium, β -bloquants, antipaludéens de synthèse, IEC...)

- Dans 80% des cas, les traitements fonctionnent, cependant c'est une maladie chronique dont on ne guérit pas, mais l'objectif des traitements est de diminuer les crises, d'atténuer les symptômes pour qu'ils deviennent acceptables par le patient, voir même de les faire disparaître. Dans le choix thérapeutique, l'impact du psoriasis sur la qualité de vie du patient sera pris en compte.

- Le soleil peut être bénéfique mais attention les coups de soleil, peuvent, eux, déclencher une crise, et le soleil pourra être un facteur aggravant en cas de prise de médicaments photo-sensibilisants.

- Le psoriasis n'est pas seulement cutané. Il existe des formes graves avec des formes érythrodermiques, pustuleux généralisé, des formes articulaires qu'il est important de traiter car une atteinte articulaire provoque une destruction de cette articulation, et là, c'est irréversible, donc la mise en place précoce d'un traitement dans ces cas là est primordiale. En moyenne, le retard de diagnostic du rhumatisme psoriasique est de 7 à 12 ans après les premiers signes. En l'absence de traitement, le risque de lésions irréversibles existe dès deux ans d'évolution avec des conséquences graves sur la vie du patient : diminution des capacités fonctionnelles, altération de la qualité de vie. 30% des patients psoriasiques seront touchés par le rhumatisme psoriasique entre 30 et 55 ans.

Le pharmacien, si le patient est demandeur, doit l'informer sur le psoriasis : c'est une maladie fréquente qui touche 2 à 4% de la population, c'est une maladie inflammatoire chronique évoluant par poussée, avec une prédisposition génétique associée à un mécanisme auto-immun, elle est déclenchée par des facteurs environnementaux, et elle peut être associée à un prurit (67).

V.2. Rôle du pharmacien

Le pharmacien a un rôle important de conseil (67) :

- Eviter de gratter les lésions, d'arracher les squames au risque de réactiver le processus et donc de retarder la disparition des plaques.
- Préférer les vêtements larges qui n'exercent pas de pression ni de frottement sur la peau.
- Hydrater sa peau : une peau psoriasique est une peau sèche et l'hydratation permet de lutter contre le prurit. Le pharmacien peut alors proposer des compléments aux traitements classiques : huiles végétales, huiles essentielles, phytothérapie...
- Préférer les bains aux douches, toujours tièdes et pas chaud pour ne pas agresser la peau.
- Se laver avec des pains dermatologiques, des nettoyants doux sans savon, des huiles lavantes. Eviter les savons parfumés qui peuvent agresser la peau.
- Sécher en tamponnant (sans frotter).
- Faire régulièrement de l'exercice.
- Arrêt tabagique : le tabac est considéré comme un facteur aggravant/déclenchant du psoriasis.
- Repérer les atteintes articulaires chez les patients psoriasiques : articulation(s) ou doigt/orteil gonflé(e)(s) ? Arthrite ? Présence de trous ou de cavités sur les ongles ? Douleur dans les talons ?

V.3. Réorienter

Il ne faut pas se substituer au médecin, au dermatologue ou au rhumatologue et ne pas hésiter à ré-orienter les patients mais le pharmacien peut accompagner le patient, l'accompagner dans ses traitements, trouver des traitements complémentaires toujours dans l'objectif d'améliorer sa qualité de vie.

Il peut également orienter le patient vers des associations de patients : France Psoriasis, Association Pour la Lutte Contre le Psoriasis...

V.4. Cas de comptoir

Au cours de mon exercice j'ai rencontré différents patients avec leur « traitement » contre le psoriasis cutané :

- Psoriasis plantaire, une patiente utilisait du Fletagex® dilué dans de la glycérine. Fletagex® est une pommade à base d'huile de foie de morue et de vitamine A à visée protectrice et cicatrisante.

