Diagnostic et prise en charge du psoriasis

Whan B. Kim MD Dana Jerome MD MEd FRCPC Jensen Yeung MD FRCPC

Résumé

Objectif Présenter aux cliniciens en soins primaires un aperçu pratique et à jour du diagnostic et de la prise en charge du psoriasis.

Sources des données Une recension a été effectuée dans les bases de données de PubMed, MEDLINE, EMBASE et Cochrane pour trouver des méta-analyses, des études randomisées contrôlées, des revues systématiques et des études observationnelles pertinentes portant sur le diagnostic et la prise en charge du psoriasis.

Message principal Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique et multisystémique qui affecte principalement la peau et les articulations. En plus des dimensions physiques de la maladie, le psoriasis a des répercussions émotionnelles et psychosociales considérables sur les patients, et nuit au fonctionnement social et aux relations interpersonnelles. En tant que maladie inflammatoire systémique, le psoriasis est associé à de multiples comorbidités, dont les maladies cardiovasculaires et les cancers. Le diagnostic est principalement d'ordre clinique et une biopsie de la peau est rarement nécessaire. Selon la sévérité de la maladie, un traitement approprié peut être amorcé. Pour les cas de légers à modérés, le traitement de première intention comporte des thérapies topiques, dont les corticostéroïdes, les analogues de la vitamine D3 et des produits combinés. Ces traitements topiques sont efficaces et peuvent être initiés et prescrits en toute sécurité par des médecins de soins primaires. Les patients dont les symptômes sont plus graves et réfractaires pourraient devoir être envoyés en consultation auprès d'un dermatologue pour une évaluation plus approfondie et une thérapie systémique.

Conclusion De nombreux patients atteints de psoriasis consultent leur médecin de soins primaires pour une évaluation initiale et pour recevoir un traitement. La reconnaissance du psoriasis, de même que des comorbidités médicales et psychiatriques qui lui sont associées, faciliterait un diagnostic en temps opportun et une prise en charge appropriée au moyen de traitements topiques sûrs et efficaces, et par d'autres interventions médicales et psychologiques au besoin. Il pourrait être nécessaire de demander une consultation en dermatologie pour les cas plus graves et réfractaires aux fins d'une évaluation plus approfondie et, possiblement, d'une thérapie systémique.

Le psoriasis est une maladie chronique qui, selon les estimations, touche environ 1,7% de la population canadienne[1]. Il s'agit d'une maladie inflammatoire multisystémique qui affecte principalement la peau et les articulations. Son apparition se produit selon 2 tranches d'âges (de 16 à 22 et de 57 à 60 ans)[2] et il touche autant les femmes que les hommes[3]. Sa pathogenèse est multifactorielle et comporte une inflammation dérégulée et des associations génétiques[4]. En plus des dimensions physiques de la maladie, le psoriasis a des répercussions émotionnelles et psychosociales considérables sur les patients, qui peuvent se traduire par la stigmatisation, une pauvre estime de soi et un stress accru, et qui nuisent au fonctionnement social et aux relations interpersonnelles[1].

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique et multisystémique qui est sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée malgré sa prévalence et ses répercussions considérables sur la qualité de vie.
- En plus de ses atteintes dermatologiques et articulaires, le psoriasis est aussi associé à une multitude de comorbidités médicales importantes, dont l'arthrite psoriasique, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, la dépression et l'anxiété, qui exigent un traitement en temps opportun pour améliorer les résultats à long terme.
- La sévérité de la maladie peut servir à orienter sa prise en charge. Divers traitements topiques sont sécuritaires et efficaces pour la maladie de stade léger à modéré. Les cas plus graves peuvent nécessiter une thérapie systémique, notamment la photothérapie, de l'acitrétine, du méthotrexate, la cyclosporine ou une biothérapie.

M+ Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifié Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2017;63:e210-8

The English version of this article is available at **www.cfp.ca** on the table of contents for the **April 2017** issue on **page 278.**

En dépit de ses effets importants sur la qualité de vie, le psoriasis est sous-diagnostiqué et traité de manière sous-optimale[5,6]. Cette réalité appelle une meilleure connaissance de la maladie et des choix de traitements possibles pour bien prendre en charge le psoriasis. Parce que de nombreux patients consultent d'abord en soins primaires pour se faire évaluer et traiter, les médecins de famille sont bien placés pour diagnostiquer le psoriasis et amorcer son traitement. Dans la présente révision, nous présentons une mise à jour et les données probantes les plus récentes pour donner un aperçu pratique et complet du diagnostic et du traitement du psoriasis.

Sources des données

À l'aide du terme *psoriasis,* nous avons fait une recension dans les bases de données de PubMed, MEDLINE, EMBASE et Cochrane pour trouver des méta-analyses, des études randomisées contrôlées (ERC), des revues systématiques et des études observationnelles. Nous avons inclus les études publiées en anglais entre janvier 1991 et décembre 2015. Nous avons aussi fait une recherche manuelle dans les références des articles pertinents recensés.

