



**LE PSORIASIS DE L'ENFANT : PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE,
THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF**

À propos de 180 cas,

Expérience du service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès.

MEMOIRE PRESENTE PAR :

DOCTEUR DAHMANI BTISSAME

Née le 22 /03/ 1993 A MISSOUR (MAROC)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : DERMATOLOGIE

SOUS LA DIRECTION DE : PROFESSEUR ELLOUDI SARA

PROFESSEUR MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session Septembre 2024

Pr MERNISSI Fatima Zahra
Chef de Service de Dermatologie
Ministère des Spécialités
CHU HASSAN II - FES

REMERCIEMENTS

A mon maître Madame le Professeur Fatima Zahra Mernissi

Chère Maître,

Je voudrais vous exprimer toute ma gratitude et mon profond respect. Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans votre précieux encadrement. Merci de m'avoir soutenue, encouragée à progresser dans mon parcours professionnel, et de m'avoir transmis votre passion pour cette discipline. Votre patience et votre aide ont été inestimables pour la maîtrise de mes connaissances.

Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marqués mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie.

Votre enseignement restera pour nous un acquis de grande valeur

Merci d'avoir guidé mes pas durant ces quatre années de formation en dermatologie et vénéréologie. J'espère être à la hauteur de la confiance que vous avez placée en moi.

Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A Mon maitre Madame le professeur ELLLOUDI Sara

*Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier cette
mémoire.*

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre
profonde reconnaissance.*

*Je vous remercie de votre patience, votre disponibilité, de vos
encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail.
Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en moi une
grande admiration et un profond respect.*

*Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple.
Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et
toute la reconnaissance que nous vous témoignons.*

A mon maître le Professeur BayBay Hanane

Je vous remercie pour votre gentillesse, votre spontanéité et votre disponibilité, qui m'ont tant aidée à découvrir et à m'engager dans cette discipline passionnante. Votre compétence professionnelle indéniable et vos qualités humaines suscitent l'admiration et le respect de tous.

J'ai été profondément marquée non seulement par votre savoir et votre expérience confirmée, mais aussi par votre bienveillance. Grâce à vos directives, j'ai pu bénéficier d'un encadrement impeccable et d'une formation aussi bien pratique que théorique.

Cher Maître, veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Mon maitre Madame le professeur Zakia Douhi

Nous vous remercions sincèrement pour vos conseils et votre encadrement tout au long de notre cursus de résidanat. Nous sommes particulièrement touchés par votre générosité et votre douceur.

Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.

A Mon maitre Madame le professeur SOUGHY Meryem

Nous avons eu le privilège de vous côtoyer pendant une courte période, mais elle a été riche en échanges et en apprentissages. Nous vous remercions pour vos précieux conseils et vous souhaitons encore plus de succès à l'avenir.

PLAN

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	13
MATERIELS ET METHODES.....	15
1.Type de l'étude et durée :	16
2.Lieu d'étude et Population étudiée :	16
3.Critères d'inclusion.....	16
4.Critères d'exclusion.....	16
5.Recueil et analyse des données	16
6.Recueil et saisie des données :	16
RESULTATS.....	18
1.Etude descriptive :	19
A.Caractéristiques épidémiologiques des patients :	19
B.Caractéristiques cliniques :	23
C.Paraclinique	31
D.Traitements :	32
E.Evolution :	33
DISCUSSION.....	39
A.Généralités :	40

B. Epidémiologie :	41
C. Facteurs Favorisants :	45
D. Diagnostic positif et différentiel	48
E. Traitement.....	52
F. Evolution et Pronostic.....	68
CONCLUSION	71
ANNEXES	74
RESUME.....	85
REFERENCES	85

INTRODUCTION

Le psoriasis est un trouble inflammatoire chronique de la peau qui affecte les enfants dans près d'un tiers des cas.

Bien que les enfants présentent les mêmes sous-types cliniques de psoriasis observés chez les adultes, les lésions peuvent différer dans la distribution et la morphologie, et leurs symptômes cliniques à la présentation peuvent varier de ceux rapportés par les patients adultes. Néanmoins, le diagnostic du psoriasis est principalement basé sur des caractéristiques cliniques.

Le psoriasis pédiatrique peut avoir un impact profond à long terme sur la santé psychologique des enfants touchés. En outre, le psoriasis pédiatrique a été associé à certaines comorbidités, telles que l'obésité, l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète sucré et la polyarthrite, ce qui rend le diagnostic précoce et la prise en charge essentiels.

Comme les recommandations font défaut et que la plupart des traitements systémiques ne sont pas approuvés pour l'utilisation chez les enfants, le traitement du psoriasis pédiatrique reste un problème (1) et sa prise en charge des enfants est complexe, cependant, le traitement sera adapté à la sévérité clinique de la maladie et à son retentissement sur la qualité de vie physique et psychique du malade, mais une grande partie de la prise en charge est destinée à savoir expliquer aux enfants et à leurs parents son évolution, sa bénignité, les moyens et limites du traitement [2].

Le traitement radical de cette maladie chronique n'existe pas [3].

Nous avons mené une étude transversale rétro-prospective d'une série de 180 cas colligés au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès sur une durée de douze ans dans le but est d'apporter plus d'éclairage en ce qui concerne :

- Le profil épidémiologique du psoriasis de l'enfant au sein du CHU II de FES.
- Les différents aspects cliniques du psoriasis chez la population pédiatrique.
- Les particularités thérapeutiques et évolutives chez l'enfant.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

- **Objectif principal** :

- ✓ Évaluer le profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du psoriasis de l'enfant au sein du service de Dermatologie du CHU Hassan II Fès.
- ✓ Préciser la prévalence des enfants psoriasiques dans notre région.

Objectifs secondaires :

- ✓ Étudier l'association avec les comorbidités chez les enfants atteints de psoriasis.
- ✓ Étudier le lien entre la forme clinique et la sévérité de la maladie.

MATERIELS ET METHODES

1. Type de l'étude et durée :

Il s'agit d'une transversale rétro-prospective, descriptive et analytique étalée sur une période de douze ans allant de Janvier 2012 à Janvier 2024, où on a colligé tous les enfants psoriasiques suivis dans notre formation.

2. Lieu d'étude et Population étudiée :

L'étude a été réalisée au sein du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès. Le recrutement des malades s'est fait en consultation spécialisée.

3. Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les patients atteints de psoriasis âgés de < 15 ans.

4. Critères d'exclusion

Etaient exclus tous les patients dont les dossiers médicaux n'étaient pas exploitables.

5. Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers de consultation, à l'aide d'une fiche d'exploitation.

Les résultats ont été obtenus à l'aide du logiciel de bio-statistique Epi Info 2010.

Les données évolutives

6. Recueil et saisie des données :

La collecte des données a été consignée sur une fiche d'exploitation préétablie .

Les données ont été saisies sur logiciel Excel et l'analyse a été réalisée sur SPSS 26.

★ Considérations éthiques :

Tous les patients étaient informés au début de l'étude de l'objectif et du déroulement du travail et aussi de leur droit de refuser la participation ou de se retirer après s'ils le souhaitent. Le recueil des données, leur saisie et gestion étaient anonyme et confidentiel, seuls les investigateurs de l'étude avaient accès aux questionnaires et aux données informatisées.