- Psoriasis en goutte, une patiente utilisait la crème au calendula de chez Boiron, très hydratante sur 24 heures mais attention à l'aspect très gras qu'il laisse sur la peau. Le calendula est connu pour ses propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes.

- Psoriasis en goutte en récurrence pour le traitement de la crise

Tout d'abord la patiente détoxifie son foie pour que tous les traitements postérieurs soient plus efficaces. Plusieurs possibilités pour l'élimination des déchets mais elle choisit Hépatovance® (Innovance) à base de plantes aux différentes indications : radis, boldo (riche en cinéole et acariéole), pour aider à la digestion grâce à ses propriétés cholagogue et cholérétique, Desmodium pour régénérer les cellules du foie, thym, fumeterre, qui régule le foie par son action amphocholérétique (formation et élimination de la bile), Curcuma, puissant anti-inflammatoire à la posologie de 20 ml dilué dans 250 mL d'eau le matin de préférence à distance des repas. Comme la patiente n'a pas une alimentation équilibrée pour le moment, sous contraception hormonale... elle y associe Hepactiv® (Innovance) pour accumuler les déchets à base de plantes : artichaut, radis noir qui favorise le drainage du foie et de la vésicule biliaire et l'élimination des déchets, chardon-marie pour le drainage hépatique mais aussi pour son action hépatoprotectrice, génératrice de cellules et restauration de leur capacité métabolique, brocoli mais aussi méthionine, cystine, zinc, vitamine B3 et B6... à la posologie de 2 comprimés au dîner.

(Attention ces mélanges ne doivent pas être utilisés en cas d'obstruction des voies biliaires). Cette première phase peut aggraver les symptômes de départ donc intensifier la crise de psoriasis, elle dure 15 jours, mais au bout de 10 jours elle peut commencer à cicatriser son estomac avec Glutavance® (Innovance). Il contient de la L-glutamine, du zinc et de la vitamine D à la posologie de 2 cuillères mesures par jour (matin et soir) pendant 30 jours, ensuite il faut faire des cures de 10 jours par mois.

Une fois cette phase commencée, au bout d'une dizaine de jours, il est possible de commencer les probiotiques qui vont renforcer le système immunitaire et les autres traitements spécifique au psoriasis : L-NutraSkin® (NHCO) pour la nutrition et l'hydratation des peaux sèches et une action également sur les muqueuses (68). Il contient du Liposerum MB2® un actif breveté de la graine de blé et céramides naturels qui a démontré son efficacité sur l'amélioration de l'aspect et du confort de la peau ; une combinaison de 3 huiles végétales (huile de carthame, d'onagre et de bourrache) riches en oméga 6 et 9, et un mélange d'acides aminés spécifiques naturellement présents dans l'épiderme (L-Sérine, Glycine, L-Proline, L-Citrulline) associés à du β -carotène et de la vitamine D. La posologie est de 2 capsules le soir de préférence à jeun pendant deux semaines suivi d'une capsule pendant 4 à 6 semaines avec la possibilité de refaire la cure plusieurs fois.

- Psoriasis en goutte :

En complément des dermocorticoïdes (NERISONE®), une patiente utilisait un baume à base d'urée : ISO UREA® Psoriasis Baume.

- Psoriasis en plaque :

En complément de dermocorticoïdes et dérivé de la vitamine D (DAIVOBET®), un patient utilisait un lait hydratant PSORIANE® de chez Noreva.

Au comptoir, chaque cas de psoriasis est différent, certains patients en parleront librement alors que d'autres seront plus réservés. Les questions sont essentielles pour adapter au mieux nos conseils, pour améliorer l'observance des patients et leur expliquer l'utilité de leur traitement. Certains patients seront à la recherche d'un confort cutané (peau sèche, démangeaisons, tiraillements) alors que d'autres exprimeront une véritable souffrance morale pour ce qui concerne leur atteinte cutanée. Il faut rassurer les patients, leur dire qu'il existe des solutions, les orienter vers un dermatologue et en attendant essayer de soulager leurs symptômes. Notre rôle de pharmacien d'officine est ici indispensable.