Message principal

Diagnostic. Le diagnostic du psoriasis est principalement d'ordre clinique. Il existe différents types cliniques du psoriasis (**Tableau 1**)[1], le plus commun étant le psoriasis chronique en plaques, qui touche de 80 à 90% des patients atteints de psoriasis. Les signes distinctifs du psoriasis en plaques habituel comportent des plaques bien délimitées, symétriques et érythémateuses recouvertes de squames argentées (**Figure 1**). Les plaques se situent normalement sur le cuir chevelu, le tronc, les fesses et les extrémités, mais elles peuvent apparaître n'importe où sur le corps. Les patients peuvent aussi présenter des atteintes aux ongles, sans avoir de plaques concomitantes (**Figure 2**). Les lésions actives peuvent causer des démangeaisons ou de la douleur. Le psoriasis peut aussi se présenter comme une réaction en isomorphe, selon laquelle de nouvelles lésions apparaissent sur une peau auparavant normale qui a subi un traumatisme ou une blessure. La sévérité de la maladie peut servir à orienter la prise en charge et elle se classe comme étant légère, modérée et sévère (**Tableau 2**)[1].

Évaluation et diagnostic différentiel. Parmi les variantes moins courantes du psoriasis se trouvent le psoriasis inversé, le psoriasis pustuleux, le psoriasis en gouttes, le psoriasis érythrodermique et le psoriasis annulaire (**Figures 3** à **6**). La morphologie permet de faire la distinction entre ces variantes et le type courant en plaques. Les diagnostics différentiels incluent la dermatite atopique, la dermatite de contact, le lichen plan, la syphilis secondaire, les mycoses fongoïdes, le tinea corporis et le pityriasis rosé (**Tableau 3**). Une observation attentive permet souvent de poser le diagnostic. Une biopsie de la peau peut être utile pour les présentations plus atypiques.

Comorbidités associées. Les données probantes se multiplient voulant que le psoriasis soit une maladie d'inflammation systémique ayant des ramifications pour de nombreux organes. Par conséquent, les patients atteints de psoriasis devraient faire l'objet d'un traitement approprié pour le psoriasis et d'une prise en charge des problèmes concomitants pour améliorer les résultats à long terme.

Arthrite psoriasique: L'arthrite psoriasique touche environ 30% des patients atteints de psoriasis[7]. La maladie de la peau précède le plus souvent l'affection articulaire d'environ une décennie, soit de 7 à 12 ans[8]. On reconnaît maintenant que l'arthrite psoriasique est une maladie plus grave qu'on le croyait auparavant[9]. Des études ont démontré que près de 47% des patients peuvent développer une maladie érosive au cours des 2 premières années[10]. L'arthrite se présente de diverses façons. La dactylite en est une caractéristique courante et implique une enflure du doigt tout entier, souvent appelée *doigt en saucisse*. L'arthrite psoriasique peut affecter les petites et les grandes articulations et se présente comme une enflure articulaire, soit oligoarticulaire ou polyarticulaire. Elle peut aussi porter atteinte au squelette axial, sous forme de douleur dorsale inflammatoire. De récents ouvrages révèlent que plus le processus inflammatoire est arrêté rapidement, plus il sera probable que le fonctionnement, les dommages radiologiques et le pronostic à long terme s'amélioreront considérablement[8]. Malgré ce fait, l'arthrite psoriasique passe souvent inaperçue; on a constaté que 30% des patients dont le psoriasis était connu et qui étaient suivis dans des cliniques de dermatologie souffraient aussi d'arthrite psoriasique sans qu'elle soit diagnostiquée[11]. Les patients atteints de psoriasis au cuir chevelu, au sillon interfessier ou dans la région périanale et qui ont les caractéristiques unguéales du psoriasis ont un risque plus élevé d'arthrite psoriasique[12]. Même si nous devons soupçonner sa présence chez tous les patients, il faudrait porter une attention particulière aux patients qui présentent ces caractéristiques. La détection précoce est essentielle. De nombreuses thérapies actuellement accessibles pour la composante dermatologique de la maladie sont aussi très efficaces dans le traitement des articulations.

Maladies cardiovasculaires et diabète: Le psoriasis a aussi été associé à un risque accru de maladies cardiovasculaires et de diabète dans une étude observationnelle auprès de 78 061 femmes et une étude transversale auprès de 3236 patients atteints de psoriasis[13,14]. D'autres études populationnelles ont aussi fait valoir une forte association entre le psoriasis et le syndrome métabolique (rapport de cotes de 3,58, p=,008)[15].

Cancers: On a aussi établi un lien entre le psoriasis et un risque faible, quoique plus élevé, de lymphome non

hodgkinien et de lymphome cutané à cellules T dans une étude auprès de 2718 patients souffrant de psoriasis (rapport de cotes de 2,95, IC à 95% de 1,83 à 4,76)[16].

Maladies psychiatriques : Les maladies psychiatriques, y compris la dépression (prévalence allant jusqu'à 60%) et l'anxiété, peuvent aussi accompagner souvent le psoriasis. Cette réalité mérite une évaluation du bien-être psychosocial des patients et les cliniciens devraient envisager au besoin des interventions psychologiques[17].

Prise en charge. Même si le psoriasis ne se guérit pas, il existe de nombreuses options thérapeutiques efficaces (**Figure 7**). Le traitement topique représente le standard de soins pour les cas de gravité légère à modérée. Une grande proportion de patients bénéficieraient d'une thérapie topique qui peut être amorcée en soins primaires. Si les agents topiques ne produisent pas de réponse adéquate ou s'ils ne conviennent pas en raison de la surface corporelle affectée, ces patients peuvent être envoyés en consultation auprès d'un dermatologue pour une évaluation plus approfondie. Il se pourrait qu'une thérapie systémique, en plus des adjuvants topiques, soit plus appropriée dans ces cas. La présence de l'arthrite psoriasique pourrait aussi nécessiter des thérapies systémiques administrées en collaboration avec un rhumatologue.