RESULTATS

1. Etude descriptive :

A. Caractéristiques épidémiologiques des patients :

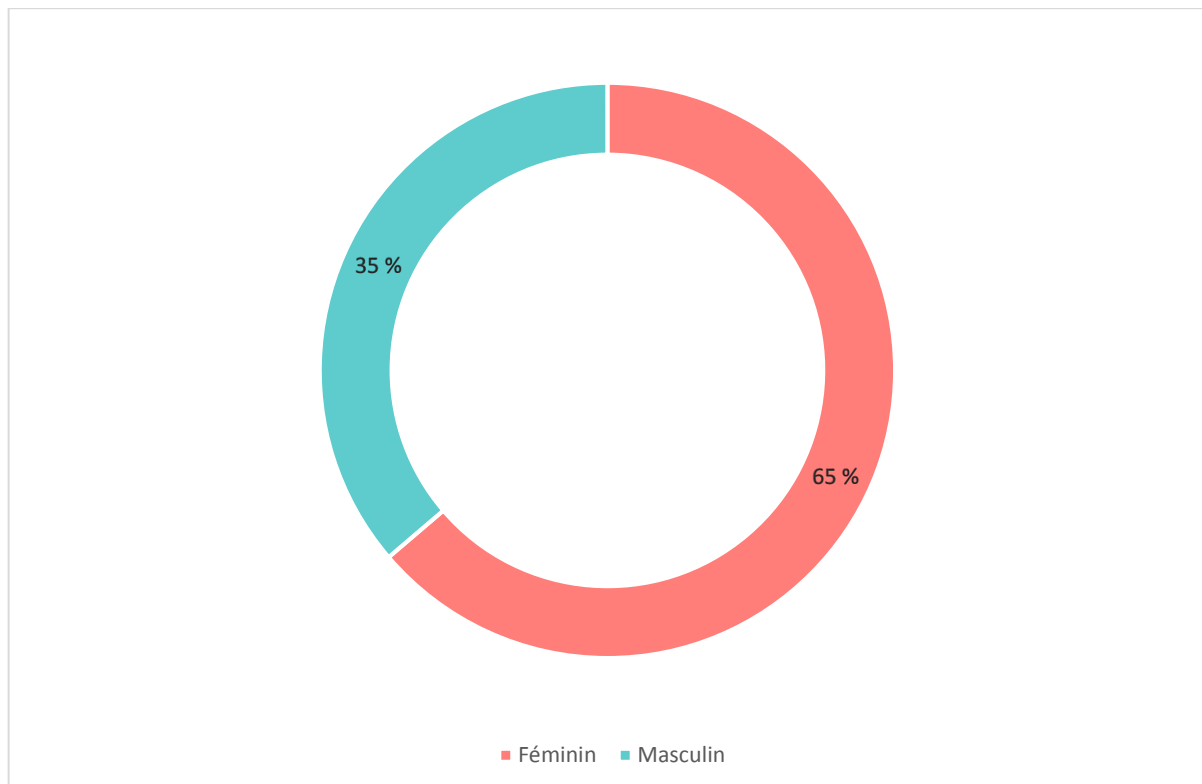
Dans notre étude, nous avons colligé 180 enfants psoriasiques suivis dans notre formation avec une prévalence estimée à 19.21% parmi les patients suivis dans notre formation.

▲ Répartition selon l'âge :

Dans notre série l'âge moyen des patients était de 9.92 ans avec un écart type de 3,639 (extrêmes allant de 2 ans à 16 ans).

▲ Répartition selon le sexe :

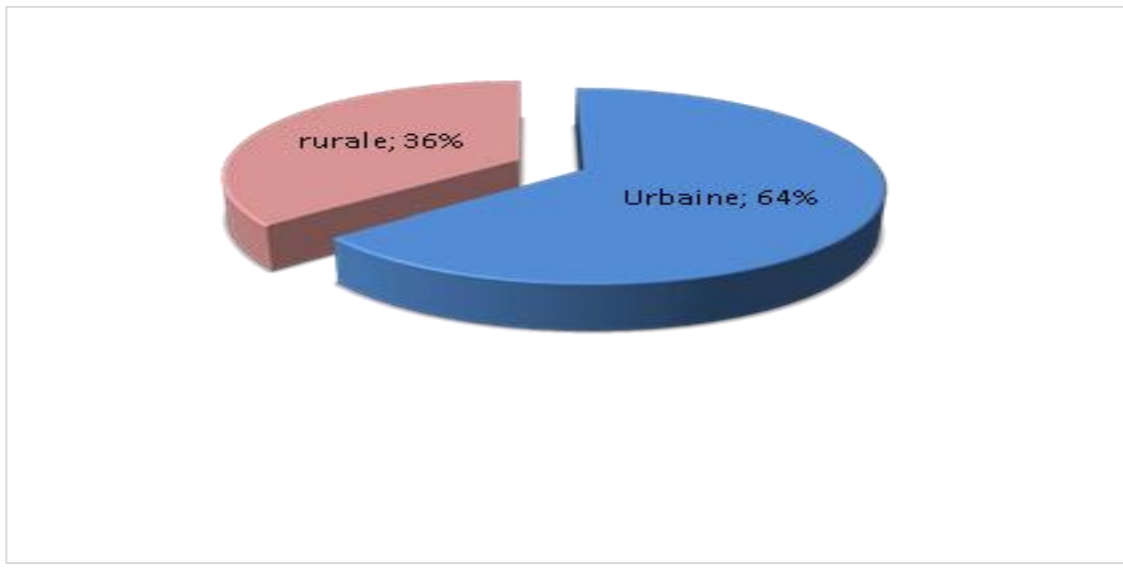
Dans notre étude, nous avons retrouvé 63 garçons (35 %) et 117 filles (65 %), soit un sex ratio de 0,53.



Graphique 1. Répartition des patients selon le sexe

▲ Répartition selon le lieu d'habitation :

Dans notre étude 120 enfants (64%) étaient d'origine urbaine, et 60 enfants (36%) étaient d'origine rurale.



Graphique 2. Répartition des patients selon leur lieu d'habitation

▲ Répartition selon les antécédents :

Personnels :

Tous nos malades étaient bien vaccinés selon le programme national d'immunisation.

Il y a parmi les cas recrutés 10 enfants avec notion d'atopie dont 8 cas ayant une dermatite atopique, 2 cas ayant une rhinite allergique.

La notion d'infection streptococcique a été retrouvée dans 27 cas ; 11 cas d'angines à répétition.

Concernant les maladies auto-immunes associées, 5 patients présentaient une maladie coéliquue, 4 patients ayant un vitiligo et 8 patients avaient une pelade.

Deux enfants de notre série ont été suivis pour un trouble psychologique de type d'anxiété chez un enfant et une dépression chez l'autre.

Antécédents personnels	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Atopie	10	2.8%
Dermatite atopique	8	4.4%
Infection streptococcique	27	15%
vitiligo	4	2.2%
Pelade	8	4.4%
Maladie coéliquue	5	2.8%
Trouble psychologique	2	1.1%

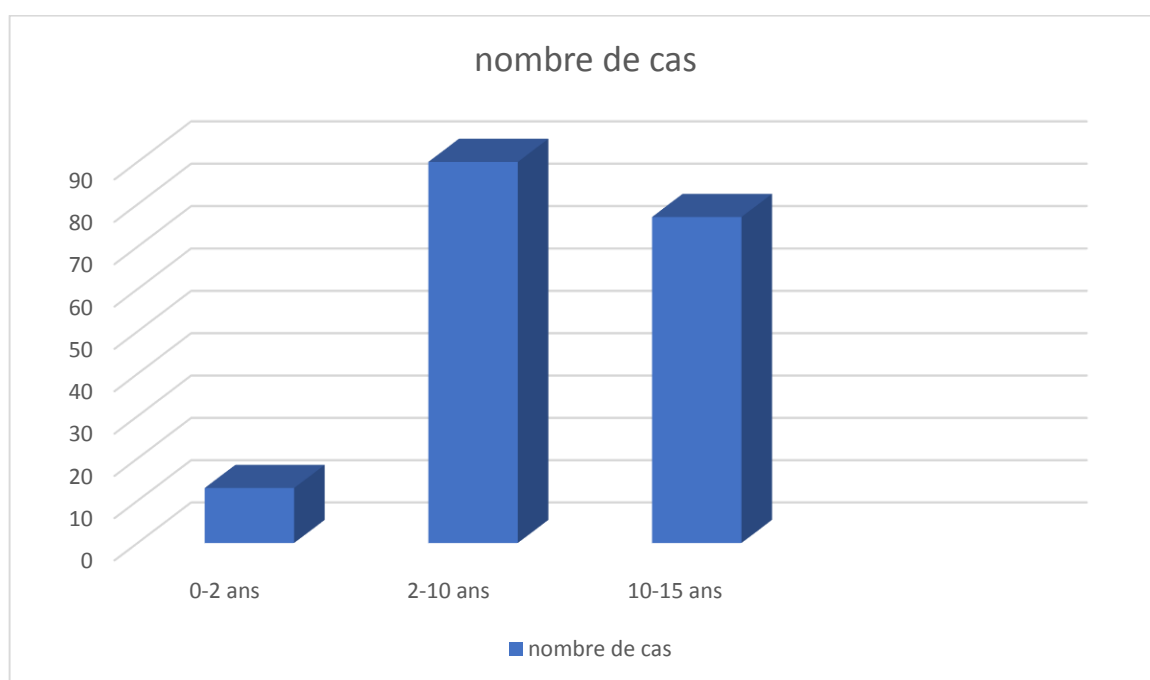
Tableau I synthétisant les différents antécédents personnels de nos patients.