CONCLUSION

Le psoriasis est une dermatose fréquente mais mal connue, pouvant avoir des aspects cliniques très différents avec des formes légères, modérées ou sévères. C'est une pathologie multifactorielle, pouvant avoir un impact très important sur la qualité de vie des patients. Il n'existe aucun traitement curatif ce qui rend parfois l'observance difficile et sa prise en charge doit être pluridisciplinaire pour répondre au mieux aux attentes et aux besoins des patients.

Les traitements allopathiques classiques sont nombreux mais parfois insuffisants d'où l'importance de pouvoir proposer aux patients des méthodes alternatives qui ont montré leur efficacité dans la prise en charge du psoriasis. L'homéopathie, l'aromathérapie, la phytothérapie mais aussi la mésothérapie, l'acupuncture, la psychothérapie sont des méthodes complémentaires efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux patients et qu'elles répondent à ses attentes. Le pharmacien d'officine joue un rôle clé dans l'accompagnement de ces patients, pour son écoute, ses conseils pour améliorer l'observance des traitements allopathiques ou pour répondre aux demandes et aux besoins des patients. Toutes ces méthodes, classiques ou alternatives, peuvent se combiner pour améliorer la prise en charge globale des patients psoriasiques.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) GUIHOU JJ. : Psoriasis : diagnostic et étiopathologie. Encyclopédie Médico-chirurgicale, *Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS*, Paris, 2002, Dermatologie, 17 pages.
- (2) <http://www.ameli-sante.fr/psoriasis/comprendre-le-psoriasis.html>;
<http://www.ameli-sante.fr/psoriasis/les-symptomes-et-le-diagnostic-du-psoriasis.html>,
Société française de Dermatologie – Psoriasis, consulté en mars 2017
- (3) BODINEAU M. : Place des anti-TNF α dans la prise en charge actuelle du psoriasis. Analyse de l'intérêt de leur utilisation au CHU de Nantes de 2005 à 2010. – 157 pages ; Th. D : Pharmacie : Nantes : 2011
- (4) PARSY A. : Le Psoriasis : Les nouveautés physiopathologiques et les différentes stratégies thérapeutiques – 113 pages ; Th. D. : Pharmacie : Lorraine : 2015.
- (5) DEMIOT M. : Le psoriasis : physiopathologie, traitements et bénéfices des soins thermaux à la Roche Posay. – 111 pages - Th. D : Pharmacie : Poitiers : 2014.
- (6) <http://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology.aspx>, SMITH Y.,
News medical life sciences, consulté en mai 2017.
- (7) <http://www.evidal.fr/showReco.html?recolds=1625>, CAULIN C., BAUMELOU A,
VIDAL RECOS : Psoriasis en plaque de l'adulte, consulté en avril 2017.
- (8) BENS G. : Psoriasis : une maladie systémique, *Press Med*, 2012, p.339-348.
- (9) <http://www.therapeutique-dermatologique.org>, DUBERTRET L. : Psoriasis –
Thérapeutique Dermatologique, consulté le 19 avril 2017.
- (10) <https://francepsoriasis.org/mon-psoriasis/>, DUBERTRET L., Mon Psoriasis,
consulté en avril 2017
- (11) LEE S., MENDELSON A., SARNES E. : The burden of psoriasis arthritis. A literature review from a global Health System Perspectives, *P.T.* , 2010, 35(12), 680-689.