Thérapies topiques

Corticostéroïdes : Considérés comme le pilier des traitements topiques, les corticostéroïdes sont souvent bien tolérés et efficaces chez les patients atteints d'un psoriasis léger[18]. Malgré son utilisation généralisée depuis plus d'un demi-siècle, les ERC et les études comparatives directes sont plutôt limitées. Par ailleurs, une revue par Cochrane de 177 ERC a fait valoir que les corticostéroïdes fonctionnaient au moins aussi bien que les analogues de la vitamine D3, affichant des différences moyennes standardisées allant de -0,89 (IC à 95% de -1,06 à -0,72) à -1,56 (IC à 95% de -1,87 à -1,26) pour les corticostéroïdes puissants et très puissants, respectivement[19]. Dans l'ensemble, les corticostéroïdes topiques selon diverses formulations, forces et combinaisons sont une thérapie initiale efficace pour un contrôle rapide des symptômes. Par exemple, l'acide salicylique, un agent

Tableau 1. Manifestations cliniques du psoriasis

MANIFESTATION CLINIQUE	CONSTATATIONS CLINIQUES
Psoriasis en plaques	• Plaques bien circonscrites, érythémateuses et squameuses d'un diamètre de >0,5 cm, comme lésion seule ou maladie généralisée • Classé en sous-groupes selon le site anatomique
• Plis cutanés	• Aussi appelé psoriasis *intertrigineux* ou *inverse* • Plaques bien circonscrites, peu squameuses et minces, situées dans les plis cutanés (sous le sein, aisselle, aine, parties génitales, sillon interfessier)
• Ongles	• Peut se présenter sans plaques concomitantes sur la peau • Ongle de la couturière, onycholyse distale, hyperkératose sous-unguéale, signes de la tache d'huile, hémorragies en éclats, leuconychie, effritement, lunule rouge • L'atteinte unguéale est un prédicteur d'arthrite psoriasique
• Cuir chevelu	• L'un des sites les plus courants du psoriasis • Souvent difficile à traiter
• Palmoplantaire	• Situé sur la paume de la main ou la plante du pied • Rougeur et squames confluentes dont la manifestation varie d'une absence de plaques évidentes, à de larges plaques couvrant la paume ou la plante, en passant par des régions squameuses ou fissurées mal définies
Autres variantes	
• En gouttes	• Éruption aiguë de petites papules en forme de « gouttes de rosée » d'un rose saumon avec de fines squames sur le tronc ou les membres • Peut apparaître à la suite d'une pharyngite à streptocoques du groupe A ou d'une dermatite périanale à streptocoques du groupe A
• Pustuleux	• Grappes de pustules monomorphes sur une peau douloureuse avec inflammation • Le plus souvent situé sur la paume de la main ou la plante du pied
• Érythrodermique	• Apparition aiguë ou sous-aiguë d'un érythème généralisé couvrant plus de 90% du corps du patient avec peu de squames • Pourrait être associé à l'hypothermie, à l'hypoalbuminémie, à un déséquilibre des électrolytes et à une insuffisance cardiaque à débit élevé • Urgence potentiellement mortelle
• Annulaire	• Plaques squameuses bien démarquées et érythémateuses avec peau intacte au centre

Données provenant du Comité des lignes directrices nationales sur le psoriasis[1].

Figure 1. Le psoriasis en plaques se caractérise par des plaques bien démarquées et érythémateuses couvertes de squames argentées : *A) Psoriasis en plaques sur le coude; B) Psoriasis sur le tronc marqué par des plaques rouges, confluentes, bien démarquées et squameuses; C) Psoriasis sur le dessus du pied et l'articulation métatarsophalangienne, ainsi que des ongles psoriasiques montrant une dystrophie; D) Psoriasis derrière l'oreille, une région souvent affectée.*