Familiaux de psoriasis :

Dans notre étude, 22 enfants soit 12.2 % avaient des antécédents de psoriasis dans la famille.

▲ Répartition selon l'âge de début de la maladie et la durée d'évolution :

L'âge moyen de début de la maladie dans notre échantillon de malades était de 9.92 ans avec un écart type de 3.639 et la durée moyenne d'évolution de la pathologie était de 15.12 mois avec un écart type de 17.073.



Graphique 3:Diagrammes montrant la répartition des cas selon les tranches d'âge de début de la maladie.

▲ Répartition selon l'existence d'un facteur de déclenchement de la maladie :

Le psoriasis s'est déclenché suite à un facteur de risque type événement stressant chez 32 de nos malades a type de stress scolaire chez 25 enfants et problèmes conjugaux chez 7 d'entre eux. Les autres facteurs déclenchants, notamment les infections streptococciques ont été retrouvées chez 27 de nos patients.

Facteurs déclenchant	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Infectieux	27	13.8
Psychique	32	17.7
Médicamenteux	0	0

B. Caractéristiques cliniques :

▲ Type de lésions :

Dans notre étude, 94% des cas avaient des lésions érythémato-squameuses en plaques pour 116 d'entre eux (64.4%), en gouttes pour 33 cas (18.3%), en plaques et en gouttes à la fois pour 20 enfants (11.1%), annulaire pour 2 malades (1.2 %), la présence de pustules avec une érythrodermie chez deux enfant.



Figure 1. Images cliniques d'un psoriasis en gouttes



Figure 2. Images cliniques d'un psoriasis en plaque généralisé

⤴ **Localisation des lésions :**

Différentes parties du corps peuvent être atteintes et sont par ordre décroissant (Tableau IV).

Siège des lésions	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Visage	10	5.5
Membre Inf	115	63
Membre Sup	98	54
Palmo-plantaire	30	16.6
Plis	15	8.3
Tronc	57	63

Tableau IV montrant les différentes localisations trouvées chez nos malades.

▲ Lésions des muqueuses

Dans notre étude, 8 enfants (4.4 %) ont présenté une atteinte de la muqueuse buccale (langue géographique).

▲ Lésions du cuir chevelu

L'atteinte du cuir chevelu était retrouvée dans 95 cas (52.7%) dont 35 enfants avaient des lésions en plaque, 54 patients avaient un état pelliculaire et 6 d'autres avaient un casque squameuse.



Figure 3. Images cliniques d'un psoriasis du cuir chevelu

▲ Lésions unguéales

L'atteinte unguéale a été marquée chez 62 patients soit 34.4 %, avec ses différentes formes cliniques : 30 cas de dépressions ponctuées cupuliformes « en dé-à-coudre », 12 cas de striations transversales, 4 cas de paronychie, 6 cas de xanthychie et onycholyse dans un cas.

▲ Type de psoriasis

En fonction de l'aspect clinique , c'est le psoriasis vulgaire (en plaques) qui est le plus fréquent avec 122 patients (68 %), suivi du psoriasis en gouttes avec 25 patients (25 %), puis inversé (9.86%), langes (1.97%), érythrodermique et pustuleux (2.63%). Atteinte du cuir chevelu (68.42%), unguéale (34.21%), localisation palmoplantaire et visage (17.1%) chacune, atteinte muqueuse (6.57%) et articulaire (1.31%).



Figure 4. Localisation palmaire du psoriasis

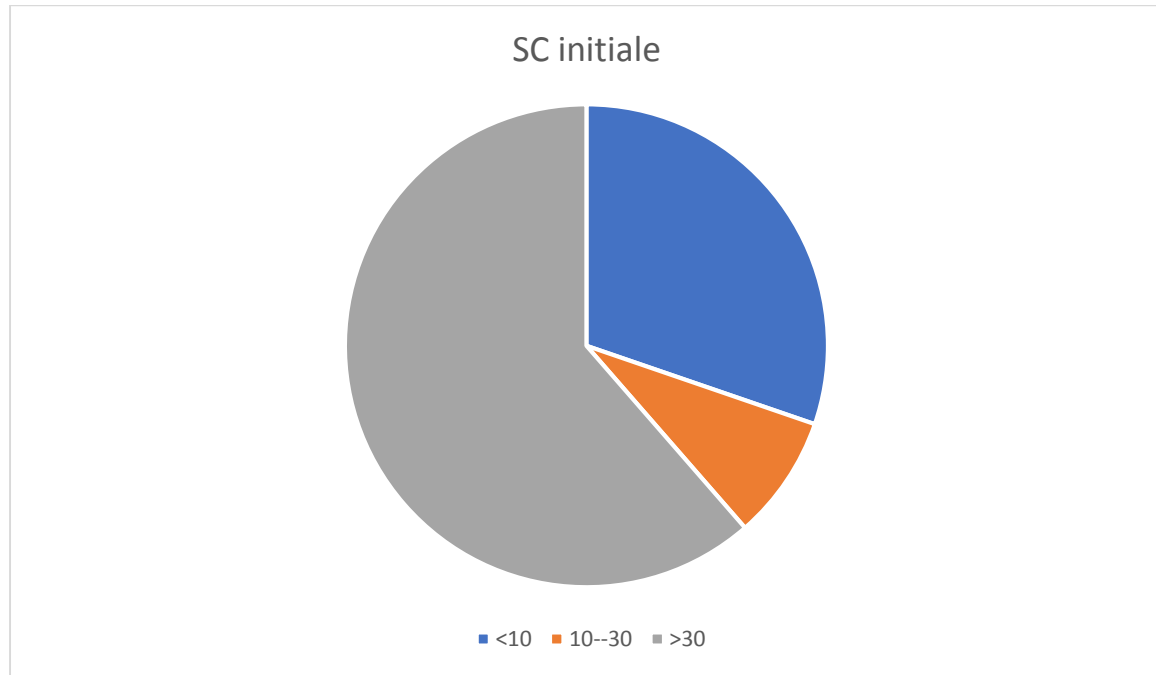


Figure 3. Atteinte du visage au cours du psoriasis

▲ **Gravité initiale :**

La surface cutanée initiale avant d'instaurer le traitement était :

- Inférieure à 10% dans 69 % des cas ;
- Entre 10 et 30% chez 19 % des cas ;
- Supérieure à 30% chez 12 % des cas ;