- (12) BESSIS D. : Psoriasis sévère, au-delà de la peau, quel est le risque à ne pas traiter ? *Ann. Dermatol.*, 2008, 135, Sup 5, S285-S289.
- (13) MEASE P., ARMSTRONG A.W. : Managing patients with psoriasis disease: the diagnostic and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis, *Drugs*, 2014, 74(4), 423-441.
- (14) ZEHUI H., CHUANJIAN L., AIHUA O., et al : Reliability and validity of the Chinese version of the Psoriasis Disability Index (PDI) in Chinese patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2012, 10 (37), doi: [10.1186/1477-7525-10-37](https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-37) .
- (15) <http://www.sfdermato.org/recommandations-scores-et-echelles/scores-et-echelles.html>, Société Française de Dermatologie, consulté en juin 2017.
- (16) DAUDEN E., HERRERA E., PUIG L. et al. : Validation of a new tool to assess health-related quality of life in psoriasis : the PSO-LIFE questionnaire. *Health and Quality of lifes Outcomes*, 2012, 10(56), doi [10.1186/1477-7525-10-56](https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-56) .
- (17) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/qualite_de_vie_idm_proms_vf.pdf, Haute Autorité de Santé : rapport janvier 2013 – programmes pilotes – impact clinique : Qualité de vie & Infarctus du myocarde, consulté en juin 2017.
- (18) MROWIETZ U., KRAGBALLE K., REICH K., et al. : Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis : a European Consensus, *Arch. Dermatol. Res.*, 2011, 303(1), 1-10.
- (19) VITAL DURAND D., LE JEUNNE C. ; DOROSZ Guide pratique des médicaments, 35^{ème} édition, 2015, *collection MALOINE*.
- (20) https://evidal.vidal.fr/medicament/dexeryl_creme-5021-indications.html, consulté en juillet 2017
- (21) https://evidal.vidal.fr/medicament/diprosalic_lotion-5388-indications.html; https://evidal.vidal.fr/medicament/diprosalic_pom-5389-indications.html, consultés en juillet 2017
- (22) <https://evidal.vidal.fr/recherche.html?q=dermocorticoïdes>, consulté en juillet 2017

- (23) https://evidal.vidal.fr/medicament/daivonex_50_g_g_pom-4755-indications.html; https://evidal.vidal.fr/medicament/silkis_3_g_g_pom-19557-indications.html; https://evidal.vidal.fr/medicament/daivobet_50_g_0_5_mg_g_gel-90776-indications.html , consultés en juillet 2017
- (24) https://evidal.vidal.fr/substance/details/1688/goudron_de_houille.html, consulté en juillet 2017
- (25) https://evidal.vidal.fr/medicament/zorac_0_05_gel-18170.html https://evidal.vidal.fr/medicament/zorac_0_1_gel-18171.html , consultés en juillet 2017
- (26) <https://francepsoriasis.org/mon-psoriasis/les-traitements-du-psoriasis/la-phototherapie-comme-traitement-du-psoriasis/>, consulté en juillet 2017.
- (27) http://dermato-info.fr/article/Les_traitements_par_la_lumiere, consulté en août 2017.
- (28) https://evidal.vidal.fr/medicament/soriatane_10_mg_gel-15325.html https://evidal.vidal.fr/medicament/soriatane_25_mg_gel-15326.html, consultés en juillet 2017
- (29) https://evidal.vidal.fr/medicament/neoral_10_mg_caps_molle-11602.html ; https://evidal.vidal.fr/medicament/metoject_10_mg_0_2_ml_sol_inj_en_seringue_pre_remplie-126932.html ; https://evidal.vidal.fr/medicament/imeth_10_mg_cp_sec-90763.html, consultés en juillet 2017
- (30) JANSSEN PHARMACEUTICAL COMPANIES OF JOHNSON-JOHNSON ; Guide d'information à destination des professionnels de santé – Ce document s'inscrit dans le cadre du plan de gestion des risques du Stelara®, octobre 2016.
- (31) <http://www.stelarahcp.com/print/plaque-psoriasis/mechanism-of-action>, JANSSEN BIOTECH: Mechanisme of Action PSO, UNIQUE MECHANISM OF ACTION STELARA® is the only biologic that selectively targets IL-12 and IL-23, 2017, consulté en juillet 2017.
- (32) https://evidal.vidal.fr/medicament/humira_40_mg_sol_inj_en_stylo_prerempli-169160.html, consulté en juillet 2017 https://evidal.vidal.fr/medicament/remicade_100_mg_pdre_p_sol_diluer_p_perf-14286.html, consulté en juillet 2017 https://evidal.vidal.fr/medicament/enbrel_10_mg_pdre_solv_p_sol_inj_pour_usage_p_ediatrique-108656.html, consulté en juillet 2017