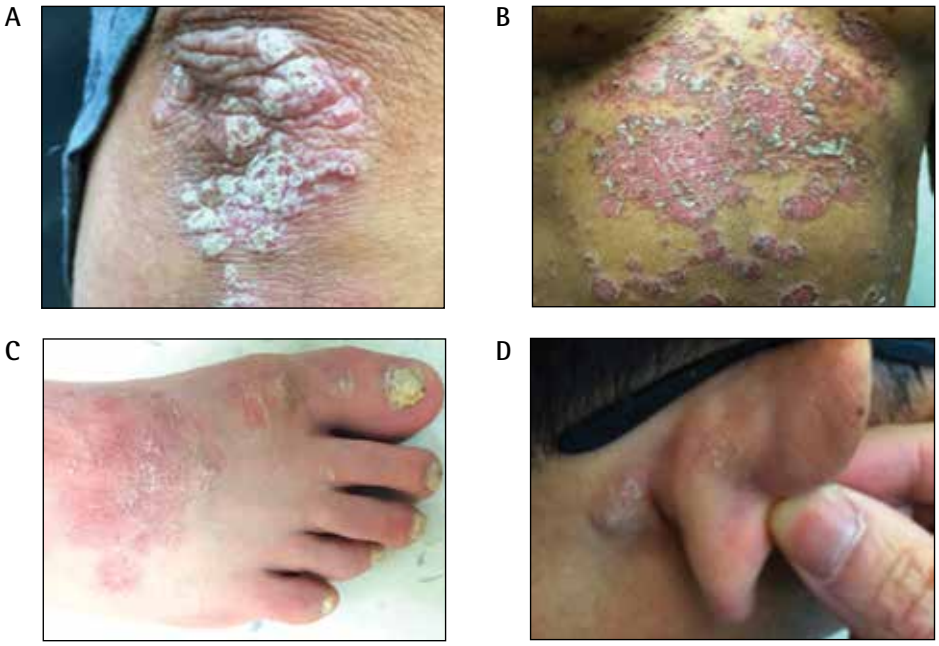


Figure 2. Les patients souffrant de psoriasis peuvent présenter une atteinte unguéale, même sans plaques concomitantes : A) Ongles psoriasiques se manifestant par des ongles de couturière, une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéale et un effritement; B) Leuconychie et hémorragies en éclats; C) Onycholyse distale et signe de la tache d'huile.

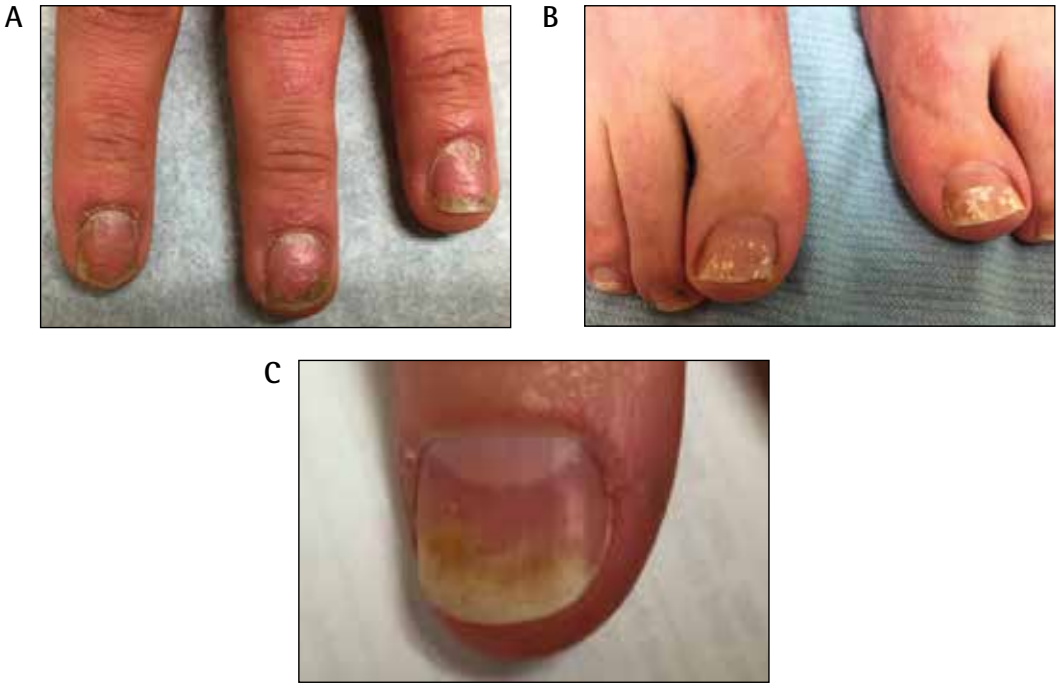


Tableau 2. Mesures de la sévérité de la maladie

SÉVÉRITÉ	MESURES*
Légère	• < 3 % de la SC† • Maladie ayant un effet minime sur la QdV du patient; le patient peut obtenir un degré de contrôle symptomatique acceptable par des soins systématiques de la peau et une thérapie topique
Modérée	• 3 à 10 % de la SC† • Maladie qui ne peut pas être contrôlée ou qu'on prévoit ne pas pouvoir contrôler à un degré acceptable par des mesures dermatologiques systématiques, ou maladie qui nuit considérablement à la QdV du patient, en raison de l'étendue de la maladie, de l'inconfort physique (douleur ou prurit) ou de son emplacement (p. ex. visage, mains, pieds, parties génitales)
Sévère	• > 10 % de la SC† • Maladie qui ne peut pas être contrôlée ou qu'on prévoit ne pas pouvoir contrôler à un degré acceptable par une thérapie topique et qui cause une dégradation importante de la QdV du patient

QdV – qualité de vie, SC—surface corporelle,
*Il s'agit ici de définitions en vue de la pratique clinique, comme elles sont expliquées dans les lignes directrices canadiennes. L'index de surface et de sévérité du psoriasis est une autre échelle de mesure de la gravité de la maladie qui se fonde sur la SC, l'érythème, l'induration et la desquamation.
†La surface d'une seule main est estimée à 1 % de la SC.
Données provenant du Comité des lignes directrices nationales sur le psoriasis[1].