Graphique 4. Répartition des patients selon la surface cutanée initiale atteinte

▲ **Score de PASI**

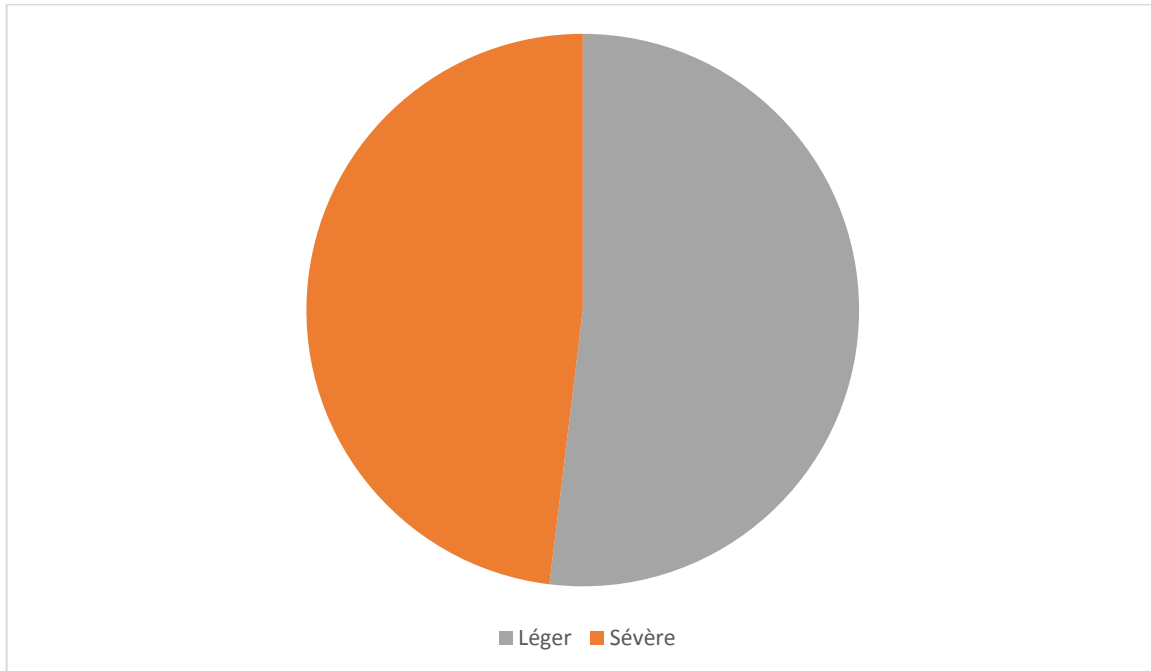
- ▲ L'évaluation de la sévérité de la maladie chez nos patients à l'aide de ce score à objectivé que ce dernier ne dépasse pas 10 dans la majorité des cas (Tableau V).

Score de PASI	Nombre de cas
0-5	64
5-10	85
>10	31

Tableau V synthétisant le degré de sévérité de la maladie dans notre série

▲ Score de DLQI

L'altération de la qualité de vie a été évaluée par le score DLQI qui était léger soit inférieur à 10 chez 51% des cas et sévère soit plus de 10 chez le reste avec une moyenne de 7.9 ± 2.7 .



Graphique 5. Répartition des patients selon le DLQI initial

C. Paraclinique

Le diagnostic positif dans notre série était porté essentiellement sur les données de l'examen clinique, aucun bilan à visée diagnostique n'a été réalisé.

Un bilan métabolique (glycémie à jeun, bilan lipidique), réalisé dans le cadre du dépistage d'une maladie métabolique associée, a été demandé chez 90% de nos enfants : les résultats étaient normaux.

Le dosage de la vitamine D a été réalisé chez 90% de nos malades, il a montré un déficit en vitamine D chez 105 enfants.

Une atteinte articulaire a été retrouvée chez 02 de nos patients.

D. Traitements :

1. Traitement topique :

- La quasi-totalité de nos patients était traitée par voie locale, essentiellement par les dermocorticoïdes (89.4%).
- Les dermocorticoïdes de classes faibles à modérée sont employées notamment chez le nourrisson, et dans les régions de peau fine comme les plis, le visage chez le grand enfant. Les dermocorticoïdes forts en pommade ont été prescrits pour les zones de peau épaisse comme les paumes, les plantes, les coudes, les genoux ou encore les ongles. Au cuir chevelu, on a privilégié les lotions de classe forte. La posologie était de 1 application/jour, habituellement le soir, en complément le matin à un émollient. La durée du traitement était variable selon le siège et la réponse clinique mais généralement la dégression commence dès la 2ème semaine.
- La vaseline salicylée (ne dépassant pas 10%) a été utilisée chez 26 patients (14.4%), seule ou en combinaison à des dermocorticoïdes.
- Dans notre série, 28 enfants (15%) ont été traités par l'association calcipotriol + dipropionate de bétaméthasone (DAIVOBET *).
- Trois enfants ont eu un traitement par tacrolimus soit 1.7 %.

2. Photothérapie :

- La photothérapie de type UVB localisée a été employée chez 15 enfants (en 1^{ère} intention chez 10 enfants soit 5.6% et en 2^{ème} intention chez 5 enfants soit 2.8%).
- La photothérapie généralisée a été instaurée chez 15 enfants soit 8.4% (en 1^{ère} intention chez 3 enfants soit 1.7% et en 2^{ème} intention chez 12 enfants soit 6.7%).

3. Traitement systémique :

- Le traitement par rétinoïdes (ACITRETINE) a été utilisé chez les trois enfants ayant présenté un tableau de psoriasis pustuleux érythrodermique, a noté que ces enfants ont été mis sous Colchicine avant la mise en route de l'acitrétine.
- Le traitement par méthotrexate a été instauré chez 11 enfants de notre série soit 6.1%.

E. Evolution :

Dans notre étude, 30 malades (16.6%) ayant présenté une forme légère à modéré, ont été perdus de vue dès le troisième mois du traitement.

On a pu suivre 150 cas (83.3 %) dont l'évolution était comme suit : 63 rémissions complètes, 55 réponses partielles, et 32 échecs. A noter que l'évaluation clinique des malades était réalisée chaque 3 mois. Ces résultats ayant été rattachés dans leur majorité à une mauvaise observance thérapeutique.

Au final, on a opté pour un changement de traitement chez 50 malades (27.7 %), en raison d'une réponse partielle non satisfaisante, rechute ou échec.

2. Etude analytique

On a étudié la relation entre la forme clinique et la sévérité de la maladie, ceci a permis de révéler qu'il y a une association statistiquement significative ($P < 0.001$) entre la forme du psoriasis en goutte ainsi que la forme pustuleuse, tandis que les autres formes n'ont pas montré de relation statistiquement significative avec la sévérité de la maladie.

La sévérité de la maladie a été évalué par 3 paramètres : surface cutanée, PASI, et l'échelle de DLQI : ainsi un psoriasis sévère était retenu si : $SC > 10\%$, $PASI > 10$, $DLQI > 10$.

Tableau croisé : psoriasis en goutte / sévérité de la maladie

			Sévérité de la maladie		Total
			1	2	
goutte	1	Effectif	14	30	44
		% dans goutte	31,8%	68,2%	100,0%
	2	Effectif	7	127	134
		% dans goutte	5,2%	94,8%	100,0%
Tota	I	Effectif	21	157	178
		% dans goutte	11,8%	88,2%	100,0%

Le psoriasis de l'enfant

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	22,513 ^a	1	,000	,000	,000
Correction pour continuité ^b	20,030	1	,000		
Rapport de vraisemblance	19,186	1	,000	,000	,000
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	22,387 ^c	1	,000	,000	,000
N d'observations valides	178				

Tableau croisé : psoriasis pustuleux * Severite de la maladie

			Severite de la maladie		Total
			1	2	
pustuleux x	1	Effectif	2	0	2
		% dans pustuleux	100,0%	0,0%	100,0%
	2	Effectif	19	157	176
		% dans pustuleux	10,8%	89,2%	100,0%
	Total	Effectif	21	157	178
		% dans pustuleux	11,8%	88,2%	100,0%

Le psoriasis de l'enfant

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	15,122 ^a	1	,000	,013	,013
Correction pour continuité ^b	7,765	1	,005		
Rapport de vraisemblance	8,723	1	,003	,013	,013
Test exact de Fisher				,013	,013
Association linéaire par linéaire	15,037 ^c	1	,000	,013	,013
N d'observations valides	178				

DISCUSSION

A. Généralités :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau caractérisée par des plaques érythémateuses, squameuses et bien limitées. Chez l'enfant Le psoriasis est un sujet important et complexe qui mérite une analyse approfondie.