- (33) ZACHARIAE R., OSTER H., BJERRING P. : Effects of psychologic intervention on psoriasis : a preliminary report, *J. AM. Acad. Dermatol.*, 1996, 34(6), 1008-1015.
- (34) Masson JL. : L'homéopathie de A à Z – édition Marabout, 2003, 320 pages.
- (35) QUEMOUN AC. : Ma Bible de l'homéopathie – LEDUC.S Editions, 2013, 544 pages.
- (36) <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>, Ministère des Solidarités et de la Santé : les médicaments homéopathiques, juin 2016, consulté en septembre 2017.
- (37) BINET C. : L'homéopathie pratique, *Edition Dangles*, Neuvième édition, 1972, 360 pages.
- (38) PINTO R. : Conseil en homéopathie, *Les éditions Le Moniteur des pharmaciens*, 3^{ème} édition, 2014, 270 pages.
- (39) GOEB P., PERSONI D. : Huiles essentielles Guide d'utilisation, *Edition Ravinstsara*, 5^{ème} édition, 2016, *Collection le médicament végétal*.
- (40) COUIC MARINIER F. : Conférence d'aromathérapie Automne-Hiver 2015-2016, Niveau 2, Le comptoir Aroma.
- (41) JOCTEUR G. : Tableau Form'Utip Formation continue, 2016.
- (42) COUIC MARINIER F. : Conférence d'aromathérapie Automne-Hiver 2017, Niveau graine, Le comptoir Aroma.
- (43) ROUX-SITRUK D. : Conseil en aromathérapie, *Les éditions Le moniteur des pharmaciens*, 2^{ème} édition, 2008, *collection Pro-Officina*, 187 pages.
- (44) CHEVALLIER L., CROUZET-SEGARRA C. : Médicaments à base de plantes, *Edition Elsevier-Masson*, 2^{ème} édition, 2004, *Collection Abrégés*.
- (45) OLLIER C. : Le conseil en phytothérapie, *Edition le moniteur des pharmaciens*, 2^{ème} édition, 2011, *Collection Pro-officina*. 178 pages.
- (46) Précis de phytothérapie : le meilleur de la nature au service de votre santé – éditions Alpen, 2^{ème} semestre 2010, 96 pages.