Figure 3. Psoriasis annulaire sur le dos : *Le psoriasis annulaire se caractérise par des plaques érythémateuses et squameuses bien démarquées avec une peau intacte au centre.*

Figure 4. Psoriasis pustuleux sur la paume

kératolytique, peut être combiné avec une thérapie aux corticostéroïdes pour traiter les plaques portant des squames plus épaisses, pour une meilleure pénétration du médicament. L'utilisation à long terme peut être compliquée par des effets secondaires possibles, quoique rares, sous forme de changements locaux de la peau, de tachyphylaxie et de suppression de l'axe hypothalamo-pituitaro-surrénalien[1].

Analogues de la vitamine D3 : Le calcipotriol, un analogue de la vitamine D3, est un agent topique de première intention pour le traitement du psoriasis en plaques et du psoriasis modérément sévère du cuir chevelu[1]. Il réduit les symptômes en modulant la prolifération et la différentiation des kératinocytes et en inhibant l'activité des lymphocytes T. De nombreuses études randomisées ont fait valoir que le calcipotriol est sûr et efficace pour les patients atteints d'un psoriasis en plaques léger, et d'une efficacité au moins égale à la celle de la plupart des corticostéroïdes [20,21]. De plus, une méta-analyse par Cochrane de 177 ERC a démontré que les analogues de la vitamine D3 étaient plus efficaces que tous les autres médicaments topiques, exception faite de la plupart des corticostéroïdes plus puissants; la différence moyenne standardisée allait de -0,7 (IC à 95% de -1,04 à -0,30) à 1,66 (IC à 95% de -2,66 à -0,67) pour le bécocalcidiol 2 fois par jour et le paricalcitol 1 fois par jour,

Figure 5. Psoriasis en gouttes apparu 12 jours après le début d'une pharyngite à streptocoques

Figure 6. Stade approchant le psoriasis érythrodermique

Tableau 3. Diagnostics différentiels et caractéristiques cliniques distinctives

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DISTINCTIVES
Dermatite atopique	• Symptôme prédominant de prurit, morphologie et répartition typiques (lichénification dans les plis cutanés chez l'adulte et l'enfant plus âgé; papules et vésicules sur le visage et les extenseurs chez les enfants plus jeunes)
Dermatite de contact	• Plaques ou surfaces ayant des coins angulaires, des délimitations géométriques et des marges nettes selon la nature de l'exposition à l'irritant ou à l'allergène
Lichen plan	• Lésions violacées et atteintes fréquentes aux muqueuses
Syphilis secondaire	• Lésions de couleur cuivrée et atteintes fréquentes à la paume de la main et à la plante du pied
Mycoses fongoïdes	• Lésions de formes irrégulières, réparties asymétriquement, de couleur étrange, et formation de rides en raison de l'atrophie épidermique
Tinea corporis	• Lésions moins nombreuses avec une configuration en anneaux
Pityriasis rosé	• Papules et surfaces ovales de couleur rose ou chamois avec une configuration en « arbre de Noël » sur le tronc, et parfois sur le visage et les extrémités distales

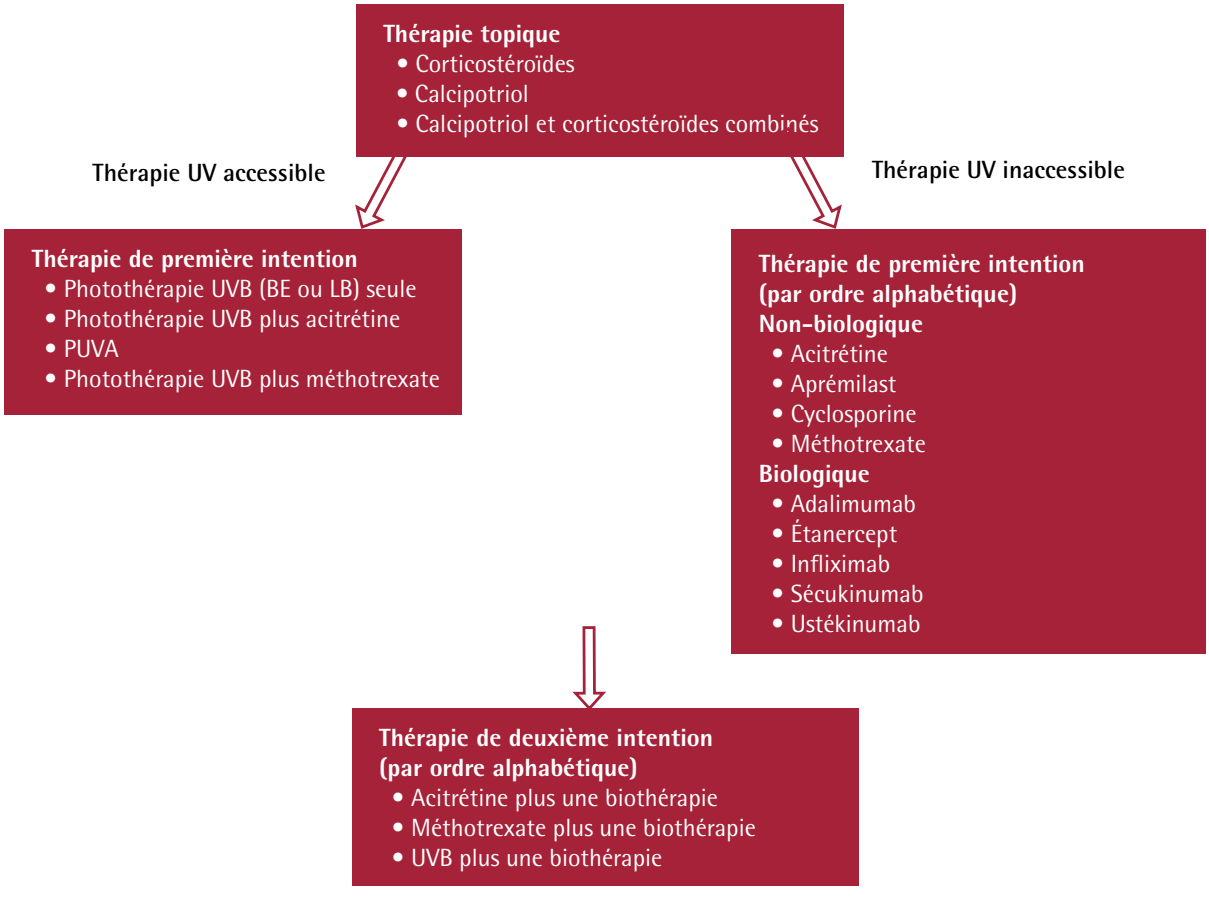
respectivement[19]. Étant donné leur efficacité et leur profil d'innocuité, les analogues de la vitamine D3 sont utilisés couramment comme monothérapie ou, plus souvent, en traitement combiné. Parmi ses effets secondaires, on peut mentionner une légère dermatite de contact et, rarement, une hypercalcémie avec un usage excessif. Ces agents ne devraient pas être utilisés en association avec l'acide salicylique ou avant une photothérapie.