On estime que cette maladie cutanée affecte 2,0 à 3,5 % de la population mondiale. Une publication récente de Parisi et al. a rapporté des pourcentages encore plus élevés, allant jusqu'à 8,5 % selon la population étudiée. Le psoriasis commence dans l'enfance dans près d'un tiers des cas, et les taux d'incidence publiés chez les enfants ont plus que doublé depuis 1970. Les lésions cutanées psoriasiques se caractérisent par des plaques squameuses érythémateuses bien définies et tendent à avoir une évolution chronique avec des phases de rémission et de rechute. La gravité varie de quelques plaques dispersées à une atteinte de presque toute la surface corporelle. Le psoriasis chez les enfants et les adolescents peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie en interférant avec l'estime de soi, les relations familiales et sociales, ainsi qu'avec l'école et le travail.

Les enfants souffrant de psoriasis ont également une prévalence plus élevée de comorbidités, notamment l'obésité, le diabète sucré, l'hypertension, la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn et les troubles psychiatriques, par rapport aux enfants sans psoriasis. En raison du fardeau de la maladie et des comorbidités associées, un diagnostic et une prise en charge précoces chez les enfants sont essentiels.

Le psoriasis chez l'enfant présente de nombreuses similitudes avec celui de l'adulte. Notre travail vise à préciser les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection cutanée chronique chez les enfants.

B. Epidémiologie :

✓ **Prévalence :**

Le psoriasis touche plus de 60 millions d'adultes et d'enfants dans le monde.

Prévalence et incidence: variable en fonction des régions:

- Le psoriasis débute dans 1 / 3 des cas durant l'enfance.
- En Europe: prévalence entre 0.5 et 2%.
- Aux états unis, Asie et Afrique elle est plus basse entre 0,02 % à 0,1 %.
- Ces différences sont expliquées par l'exposition solaire, le climat, les facteurs génétiques et l'origine ethnique.

Au Maroc, une étude a été menée par l'équipe du CHU de Marrakech et a montré les résultats suivants (4):

- 100 cas d'enfants atteints de psoriasis âgés de moins de 16 ans.
- La fréquence annuelle moyenne était de 19 nouveaux cas/an.
- L'âge variait de 3 mois à 15 ans, avec une moyenne de 8,5 ans.
- Sex ratio: 0,92 avec 48 garçons (48%) et 52 filles (52%).
- 6% avaient des ATCD de psoriasis dans la famille.

Dans notre série l'âge moyen des patients était de 9.92 ans

✓ Sex ratio:

- La majorité des études ont objectivées une prédominance féminine dans le psoriasis de l'enfant, ceci est du certainement aux facteurs génétiques et à l'âge précoce de puberté.
- Prédominance de l'atteinte du cuir chevelu chez le sexe féminin et unguéale chez les garçons.

Dans notre étude on a noté une prédominance féminine avec un sexe ratio H/F à 0.53.

✓ Comorbidités :

Certaines études suggèrent l'association du psoriasis pédiatrique avec certaines comorbidités (5,6).

Dans une données d'une étude mené par une équipe allemande, un risque deux fois plus élevé d'hyperlipidémie, d'obésité, d'hypertension, de diabète sucré et de polyarthrite rhumatoïde a été constaté chez les patients atteints de psoriasis âgés de moins de 18 ans, par rapport aux témoins sains(5,6).

La maladie de Crohn est notée quatre fois plus par rapport aux témoins non affectés (5,6).

Prévalence de surpoids et obésité plus élevée chez les enfants atteints de psoriasis.

Le surpoids ou l'obésité précèdent généralement le psoriasis d'au moins 2 ans.

Excès de tissu adipeux et l'état pro-inflammatoire associé, ainsi que l'expression accrue des cytokines prédisposent au développement du psoriasis.

Donc les auteurs recommandent le dépistage avec prise de l'IMC chaque année à partir de l'âge de 2 ans. Si enfant en surpoids ou obèse, encourager la famille au changement du mode de vie, procurer des conseils en nutrition et encourager la perte de poids vu que l'association psoriasis et obésité augmente le risque cardio vasculaire.

Concernant le risque de diabète type 2 : Le risque réel non encore défini, il existe de multiples facteurs de risques.

Donc les Recommandations du dépistage suggérée par les auteurs sont comme suit :

Tous les 3 ans à partir de l'âge de 10 ans ou du début de la puberté si le patient est en surpoids et présente 2 facteurs de risque de l'encadré.

Patients obèses tous les 3 ans à partir de l'âge de 10 ans ou du début de la puberté, indépendamment de la présence de facteurs de risque.

Le dépistage doit être effectué en mesurant la glycémie à jeun.

Étant donné le risque remarquablement faible de diabète chez les enfants pré pubères, le dépistage du diabète de type 2 n'est pas recommandé de manière systématique (5,6).

Concernant le risque de dyslipidémie : Association de troubles du métabolisme lipidique et psoriasis existe mais non encore prouvée.

Le dépistage systématique par un bilan lipidique à jeun n'est pas recommandé.

Il doit être réalisé systématiquement chez les enfants entre 9 à 11 ans et 17 à 21 ans.

En dehors des tranches d'âge spécifiées, le dépistage est également recommandé en présence de tout autre facteur de risque cardiovasculaire.

Un dépistage supplémentaire ou répété doit être envisagé pour les patients âgés de moins de 9 ans ou de 12 à 16 ans en présence d'autres facteurs de risque (5,6).

En ce qui concerne l'association entre psoriasis et HTA : Association non encore prouvée, une seule étude rétrospective a soulevé cette association.

Donc les auteurs recommandent un dépistage annuel à partir de l'âge de 3 ans en utilisant un matériel adéquat.

Concernant l'association entre psoriasis et stéatose hépatique non alcoolique :

Tous les enfants obèses ou en surpoids présentant des facteurs de risque: obésité androïde, résistance à l'insuline, pré diabète ou diabète, dyslipidémie, apnée obstructive du sommeil ou antécédents familiaux de stéatose hépatique : dépistage par mesure de l'ALAT dès l'âge de 9 à 11 ans.

Un dépistage plus précoce peut être envisagé chez les patients plus jeunes présentant des facteurs de risque tels qu'une obésité sévère, des antécédents familiaux de stéatose hépatique ou un hypopituitarisme.

Lorsque le test de dépistage initial est normal, répéter le dosage de l'ALAT tous les 2 à 3 ans si les facteurs de risque restent inchangés.

il n'existe actuellement aucune preuve à l'appui du dépistage des patients atteints de psoriasis et ayant un IMC normal.

Concernant l'association entre psoriasis et maladies digestifs : Pas d'étude concernant la maladie cœliaque chez les patients atteints de psoriasis pédiatrique.

Toutefois Les patients atteints de psoriasis présentent des taux accrus de maladies intestinales inflammatoires.

Donc Si cassure de la courbe staturo-pondérale, diminution de la vitesse de croissance, une perte de poids inexplicée ou des symptômes compatibles avec une maladie intestinale inflammatoire (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée chronique), une évaluation gastro-intestinale formelle doit être envisagée (5,6).

C. Facteurs Favorisants :

Les facteurs favorisants suivants sont incriminés [7 ,8,9].

❖ Prédisposition génétique

Le psoriasis se manifeste souvent chez des individus ayant une prédisposition génétique. Lorsqu'un parent est atteint de psoriasis, tous les experts s'accordent à dire que le risque est accru pour l'enfant, bien que les estimations varient : 14 % selon Shafer dans une étude allemande, et Andressen et Henseler dans une analyse de 2035 histoires familiales de psoriasis chez des patients allemands, et 28 % selon Swanbeck et al dans une étude génétique d'une population de personnes atteintes de psoriasis. Ce risque augmente à 41 % à 65 % lorsque les deux parents sont atteints, et atteint 75 % en cas de psoriasis chez un jumeau monozygote. Dans notre étude, 6 % de nos patients avaient un parent ou un frère atteint de psoriasis et 16 % d'entre eux présentaient une consanguinité de premier degré. Cette susceptibilité génétique semble liée aux gènes du complexe majeur d'histocompatibilité de classe II, sur le chromosome 6. On distingue deux sous-types de la maladie selon la sous-classe HLA et l'âge d'apparition du psoriasis : le type 1, associé à HLA-Cw6, -B57, et -DR7, se manifeste

précocement, tandis que le type II, associé à HLA-Cw2, apparaît plus tardivement (7 ;8 ;9).