- (47) BALBAS GM, REGAÑA MS, MILLET PU. : Study on the use of omega-3 fatty acids as a therapeutic supplement in treatment of psoriasis, *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.*, 2011, 4, 73-77.
- (48) DELL'AGLI M. , DI LORENZO C. , BADEA M., et al : Plant Food Supplements with Anti-Inflammatory Properties: A Systematic Review (I), *Critical Rev. Food Sciences Nutr.*, 2013, 403-413, doi: 10.1080/10408398.2012.682123
- (49) KOUKA P., PRIFTIS A., STAGOS D et al. : Assessment of the antioxidant activity of an olive oil total polyphenolic fraction and hydroxytyrosol from a Greek *Olea europea* variety in endothelial cells and myoblasts, *Int. J. Mol. Med.*, 2017, 40(3), 703-712.
- (50) BADER A., MARTINI F. SCHINELLA G.R., et al. : Modulation of Cox-1, 5-, 12- and 15-Lox by popular herbal remedies used in southern italy against psoriasis and other skin diseases, *Phytother. Res.*, 2015, 29(1), 108-113.
- (51) KAUR A., KUMAR S. : Plants and plant products with potential antipsoriatic activity, *Pharm. Biol*, 2012, 50(12), 1573-1591.
- (52) VOGLER BK., ERNST E. : Aloe vera : a systematic review of its clinical effectiveness. *Br. J. Gen. Pract.*, 1999, 49(447), 823-828.
- (53) DURANTET B. : De l'intérêt de la Mésothérapie en Médecine Générale, Mémoire de stage chez le Praticien, Troisième Cycle des Etudes Médicales, 2007-2008, 32 pages.
- (54) <http://www.sfmesotheapie.com/accueil.asp>, LAURENS D. : Société Française de Mésothérapie, consulté en octobre 2017.
- (55) HAASER-GALLON C., Intégration de l'Acupuncture en Médecine Occidentale : Exemple de l'Aide Médicale à la Procréation ; Th. D : Médecine humaine et pathologie : Grenoble, 2010, 133 pages.
- (56) KIM SK., BAE H. : Acupuncture and immune modulation, *Auton. Neurosci.*, 2010, 157(1-2), 38-41.
- (57) XIN YA L. : Traitement du psoriasis par acupuncture. *Médecine Chinoise et Médecines Orientales*. 1995, 12, 15-18.

- (58) https://www.inserm.fr/.../Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteSecuriteAcupuncture, BARRY C., SEEGERS V., GUEGUEN J. et al. : Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, 2014, consulté en octobre 2017.
- (59) DESOMER A., GOOSSENS M. : Etat des lieux de l'acupuncture en Belgique, KCE reports 153B, 2011, 110 pages.
- (60) MAGGI E. : The TH1/TH2 paradigm in allergy, *Immunotechnology*, 1998, 3(4), 233-244.
- (61) ZACHARIAE R., OSTER H., BJERRING P. et al. : Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1996, 34(6), 1008-1015.
- (62) FORTUNE D.G., RICHARDS H.L., KIRBY B. et al. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy, *Br. J. Dermatol.*, 2002, 146(3), 458-465.
- (63) GUPTA MA, GUPTA AK, WATTEEL GN. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders, 1998, 61(6), 339-42.
- (64) TAUSK F., WHITMORE SE. : A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis, *Psychoter. Psychosom.*, 1999, 68(4), 221-225.
- (65) GUEGUEN J., BARRY C., HASSLER C. et al : Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, Inserm, 2015, 213 pages.
- (66) http://www.lemonde.fr/vous/article/2012/11/27/le-psoriasis-un-combat-de-tous-les-jours_1786397_3238.html, SANTI P., Le psoriasis, un combat de tous les jours, *article Le Monde*, consulté en novembre 2017.
- (67) Flyer ABBVIE, Horizon Dermatologie : Le psoriasis, Une maladie systémique, Accompagnement des patients, avril 2017.
- (68) Flyer Aminoscence® Innovation- Les compléments alimentaires par le spécialiste des acides aminés- NHCO, 43 pages.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de calcul de score PASI



Psoriasis

Formulaire de calcul de score PASI

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles			
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs
Erythème	0 = aucun				
Induration	1 = léger				
Desquamation	2 = modéré				
	3 = sévère				
	4 = très sévère				
Sous-totaux		A1 =	A2 =	A3 =	A4 =
<i>Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle</i>					
		A1 x 0.1 = B1	A2 x 0.2 = B2	A3 x 0.3 = B3	A4 x 0.4 = B4
		B1 =	B2 =	B3 =	B4 =
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle (score pour chaque région de 0 à 6)	0 = aucun 1 = 1 à 9% 2 = 10 à 29% 3 = 30 à 49% 4 = 50 à 69% 5 = 70 à 89% 6 = 90 à 100%				
<i>Multiplier chaque sous-total B1, B2, B3 ou B4 par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle</i>					
		B1 x score = C1	B2 x score = C2	B3 x score = C3	B4 x score = C4
		C1 =	C2 =	C3 =	C4 =
Le score PASI du patient est la somme de C1 + C2 + C3 + C4				PASI =	