Produits combinés : Dans une revue par Cochrane de 177 ERC, il a été démontré qu'une association de calcipotriol et de dipropionate de bétaméthasone était plus efficace pour le psoriasis que l'un ou l'autre de ces agents en monothérapie[19]. Des études cliniques ont aussi fait valoir une moins grande incidence d'effets indésirables avec un usage concomitant ou séquentiel des analogues de la vitamine D3 et des corticostéroïdes topiques[22]. Selon une revue systématique de 6 ERC portant sur 6050 patients, la réduction moyenne dans les scores à l'index de surface et de sévérité du psoriasis à 4 semaines était de 74% avec un traitement combiné, par rapport à 59% et 63% respectivement avec le calcipotriol et le dipropionate de bétaméthasone[23]. La formulation combinée en gel est bien tolérée et peut être appliquée 1 fois par jour, en évitant le visage, les parties génitales et les plis cutanés.

Thérapies systémiques

Photothérapie : La photothérapie est la thérapie à privilégier pour le psoriasis de modéré à sévère, surtout en l'absence de réponse positive aux agents topiques[1]. Elle est offerte sous forme d'exposition aux UVA avec du psoralen, aux UVB à large bande et aux UVB à bande étroite (UVB-BE). En raison de son efficacité, démontrée dans de nombreuses ERC[24], la thérapie UVB-BE est souvent utilisée comme traitement de première intention.

Figure 7. Algorithme du traitement chez un homme en santé atteint de psoriasis en plaques (> 5 % de la SC) sans arthrite psoriasique



BE - à bande étroite, LB - à large bande, PUVA - psoralen plus UVA, SC - surface corporelle, UV - ultraviolets

De fait, la photothérapie UVB-BE peut être administrée à presque tous les patients, y compris les enfants et les femmes enceintes. Il n'y a pas de données probantes selon lesquelles les UVB-BE augmenteraient le risque de cancer de la peau[25]. En dépit de son efficacité, l'accessibilité limitée à des centres de photothérapie (moins de 50 centres au Canada) et la nécessité de visites fréquentes (3 fois par semaine pendant 3 mois initialement) rendent cette option extrêmement peu pratique.

Acitrétine : L'acitrétine est un rétinoïde synthétique indiqué pour le psoriasis de modéré à sévère. Son rôle a été bien documenté comme thérapie adjuvante associée à d'autres agents systémiques pour améliorer l'efficacité, et réduire les doses et la survenance d'effets secondaires[26-28]. Par ailleurs, elle n'a pas fait l'objet d'études d'envergure robustes sur son efficacité et son innocuité en monothérapie. Ses effets secondaires courants incluent la sécheresse cutanéomuqueuse, l'arthralgie, les malaises gastro-intestinaux et la photosensibilité. Ce médicament peut parfois causer la transaminite et des niveaux élevés de triglycérides. L'acitrétine est un tératogène puissant qu'il vaut mieux éviter chez les femmes en âge de procréer ou qui pourraient devenir enceintes; on recommande aux femmes d'éviter la grossesse pendant 3 ans après la cessation du médicament[29].

Méthotrexate : Le méthotrexate est un inhibiteur de la biosynthèse de l'acide folique, utilisé pour ses propriétés cytostatiques et anti-inflammatoires dans le traitement du psoriasis de modéré à sévère, ainsi que pour l'arthrite psoriasique[1]. Malgré l'expérience clinique considérable avec ce médicament, les études d'envergure robustes sur son efficacité et son innocuité se font extrêmement rares. Une étude randomisée, à double insu et contrôlée contre placebo a révélé une amélioration de 75 % dans les scores de l'indice de superficie et de sévérité du psoriasis chez près de 40 % des patients prenant du méthotrexate, par rapport à

18,9% de ceux prenant un placebo à 16 semaines[30]. L'un de ses effets secondaires bien connus est l'hépatotoxicité[31], et parmi les autres plus courants figurent la nausée, les vomissements, la diarrhée et la fatigue.

