

LE PSORIASIS DE L'ENFANT

K. SENOUCI-BELKHADIR, F. BENNOUNA-BIAZ, B. HASSAM, A. YAZIDI, M. AIT OUGHROUIL

Affection très fréquente et de diagnostic souvent évident chez l'adulte, le psoriasis n'est cependant pas rare chez l'enfant.

L'incidence réelle de cette dermatose érythémato-squameuse a été longtemps sous-estimée du fait de la méconnaissance des formes frustes habituelles à cette période de la vie. Les formes graves restent heureusement rares.

FREQUENCE

Actuellement, la plupart des auteurs s'accordent sur les points suivants :

- Le psoriasis apparait dans 15 % des cas avant 10 ans, dans 35 % des cas avant 20 ans (7) et peut même se rencontrer chez le nourrisson. La prédominance féminine est nette avant 10 ans (4).
- La notion d'antécédents familiaux est plus fréquemment retrouvée : 36 % pour Nyfors, 64 % des cas pour Asboe Hansen (6).
- Les antigènes HLA CW6 et HLA DRW7 constituent à l'heure actuelle de véritables marqueurs psoriasiques.

ASPECTS CLINIQUES (1, 5)

Le diagnostic du psoriasis est essentiellement clinique aussi bien chez l'adulte que l'enfant. La biologie et l'histologie sont de peu de secours.

Tous les aspects du psoriasis de l'adulte peuvent se voir. Cependant certaines formes sont particulières chez l'enfant.

- **Le psoriasis aigu en gouttes**, éruptif est le mode de début le plus fréquent. Il survient le plus souvent après une infection rhino-pharyngée, parfois après une vaccination. Il évolue dans un contexte fébrile et le caractère squameux des éléments n'est pas toujours évident. Il est rarement régressif spontanément, cependant il peut récidiver ou alors laisser place à des lésions plus limitées prenant l'aspect nummulaire classique (en pièce de monnaie).
- **Le psoriasis spinulosique**, avec kératose folliculaire des coudes et des genoux pose des problèmes de diagnostic

différentiel avec le lichen, le pityriasis rubra pilaris.

- Les variantes topographiques

* *le psoriasis du visage*

Il est très fréquent chez l'enfant, en gouttes ou nummulaire entraînant un retentissement psychologique souvent important.

* *le psoriasis du cuir chevelu*

Il se voit dans 82 % des cas selon Nyfors (6). Il simule toujours la pseudo-teigne amiantacée (squames grasses courent les cheveux comme les tuiles d'un toit et sont soulevées avec eux quand les cheveux sont mobilisés). Cette forme peut rester longtemps isolée, inaugurale et donc être de diagnostic délicat. Une atteinte du conduit auditif externe est souvent associée.

* *le psoriasis palmo-plantaire*

Il est très souvent confondu avec une mycose, une ichtyose, un eczéma atopique ou une dermatite orthoergique. Les lésions sont souvent isolées, discrètes à type d'acropulpite sèche, sensible donnant à la palpation la sensation de balle de ping-pong.

La dermatose plantaire juvénile avec son atteinte érythémato-kératosique, fissuraire est un des aspects particuliers.

* *le psoriasis par phénomène de Köbner* sur cicatrice de vaccination ou sur griffure se voit assez souvent chez l'enfant.

* *le psoriasis de la muqueuse buccale* ; (surtout la chéilite sèche), le psoriasis unguéal est souvent confondu avec une mycose pourtant rare avant 10 ans.

* *le psoriasis des grands et des petits plis* est assez fréquent (2), confondu avec une dermatite microbienne ou l'atopie.

- **Le napkin psoriasis du nourrisson** : c'est le psoriasis de l'aire des langes qui apparait vers 3 mois dans les plis et sur les convexités, en culotte. Le diagnostic est délicat car la dermatite séborrhéique, les candidoses et les dermatites orthoergiques peuvent revêtir des aspects très proches. Ce n'est que l'évolution qui tranche et même l'histologie n'est d'aucun secours.

Clinique Dermatologique. CHU Ibn Sina - Rabat.

- Les formes graves du psoriasis (4, 5)

* *le psoriasis pustuleux* généralisé ou localisé est heureusement rare avant la puberté, il est 2 fois plus fréquent chez le garçon que la fille. Souvent précédé d'une dermite séborrhéique ou d'un napkin psoriasis, parfois inaugural il est volontiers déclenché par les infections, les traumatismes, les vaccinations, les facteurs médicamenteux.