PASI : Psoriasis Area and Severity Index – 0 à 72

Annexe 2 : Formulaire de calcul du DLQI



DLQI

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour **faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres ou vos loisirs** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement empêché de travailler ou étudier** ?
 3 Oui 0 Non 0 Non concerné(e)
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e), vos amis** ou votre **famille** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre **vie sexuelle** difficile ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

Score final DLQI : (0-30)

Annexe 3 : Questionnaire de calcul de la qualité de vie chez l'enfant de 5 à 13 ans

QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE - DERMATOLOGIE DE L'ENFANT* (de 5 à 16 ans)

Hôpital N° _____ SCORE
 Nom : _____ Diagnostic : _____ CDLQI :
 Âge : _____
 Adresse : _____ Date : _____

Ces questions ont pour but de mesurer à quel point tu as été gêné(e) par tes problèmes de peau AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE. Pour chaque question, réponds en mettant une croix ☒ dans une seule case.

- | | | | |
|-----|---|--|--------------------------|
| 1. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que ta peau t'a démangé , « gratté », ou t'a fait mal ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as été gêné(e) ou mal à l'aise , malheureux(-se) ou triste à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont changé tes relations avec tes copains/copines ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as dû te changer ou porter des chaussures ou des vêtements différents ou spéciaux à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont gêné pour sortir , jouer , ou faire les choses qui t'intéressent ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as évité d'aller nager ou de faire du sport à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <u>Au cours de la semaine dernière,</u> Si tu avais école : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont eu des conséquences sur ton travail à l'école ?  | À cause de mes problèmes de peau, je n'ai pas pu aller à l'école | <input type="checkbox"/> |
| | | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| | OU | | |
| | étais-tu en vacances ?  | Si tu étais en vacances : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont empêché de passer de bonnes vacances ? | |
| | | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Au cours de la semaine dernière, est-ce qu'à cause de tes problèmes de peau tu as été embêté(e) par les autres : ils te donnaient de drôles de noms , te taquinaient , cherchaient la bagarre , te posaient des questions , ou t'évitaient ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as mal dormi à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que le traitement pour ta peau t'a posé des problèmes ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |

Vérifie que tu as bien répondu à **TOUTES** les questions. **MERCI.**

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mai 1993. Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.

* Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) - Initial validation and practical use. Br. J. Derm 1995; 132: 942-9.

Annexe 4 : Questionnaire de calcul de la qualité de vie chez l'enfant

PROBLEMES DE PEAU

Ces questions ont pour but de mesurer à quel point tu as été gêné(e) par tes problèmes de peau
AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE.

Pour chaque question, réponds en mettant une croix ☒ dans une seule case.

Enormément

Beaucoup

Juste un peu

Pas du tout



Au cours de la semaine dernière, est-ce que ta peau t'a **démangé**, "gratté", ou t'a fait mal ?



Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as été **gêné** ou **mal à l'aise**, **malheureux** ou **triste** à cause de tes problèmes de peau ?

Enormément

Beaucoup

Juste un peu

Pas du tout

Enormément

Beaucoup

Juste un peu

Pas du tout



Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont changé tes **relations avec tes copains** ?



Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as dû te changer ou porter **des chaussures** ou **des vêtements différents** ou **spéciaux** à cause de tes problèmes de peau ?

Enormément

Beaucoup

Juste un peu

Pas du tout

Enormément

Beaucoup

Juste un peu

Pas du tout



Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont gêné pour **sortir**, **jouer**, ou **faire les choses qui t'intéressent** ?



Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as évité d'**aller nager** ou de **faire du sport** à cause de tes problèmes de peau ?

Enormément

Beaucoup

Juste un peu

Pas du tout



Si tu avais école : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont eu des conséquences sur ton travail à l'école ?