❖ Facteurs environnementaux

L'apparition du psoriasis ne dépend pas uniquement de facteurs héréditaires ou génétiques, mais également de facteurs exogènes. Les études sur des jumeaux homozygotes danois et américains montrent des taux de concordance inférieurs à 100 % (60 à 70 %), suggérant l'influence de facteurs environnementaux (8 ;9).

a. Facteurs infectieux

Infections streptococciques

Les infections streptococciques sont un facteur déclenchant du psoriasis en gouttes et, plus rarement, du psoriasis pustuleux ou des poussées de psoriasis en plaques. Les antigènes streptococciques, en particulier la protéine M du streptocoque bêta-hémolytique, sont considérés comme des superantigènes capables d'activer les lymphocytes T sensibilisés de l'épiderme. L'angine à streptocoque est souvent en cause, et d'autres localisations d'infection streptococcique initiatrice doivent également être recherchées. Dans notre étude, l'infection streptococcique a été identifiée comme facteur déclenchant chez 27 enfants ayant rapporté des angines à répétition, bien que sans certitude quant à son origine streptococcique (10 ,11).

Infections virales

L'infection par le VIH peut induire ou aggraver un psoriasis chez l'adulte. Un cas de psoriasis du tronc chez un enfant de cinq mois infecté par le VIH a

également été rapporté. Certaines études suggèrent une association entre le psoriasis et certaines infections virales, telles que l'hépatite C, le papillomavirus humain, le virus de l'herpès simplex, le virus de la varicelle-zona et le cytomégalovirus (12). Chez l'enfant, une étude portant sur 26 enfants atteints de psoriasis comparés à 15 enfants atopiques a révélé une fréquence plus élevée de portage du papillomavirus humain dans les squames des lésions psoriasiques, suggérant une possible association entre le psoriasis et le PVH chez l'enfant, indépendamment de la forme clinique. Dans notre étude, aucun cas d'infection virale clinique n'a été identifié.

b. Facteurs psychologiques

Le rôle des chocs émotionnels dans le déclenchement ou les poussées de psoriasis est bien connu et pourrait concerner environ 70 % des personnes atteintes. Ces chocs peuvent être des événements affectifs brutaux (séparation, deuil, accident, rupture sentimentale) ou des événements matériels ou professionnels. Les stress psychologiques pourraient agir par l'intermédiaire d'une sécrétion accrue de neuromédiateurs et d'hormones surrénaliennes (13). Dans notre étude, environ 17.7 % des patients avaient un facteur déclenchant psychologique.

c. Facteurs médicamenteux

Certains médicaments peuvent induire ou aggraver un psoriasis préexistant, ou encore être responsables du développement d'une résistance au traitement. On distingue :

Ceux pour lesquels la relation avec la maladie est parfaitement établie : sels de lithium, bêtabloquants, interféron-alpha.

Ceux pour lesquels la relation est probable mais moins bien établie : antipaludéens de synthèse, anti-inflammatoires non stéroïdiens, terbinafine, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et tétracyclines.

Ceux pour lesquels des cas isolés d'aggravation ont été décrits : digoxine, clonidine, iodure de potassium, trazodone, sels d'or, progestérone, antagonistes calciques.

La relation entre la prise médicamenteuse et le déclenchement des poussées reste probabiliste. Dans notre série, aucune prise médicamenteuse n'a été rattachée au déclenchement du psoriasis.

d. Facteurs locaux : traumatismes physiques

Le phénomène de Koëbner se caractérise par l'apparition de lésions psoriasiques sur un traumatisme cutané, l'éruption étant strictement limitée à la zone irritée ou traumatisée (stries de grattage, cicatrices chirurgicales ou post-traumatiques, vaccination, tatouage), souvent de forme géométrique. Ce phénomène est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte (49,6 % chez l'enfant contre 38,9 % chez l'adulte).

D. Diagnostic positif et différentiel (14,15):

Les présentations cliniques du psoriasis chez l'enfant sont similaires à l'adulte avec quelques différences :

- Atteinte du siège durant la période néonatale,
- Atteinte du visage,
- Psoriasis en goutte.

On note aussi que Les plaques sont souvent plus petites, et les squames sont plus fines et plus molles que chez les adultes.

✓ Le psoriasis en plaque :

C'est la Forme la plus fréquente. Touche environ 35 à 70% des enfants atteints de psoriasis, la fréquence augmente avec l'âge.

Typiquement, plaques érythémateuses bien limitées de contours réguliers surmontées de squames blanchâtres épaisses.

Variations sémiologiques chez les enfants : plaques de petite taille, couleur rose, moins bien délimitée et moins squameuses ressemblant à une DA.

Localisation : coudes, genoux, cuir chevelu, parfois généralisée avec plus grande fréquence d'atteinte faciale et anogénitale.

Le diagnostic différentiel se pose principalement avec : Dermatite atopique , Parapsoriasis , Dermatophytose ,Lupus subaigu.

Dans notre série le psoriasis en plaque est la forme la plus retrouvée avec un pourcentage de 68%.

✓ Le psoriasis en goutte

Forme plus fréquente chez les enfants et adolescents. Caractérisée par une éruption faite de multiples petites lésions annulaires, squameuses localisées au niveau du tronc, abdomen et dos.

Il s'agit d'une forme aigue de psoriasis qui disparaît généralement après 3 à 4 mois et qui dans 40 à 50% évolue vers une forme chronique. 1 /3 des patients développeront un psoriasis en plaques plus tard dans leur vie.

Souvent précédé par une infection streptococcique des VAS++, plus rarement péri anale, vulvaires, balanopréputiale. A rechercher systématiquement.

Le diagnostic différentiel se pose principalement avec : Toxidermies et fièvres éruptives, Syphilis congénitale précoce/ tardive. Eczéma nummulaire. Pityriasis rosé de Gilbert , Tinea corporis.

Dans notre série cette forme a été retrouvée chez 25 patients.

✓ Le psoriasis des langes :

Type clinique le plus fréquent chez le nourrisson, diagnostic à évoquer systématiquement devant une dermite du siège chez le nourrisson.

Il s'agit d'un placard érythémateux bien limité avec ou sans squames.

La fréquence de cette localisation diminue avec l'âge.

Principales complications : surinfection bactérienne ou candidosique, fissurations douloureuses.

Dans notre série cette forme a été retrouvée dans 1.97% des cas.

✓ Le psoriasis palmo plantaire

Fréquence de cette localisation chez les enfants entre 10 et 20%.

Fréquence plus élevée chez les enfants entre 3 et 12 ans.

Limité aux mains ne dépassant pas le poignet.

Acropulpite sèche fissuraire et sensible. Parfois pustulose palmoplantaire isolée ou associée à une atteinte unguéale.

Impact important sur l'écriture et l'apprentissage.

Le diagnostic différentiel se pose principalement avec : Eczéma palmo plantaire, Dermite irritative, Dermatophytie.

Dans notre série le psoriasis palmo plantaire constitue 17.1%.

✓ Le psoriasis du cuir chevelu

Localisation fréquente chez les enfants, souvent forme de début de la pathologie.

Touche les filles plus que les garçons.

Atteinte le plus souvent de la lisière fronto occipitale.

Aspect de pseudoteigne amiantacée. Souvent associée à une atteinte des CAE.

Forme sévères: carapace du cuir chevelu.

Forme légère ressemble à une DS.

Corrélié à l'atteinte articulaire chez l'adulte, non encore démontrée chez l'enfant.

Dans notre série le psoriasis du cuir chevelu constitue 68.4 %.

✓ Le psoriasis unguéal

La prévalence de cette atteinte varie entre 20 et 40%. Touche surtout les garçons, associé à la sévérité de la maladie.

Parfois, manifestation initiale de la pathologie, voir la seule.

Si atteinte unguéale isolée, difficulté diagnostic d'où la nécessité du recours à une biopsie.

Aspects cliniques : dés à coudre (surtout ongles des mains), onycholyse et pachyonychie (ongles des pieds), lignes de beau, tache d'huile, paronychie, leuconychie, hémorragies filiformes.