Dans l'ensemble le pronostic est meilleur que chez l'adulte.

* l'érythrodermie psoriasique est rare, elle résulte de la généralisation d'un psoriasis vulgaire.

Chez le nourrisson, elle peut être confondue avec une érythrodermie ichtyosiforme non bulleuse.

* le psoriasis arthropathique est tout a fait exceptionnel.

ASPECTS THERAPEUTIQUES (1, 3, 5)

A cet âge plus encore que chez l'adulte, les avantages et les effets secondaires indésirables des traitements doivent être soigneusement évalués.

Le traitement doit être essentiellement local, et basé sur les petits moyens.

- les bains, l'héliothérapie, la balnéothérapie, la crénothérapie comme thérapeutique adjuvante et de détente.
- les kératolytiques : vaseline blanche ou faiblement salicylée à 1 % - 2 %. Il ne faut pas utiliser les préparations salicylées sur de grandes surfaces, pendant une longue période car il y a risque d'intoxication aux salicyliques.
- les réducteurs à type d'antiseptiques asséchants comme l'éosine aqueuse à 2 %, les goudrons de bois et de houille faiblement concentrés sont prescrits comme traitement d'appoint.
- les dermocorticoïdes de niveau III sur des petites surfaces en cures courtes et discontinues, à doses dégressives pour éviter les rebonds. Il faut les éviter au niveau des plis et ne pas les appliquer au niveau du visage.
- la vitamine D3 en topique peut être éventuellement utilisée parmi l'arsenal thérapeutique.
- la cyclosporine locale est contre-indiquée, de même que les antimétabolites locaux.

- les émoullients constituent des traitements adjuvants nécessaires.

Quant aux traitements par voie générale, ils sont réservés aux formes compliquées et doivent rester du domaine du spécialiste :

- * les rétinoïdes aromatiques sans dépasser 0,5 mg/kg : sont indiqués en cas de psoriasis pustuleux sévère généralisé ou dans les formes érythrodermiques rebelles tout en surveillant régulièrement les fonctions hépatiques, et les lipides de même que l'effet du produit sur la croissance osseuse.
- * les antimétabolites et la cyclosporine ne sont pas utilisés chez l'enfant.
- * la photothérapie aux ultra-violets A est en principe contre-indiquée avant 15 ans à cause de l'effet carcinogène à long terme.
- * la photothérapie aux UV.B peut être indiquée chez l'enfant en cures courtes.
- * dans les formes arthropathiques, il faut recourir aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux moyens physiques (kinésithérapie, plâtres de posture) et ne proposer la corticothérapie générale qu'en cas de menace du pronostic vital.

CONCLUSION

Le psoriasis de l'enfant n'est pas une rareté. Ses expressions cliniques particulières et ses formes frustrées expliquent qu'il reste longtemps ignoré et sa fréquence sous-estimée.

Le pronostic heureusement bénin dans l'immense majorité des cas justifie des thérapeutiques non agressives. Dans tous les cas, la qualité de la prise en charge médicale et un bon contact avec les parents sont importants pour la réussite du traitement.

Il ne faut pas méconnaître non plus l'effet de cette dermatose affichante sur le psychisme (période scolaire, phase pubertaire).

Enfin, il faut préférer les traitements à domicile plutôt que l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - C. BEYLOT
Aspects particuliers du psoriasis de l'enfant. Revue du praticien. 1991, 41, 22 : 2169-2473.
- 2 - E. BONIFAZI, L. GAROFALO, F. MAZZOTA
Infantile psoriasis : clinical features, nummular and inverse psoriasis.
Pediatric. Dermatol. News : 1988, 7 : 74-84.
- 3 - L. DUBERTRET
Le psoriasis : Stratégie thérapeutique. Revue du Praticien : 1991, 41, 22 : 2188-2191.
- 4 - J.J. GUILHOU
Psoriasis : Aspects cliniques et diagnostic différentiel.

- E.M.C. Dermatologie : 12310 A10 1992, 8p.
- 5 - J.J. GUILHOU, J. MEYNADIER
Le psoriasis. Précis de Dermatologie. Ed. Masson, 1986 : 139-150.
- 6 - A. NYFORS, K. LEMHOLT
Psoriasis in children : A short review and survey of 245 cases.
British J. Derm. : 1975, 92 : 437-442.
- 7 - J.E. RASMUSSEN
Psoriasis in children.
Dermatol. clin. 1986, 4 : 99-106.