Cyclosporine : La cyclosporine est un inhibiteur de la calcineurine indiqué pour le traitement du psoriasis de modéré à sévère[1]. Certaines données probantes corroborent son efficacité pour l'arthrite psoriasique[32,33]. Dans une étude aléatoire ouverte et multicentrique d'une durée de 1 an auprès de 400 patients, il a été démontré qu'elle produisait des améliorations considérables ou une rémission complète dans une proportion de 80 à 90% des patients[34]. Parmi ses avantages par rapport à d'autres agents systémiques, on peut mentionner qu'elle agit rapidement et cause moins de préoccupations quant à la myélosuppression ou à l'hépatotoxicité. Au nombre de ses effets indésirables figurent la néphrotoxicité, l'hypertension, des taux élevés de triglycérides, une hyperplasie gingivale, des tremblements, l'hypomagnésémie, l'hyperkaliémie, de nombreuses interactions médicamenteuses et des cancers, comme les cancers de la peau et le lymphome[35].

Biothérapie : Les biothérapies ont fait leur apparition à titre d'options thérapeutiques très puissantes pour les patients chez qui les thérapies systémiques n'ont pas réussi à produire une réponse adéquate, ne sont pas tolérées en raison de leurs effets indésirables ou ne sont pas appropriées à cause de comorbidités[4]. Il n'existe pas de séquence établie selon laquelle les biothérapies devraient être amorcées ou changées[4]; toutefois, une méta-analyse d'études en phase pivot III a fait valoir que l'infliximab pourrait être le plus efficace, suivi par l'ustékinumab, l'adalimumab et l'étanercept[36]. Le choix de la thérapie dépend des besoins cliniques, des bienfaits et des risques, des préférences du patient et de la rentabilité (environ 20 000 à 25 000$ par année en moyenne). Des essais aléatoires et des études rétrospectives antérieures ont démontré que les biothérapies n'étaient pas associées à un risque accru de cancer ou d'infections graves[37,38].

Conclusion

Le psoriasis est une maladie inflammatoire multisystémique qui est sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée malgré sa prévalence et ses répercussions considérables sur la qualité de vie. En plus de ses atteintes dermatologiques et articulaires, le psoriasis est aussi associé à une multitude de comorbidités médicales et psychiatriques importantes qui exigent un traitement en temps opportun pour améliorer les résultats à long terme. Les médecins de soins primaires sont bien placés pour diagnostiquer et traiter les patients à la recherche d'une évaluation initiale en première ligne. Les patients atteints de psoriasis pour qui les traitements topiques échouent peuvent être envoyés en consultation auprès d'un dermatologue pour une évaluation plus approfondie.

Le **Dr Kim** est résident en dermatologie à l'Université d'Ottawa, en Ontario. La **Dre Jerome** est directrice de la Division de rhumatologie à l'Université de Toronto, en Ontario. Le **Dr Yeung** est chargé de cours à la Division de rhumatologie de l'Université de Toronto.

Intérêts concurrents
Le **Dr Yeung** a été conférencier, consultant et chercheur pour le compte des sociétés suivantes : AbbVie, Allergan, Amgen, Astellas, Boehringer Ingelheim, Celgene, Centocor, Coherus, Dermira, Eli Lilly, Forward, Galderma, Janssen, Leo, Medimmune, Novartis, Pfizer et Takeda.
La **Dre Jerome** a participé à des réunions de conseils consultatifs pour AbbVie, Celgene, UCB, Amgen et Novartis.

Collaborateurs
Tous les auteurs ont contribué à la recherche et à l'analyse documentaires, de même qu'à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