Association à l'atteinte articulaire.

Dans notre série l'atteinte unguéale a été retrouvé dans 34.2% des cas.

✓ Autre forme rares chez l'enfant :

Psoriasis spinulosique: forme propre à l'enfant, se manifeste par une kératose folliculaire des coudes et genoux. Pose un problème de diagnostic différentiel avec le lichen et le pityriasis rubra pilaris.

Psoriasis linéaire, annulaire, pustuleux ou érythrodermique peuvent toucher les enfants mais sont néanmoins très rares.

E. Traitement (16,17,18) :

Le psoriasis varie en fonction de l'âge des patients, du type de psoriasis, des sites atteints et de l'extension de la maladie (16). Cette condition nécessite l'implication de plusieurs spécialistes tels que les dermatologues, les pédiatres et les rhumatologues. Il existe 4 types de traitement tels que décrits.

✓ Agents topiques :

Les agents topiques tels que les émoullients, les analogues de la vitamine D et les corticoïdes doivent être le premier choix de traitement pour les enfants atteints de psoriasis léger à modéré.

1) Les Dermocorticoïdes :

- L'utilisation de stéroïdes topiques pour traiter le psoriasis chez les enfants est techniquement un traitement hors indication (en raison du manque d'essais cliniques dans cette population), mais il est fréquemment pratiqué et largement envisagé pour les maladies localisées.
- Les corticostéroïdes topiques sont disponibles sous une grande variété de formes et sont utilisés à toutes les phases de la maladie, de la prise en charge des poussées à l'entretien. Il existe de nombreuses approches cliniques pour le traitement avec des corticostéroïdes topiques, et le choix d'une routine thérapeutique (puissance, forme galénique, fréquence d'application) doit tenir compte des zones touchées, du type et de l'épaisseur du psoriasis, de l'âge du patient, de la surface corporelle totale atteinte.

- Les corticoïdes réduisent l'inflammation et la prolifération des kératinocytes, et l'érythème.
- Cependant ils peuvent avoir des effets indésirables locaux et systémiques.
- Les effets indésirables locaux surviennent avec un traitement prolongé et sont liés à l'activité de la corticothérapie et au site d'application. Les effets indésirables les plus fréquents sont l'atrophie, les stries l'acné, la rosacée, la dermatite périorale et le purpura. Les patients peuvent également présenter des effets indésirables moins fréquents tels qu'hypertrichose, retard de cicatrisation des plaies, altération des pigmentations et aggravation des infections cutanées.
- Les effets indésirables systémiques sont plus fréquents dans le traitement topique à long terme avec des corticoïdes très puissants sur de grandes zones, une peau mince ou des surfaces enflammées. Les enfants ont une grande surface corporelle liée au volume corporel, de sorte qu'ils ont un risque plus élevé de développer une suppression hypothalamique-hypophyso-surrénale due à l'absorption systémique. Certains effets indésirables systémiques sont le syndrome de Cushing iatrogène (face lune, obésité centripète, striae) crises d'Addison liées à la corticothérapie, retard de croissance (densité minérale osseuse réduite, ostéopathie), hyperglycémie et diabète sucré, œdème, hypocalcémie, hypertension. Pendant la poursuite du traitement, les patients psoriasiques peuvent développer une tachyphylaxie. Des phénomènes de rebond peuvent

survenir lors du sevrage des stéroïdes à l'état d'être appliqué sur de grandes zones de psoriasis pendant une longue période. Ils sont caractérisés par une rechute ou une poussée papulo-pustulaire et peuvent précipiter un psoriasis pustuleux généralisé sévère.

- Dans cette étude observationnelle prospective multicentrique réalisée par Herz et al (19), les effets de l'halobétasol propionate 0,05 % (stéroïde de classe IV, très puissant) ont été évalués chez 81 enfants et adolescents présentant des troubles cutanés affectant 5 % ou moins de la surface corporelle, dont 11 atteints de psoriasis en plaques. Le traitement comprenait des applications topiques de crème d'halobétasol propionate 0,05 % une deux applications par jour pendant 14 jours. Après le traitement, les plaques psoriasiques avaient disparu chez 72,7 % des patients, s'étaient nettement améliorées chez 18,2 % et modérément améliorées chez 9,1 %. Des effets indésirables topiques ont été rapportés chez trois des 81 patients. L'érythème, une légère atrophie cutanée, la sécheresse et la dépigmentation ont chacun été observés chez un patient. Aucun effet indésirable systémique n'a été identifié.
- Une autre étude menée par Frangos et Kimball a montré l'efficacité de l'utilisation à court terme (2 semaines) de la mousse de clobétasol pour le psoriasis chez les enfants. Il n'y avait aucune limite sur la surface corporelle totale (SCT) de l'application. Chez les patients de moins de 12 ans, une suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) a été observée mais était réversible. Aucune

suppression de l'HHS n'a été notée chez les patients âgés de 12 à 18 ans (20).

- Dans notre série La quasi-totalité de nos patients était traitée par voie locale, essentiellement par les dermocorticoïdes (89.4%).
- Ainsi Les dermocorticoides de classes faibles à modérée ont été employées chez le nourrisson, et dans les régions de peau fine comme les plis, le visage chez le grand enfant. Les dermocorticoïdes forts en pommade ont été prescrits pour les zones de peau épaisse comme les paumes, les plantes, les coudes, les genoux ou encore les ongles. Au cuir chevelu, on a privilégié les lotions de classe forte. La posologie était de 1 application/jour, habituellement le soir, en complément le matin à un émollient. La durée du traitement était variable selon le siège et la réponse clinique mais généralement la dégression commence dès la 2eme semaine.

2) Les analogues de la Vitamine D :

- Les analogues de la vitamine D3, comme le calcipotriène, le calcipotriol et le calcitriol, inhibent la prolifération des kératinocytes et la synthèse de l'ADN, et favorisent la différenciation des kératinocytes. Ils sont souvent utilisés en combinaison avec des corticostéroïdes topiques. Un avantage important des analogues de la vitamine D, notamment pour l'utilisation pédiatrique, est leur capacité à réduire l'utilisation des corticostéroïdes (21). Le traitement avec des analogues de la vitamine D est sûr, efficace et relativement bien toléré chez les enfants de tous âges. Plusieurs petites séries de

cas et essais cliniques de qualité variable ont été réalisés chez les enfants.

- Cinquante-huit patients atteints de psoriasis pédiatrique, âgés de 3 à 14 ans, ont été traités avec du calcipotriol deux fois par jour pendant 8 semaines dans une étude menée par Darley et ses collègues (22), Soixante-cinq pour cent des patients ont connu une clairance complète ou des résultats excellents. Le calcipotriol a également réduit les rougeurs et les desquamations, avec une bonne tolérance, dans une étude de 8 semaines portant sur 77 patients atteints de psoriasis pédiatrique léger à modéré, âgés de 2 à 14 ans (23). La revue systématique du psoriasis infantile menée par de Jager et al (24) a conclu que les analogues de la vitamine D en monothérapie sont le traitement de première ligne pour le psoriasis en plaques pédiatrique, bien qu'en pratique, ils soient souvent utilisés en combinaison avec un stéroïde topique pour obtenir un contrôle initial.
- Dans notre série 28 enfants soit 15% , ont été mis sous calcipotriol en association avec le dipropionate de bétaméthasone(Daivobet).
- Les préparations d'analogues de la vitamine D peuvent causer des irritations locales et sont souvent évitées sur le visage, les organes génitaux et la peau intertrigineuse (25,26). L'irritation est souvent améliorée ou atténuée avec l'application concomitante d'un émollient. Il faut faire preuve de prudence quant aux quantités utilisées, étant donné le risque théorique d'hypercalcémie et d'hypovitaminose D dû à l'absorption systémique, bien qu'aucune

donnée spécifique ou recommandation n'existe concernant l'utilisation maximale chez les enfants. Cela est particulièrement vrai lorsque ces traitements sont utilisés pour le psoriasis étendu chez les nourrissons et les très jeunes enfants, ainsi que sous occlusion de grandes surfaces.