- Enormément
- Beaucoup
- Juste un peu
- Pas du tout

- Enormément
- Beaucoup
- Juste un peu
- Pas du tout



Si tu étais en vacances : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont empêché de passer de bonnes vacances ?

- Enormément
- Beaucoup
- Juste un peu
- Pas du tout



Au cours de la semaine dernière, est-ce qu'à cause de tes problèmes de peau tu as été embêté(e) par les autres : ils te donnaient de drôles de noms, te taquinaient, cherchaient la bagarre, te posaient des questions, ou t'évitaient ?



Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as mal dormi à cause de tes problèmes de peau ?

Vérifie que tu as bien répondu à TOUTES les questions. MERCI.

CDLQI. © M S Lewis-Jones, A Y Finlay June 1993.
Illustrations ©Media Resources Centre, UWCM December 1996
Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.



Au cours de la semaine dernière, est-ce que le traitement pour ta peau t'a posé des problèmes ?

- Enormément
- Beaucoup
- Juste un peu
- Pas du tout

Annexe 5 : Formulaire Skindex



Skindex

Ce questionnaire porte sur le problème de peau qui vous a le plus gêné au cours des 7 derniers jours.

Cochez la réponse qui est la plus proche de ce que vous avez ressenti comme cela est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Avec quelle fréquence, au cours des 7 derniers jours, les phrases suivantes s'appliquent-elles à votre cas ?	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
1. Ma peau me fait mal	0	1	2	3	4
2. Mon problème de peau perturbe mon sommeil	0	1	2	3	4
3. Je crains que mon problème de peau soit grave	0	1	2	3	4
4. J'ai du mal à travailler ou à avoir des activités à cause de mon problème de peau	0	1	2	3	4
5. Mon problème de peau influence ma vie sociale	0	1	2	3	4
6. Mon problème de peau me déprime	0	1	2	3	4
7. Mon problème de peau me cause des sensations de brûlures ou de picotements	0	1	2	3	4
8. J'ai tendance à rester chez moi à cause de mon problème de peau	0	1	2	3	4
9. J'ai peur d'avoir des cicatrices à cause de mon problème de peau	0	1	2	3	4
10. Ma peau me démange	0	1	2	3	4
11. Mon problème de peau modifie mes contacts avec les gens que j'aime	0	1	2	3	4
12. J'ai honte de mon problème de peau	0	1	2	3	4
13. J'ai peur que mon problème de peau s'aggrave	0	1	2	3	4
14. J'ai tendance à faire les choses tout(e) seul(e) à cause de mon problème de peau	0	1	2	3	4
15. Mon problème de peau me met en colère	0	1	2	3	4

16. Le contact avec l'eau est gênant physiquement pour mon problème de peau (me doucher ou me laver les mains)	0	1	2	3	4
17. L'état de ma peau rend les démonstrations d'affection difficiles	0	1	2	3	4
18. Je suis inquiet(e) au sujet des effets secondaires des traitements/médicaments pour ma peau	0	1	2	3	4
19. Ma peau est irritée	0	1	2	3	4
20. Mon problème de peau perturbe mes relations avec les autres	0	1	2	3	4
21. Je suis gêné(e) par mon problème de peau	0	1	2	3	4
22. L'état de ma peau est un problème pour les gens que j'aime	0	1	2	3	4
23. Je me sens frustré(e) à cause de mon problème de peau	0	1	2	3	4
24. J'ai la peau sensible	0	1	2	3	4
25. Mon problème de peau modifie mon désir d'être avec les gens	0	1	2	3	4
26. je me sens humilié(e) par mon problème de peau	0	1	2	3	4
27. Mon problème de peau me cause des saignements	0	1	2	3	4
28. Je suis ennuyé(e) par mon problème de peau	0	1	2	3	4
29. Mon problème de peau perturbe ma vie sexuelle	0	1	2	3	4
30. Je suis fatigué(e) à cause de mon problème de peau	0	1	2	3	4

Entourez une seule réponse par ligne