Correspondance
Dr Jensen Yeung; courriel **jensen.yeung@utoronto.ca**

Références

1. Comité des lignes directrices canadiennes sur le psoriasis. *Canadian guidelines for the management of plaque psoriasis*. Ottawa, ON: Association canadienne de dermatologie; 2009.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370(9583):263-71.
3. Levine D, Gottlieb A. Evaluation and management of psoriasis: an internist's guide. *Med Clin North Am* 2009;93(6):1291-303.
4. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB et coll. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5):826-50.
5. Feldman SR, Fleischer AB Jr, Cooper JZ. New topical treatments change the pattern of treatment of psoriasis: dermatologists remain the primary providers of this care. *Int J Dermatol* 2000;39(1):41-4.
6. Horn EJ, Fox KM, Patel V, Chiou CF, Dann F, Lebwohl M. Are patients with psoriasis undertreated? Results of National Psoriasis Foundation survey. *J Am Acad Dermatol* 2007;57(6):957-62. Publ. en ligne du 13 août 2007.
7. Mease P. Management of psoriatic arthritis: the therapeutic interface between rheumatology and dermatology. *Curr Rheumatol Rep* 2006;8(5):348-54.
8. Mease PJ, Armstrong AW. Managing patients with psoriatic disease: the diagnosis and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Drugs* 2014;74(4):423-41.
9. Gladman DD. Psoriatic arthritis from Wright's era until today. *J Rheum Suppl* 2009;(83):4-8.
10. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology* (Oxford) 2003;42(12):1460-8. Publ. en ligne du 1e oct. 2003.
11. Haroon M, Kirby B, FitzGerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis* 2013;72(5):736-40. Publ. en ligne du 23 juin 2012.
12. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2009;61(2):233-9. Erratum in: *Arthritis Rheum* 2010;62(4):574.
13. Qureshi AA, Choi HK, Setty AR, Curhan JC. Psoriasis and the risk of diabetes and hypertension: a prospective study of US female nurses. *Arch Dermatol* 2009;145(4):379-82.
14. Prodanovich S, Kirsner RS, Kravetz JD, Ma F, Martinez L, Federman DG. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol* 2009;145(6):700-3.
15. Gelfand JM, Yeung H. Metabolic syndrome in patients with psoriatic disease. *J Rheumatol Suppl* 2012;89:24-8.
16. Gelfand JM, Berlin J, Van Voorhees A, Margolis DJ. Lymphoma rates are low but increased in patients with psoriasis: results from a population-based cohort study in the United Kingdom. *Arch Dermatol* 2003;139(11):1425-9.
17. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004;45(3):155-9.
18. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et coll. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(4):643-59. Publ. en ligne du 13 févr. 2009.
19. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD005028.
20. Ashcroft DM, Po AL, Williams HC, Griffiths CE. Systematic review of comparative efficacy and tolerability of calcipotriol in treating chronic plaque psoriasis. *BMJ* 2000;320(7240):963-7.
21. Kragballe K, Giertsen BT, De Hoop D, Karlsmark T, van de Kerkhof PC, Larkö O et coll. Double blind, right/left comparison of calcipotriol and betamethasone valerate in treatment of psoriasis vulgaris. *Lancet* 1991;337(8735):193-6.

22. Scott LJ, Dunn CJ, Goa KL. Calcipotriol ointment: a review of its use in the management of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2001;2(2):95-120.
23. Kragballe K, van de Kerkhof PC. Consistency of data in six phase III clinical studies of a two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate ointment for the treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20(1):39-44.
24. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et coll. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol* 2010;62(1):114-35.
25. Weischer M, Blum A, Eberhard F, Röcken M, Berneburg M. No evidence for increased skin cancer risk in psoriasis patients treated with broadband or narrowband UVB phototherapy: a first retrospective study. *Acta Derm Venereol* 2004;84(5):370-4.
26. Lebwohl M, Drake L, Menter A, Koo J, Gottlieb AB, Zanolli M et coll. Consensus conference: acitretin in combination with UVB or PUVA in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(4):544-53.
27. Roenigk HH Jr. Acitretin combination therapy. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(3 Pt 2):S18-21.
28. Koo J. Systemic sequential therapy of psoriasis: a new paradigm for improved therapeutic results. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(3 Pt 2):S25-8.
29. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et coll. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol* 2009;61(3): 451-85.30. Saurat JH, Stingl G, Dubertret L, Papp K, Langley RG, Ortonne JP et coll. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Dermatol* 2008;158(3):558-66. Publ. en ligne du 28 nov. 2007.
31. Malatjalian DA, Ross JB, Williams CN, Colwell SJ, Eastwood BJ. Methotrexate hepatotoxicity in psoriatics: report of 104 patients from Nova Scotia, with analysis of risks from obesity, diabetes and alcohol consumption during long term follow-up. *Can J Gastroenterol* 1996;10(6):369-75.
32. Mahrle G, Schulze HJ, Brautigam M, Mischer P, Schopf R, Jung EG et coll. Anti-inflammatory efficacy of low-dose cyclosporin A in psoriatic arthritis: a prospective multicenter study. *Br J Dermatol* 1996;135:752-7.
33. Salvarani C, Macchioni P, Olivieri I, Marchesoni A, Cutolo M, Ferraccioli G et coll. A comparison of cyclosporine, sulfasalazine, and symptomatic therapy in the treatment of psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2001;28:2274-82.
34. Ho VC, Griffiths CE, Albrecht G, Vanaclocha F, León-Dorantes G, Atakan N et coll. Intermittent short courses of cyclosporin (Neoral(R)) for psoriasis unresponsive to topical therapy: a 1-year multicentre, randomized study. The PISCES Study Group. *Br J Dermatol* 1999;141(2):283-91.
35. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011;65(1):137-74. Publ. en ligne du 8 févr. 2011.
36. Lin VW, Ringold S, Devine EB. Comparison of ustekinumab with other biological agents for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis: a Bayesian network meta-analysis. *Arch Dermatol* 2012;148(12):1403-10.
37. Dommasch Ed, Abuabara K, Shin DB, Nguyen J, Troxel AB, Gelfand JM. The risk of infection and malignancy with tumor necrosis factor antagonists in adults with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol* 2011;64(6):1035-50. Publ. en ligne du 18 févr. 2011.
38. Kim WB, Marinas JE, Qiang J, Shahbaz A, Greaves S, Yeung J. Adverse events resulting in withdrawal of biologic therapy for psoriasis in real-world clinical practice: a Canadian multicenter retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2015;73(2):237-41. Publ. en ligne du 28 mai 2015.