- Les analogues de la vitamine D, seuls ou en combinaison avec le dipropionate de bétaméthasone, sont disponibles sous forme de crème, onguent, suspension et mousse. En pratique, ces agents peuvent être utilisés en combinaison avec d'autres thérapies topiques pour améliorer l'efficacité et limiter les effets indésirables possibles.

3) Les inhibiteurs de la Calcineurine :

- La plupart des données relatives à l'utilisation des ITC chez les enfants proviennent d'études sur la dermatite atopique. La revue systématique du traitement du psoriasis pédiatrique menée par de Jager et al (24) recommande les ITC comme thérapie de première intention préférée pour le psoriasis du visage, des organes génitaux et des plis du corps, incluant le pimécrolimus, le tacrolimus et la cyclosporine.
- Une étude ouverte, monocentrique, portant sur 11 enfants (âgés de 6 à 15 ans) atteints de psoriasis facial ou inversé a rapporté une clairance ou une amélioration excellente en 30 jours chez les 8 patients ayant poursuivi l'essai pendant au moins 30 jours. Sept des 8 patients ont eu des rechutes par la suite, mais ont bien réagi au

traitement répété (27). Dans une série de cas de 4 patients traités avec 0,1% de tacrolimus pour le psoriasis facial, dont l'un était un enfant, une clairance complète a été obtenue en 72 heures (28). De même, une revue rétrospective des dossiers médicaux de 12 enfants atteints de psoriasis facial ayant utilisé du tacrolimus 0,1% a rapporté une clairance en 2 semaines(29) . Amichai (30) a rapporté une clairance du psoriasis pénien chez un garçon de 10 ans après 3 semaines d'utilisation topique de pimécrolimus. Mansouri et ses collègues (31) ont noté une clairance du psoriasis périorbitaire et anogénital chez une fille de 10 ans après 20 jours d'utilisation topique de pimécrolimus. Les effets indésirables rapportés de l'utilisation des ITC chez les enfants incluent brûlures, picotements, prurit et irritation (27,29) .Il n'existe pas d'études pédiatriques sur le psoriasis clarifiant les meilleures pratiques concernant l'utilisation des ITC avec ou après un traitement topique par stéroïdes.

4) Autres :

- D'autres traitements topiques peuvent être utilisé mais ne sont pas de pratique courante à savoir les rétinoïdes, les goudrons, l'antaphline et les kératolytiques.
- Le tazarotene diminue l'inflammation et aide à restaurer la prolifération et la différenciation épidermiques normales. Il est efficace dans le traitement du psoriasis des ongles. Les goudrons ont un effet antiprurigineux et antiprolifératif.

- L'anthralrine est notamment utilisée sur des plaques épaisses ou de grandes zones impliquées. Le phénol et la solution saline peuvent être utilisés pour les lésions du cuir chevelu.

Table XXVI. Recommendations for pediatric psoriasis and topical combination therapy

Recommendation No.	Recommendation	Strength of recommendation
13.1	The combination of calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment applied once daily for up to 4 weeks at a time is recommended as a safe and effective treatment for children ages 12 years and older with mild to moderate plaque psoriasis.	B
13.2	The combination of calcipotriol/betamethasone dipropionate suspension applied once daily for up to 8 weeks at a time is recommended as a safe and effective treatment for children ages 12 years and older with mild to moderate plaque psoriasis of the scalp.	B
13.3	The use of emollients (at the same time or different time of day) with topical calcipotriene may be considered to reduce irritation and enhance the efficacy of calcipotriene.	C
13.4	Rotational therapy with topical vitamin D analogues, topical calcineurin inhibitors, emollients, tar-based therapies, and topical corticosteroids may be considered in children as steroid-sparing regimens that may reduce potential adverse effects from overreliance on topical steroid therapy.	C

Table XXVIII. Recommendations for pediatric psoriasis and topical tazarotene therapy

Recommendation No.	Recommendation	Strength of recommendation
14.1	The off-label use of topical tazarotene may be recommended as monotherapy or in combination with topical corticosteroids for the treatment of localized pediatric skin or nail psoriasis.	C

✓ Photothérapie :

- La photothérapie (BNB–UVB) en bande étroite (Bl.) est une thérapie alternative pour les enfants atteints de psoriasis chronique en plaques qui ont un résultat insatisfaisant pour le traitement topique.
- Les effets indésirables de la photothérapie chez les enfants incluent érythème, brûlure, hyperpigmentation, réactivation virale et risque de carcinogénèse cutanée dans un traitement à long terme par PUVA. Le psoralène est évité chez les enfants de moins de 12 ans. La photothérapie est contre-indiquée chez les enfants présentant des syndromes de cancer cutané ou une érythrodermie généralisée.
- Une étude rétrospective menée par Ersoy–Evans et al (32) a analysé l'efficacité de la photothérapie NB–UVB chez 68 patients pédiatriques atteints de psoriasis âgés de 5 à 17 ans. La cohorte comprenait des patients atteints de psoriasis en plaques et en gouttes, et 92 % des patients ont montré une amélioration significative, avec des effets indésirables minimes enregistrés.
- Une revue rétrospective similaire de l'efficacité de la NB–UVB chez les patients pédiatriques atteints de psoriasis et de dermatite atopique a montré une clairance de la maladie chez 50 % des patients atteints de psoriasis sans effets indésirables notés.(33) Vingt patients atteints de psoriasis pédiatrique ont reçu deux fois par semaine des séances de NB–UVB pour le psoriasis en gouttes ou en plaques réfractaire dans une étude prospective menée par Jain et ses collègues.(34) Les patients étaient âgés de 6 à 14 ans, et tous avaient un type de peau Fitzpatrick

IV. Après 12 semaines de thérapie, 60 % des patients avaient au moins 90 % de clairance cutanée. Deux patients ont interrompu le traitement en raison d'un érythème intolérable. La gravité de la maladie n'a pas été corrélée au nombre de traitements nécessaires pour éclaircir la peau, ni à la dose requise pour voir une amélioration.

- Dans notre série la photothérapie de type UVB localisée a été employée chez 15 enfants (en 1^{ère} intention chez 10 enfants soit 5.6% et en 2^{ème} intention chez 5 enfants soit 2.8%), tandis que la photothérapie généralisée a été instaurée chez 15 enfants soit 8.4% (en 1^{ère} intention chez 3 enfants soit 1.7% et en 2^{ème} intention chez 12 enfants soit 6.7%).
- Le nombre limité de patients dans notre série traités par photothérapie est principalement attribuable aux contraintes liées aux déplacements nécessaires pour se rendre à l'hôpital pour les séances.

Table XXXIV. Recommendations for pediatric psoriasis and phototherapy/photochemotherapy

Recommendation No.	Recommendation	Strength of recommendation
17.1	NB-UVB is recommended as a treatment option for moderate to severe pediatric plaque and guttate psoriasis.	B
17.2	The use of excimer laser or PUVA therapy in children with psoriasis may be efficacious and well tolerated but has limited supporting evidence.	C

NB-UVB, Narrowband ultraviolet light B; PUVA, psoralen plus ultraviolet light A.

✓ Traitement systémique :

1. Methotrexate :

- Un traitement systémique est nécessaire dans la maladie modérée à sévère.
- Le méthotrexate est le médicament systémique le plus couramment utilisé pour le psoriasis chez les enfants et il nécessite une supplémentation en acide folique.

- Il est souvent choisi en raison de son faible coût, de ses données d'efficacité et de sécurité à long terme. Le méthotrexate est administré hebdomadairement, ce qui le rend moins contraignant que les autres options, et il peut être administré par voie orale ou par injection sous-cutanée. Bien qu'il ne soit pas nécessairement un médicament à action rapide, son début d'action lent conduit à une efficacité éventuelle dans chaque sous-type de psoriasis.
- Le méthotrexate est également utilisé pour le psoriasis arthritique (PSA), ce qui le rend particulièrement utile pour les enfants atteints de psoriasis et de PSA concomitants. Le méthotrexate peut être utilisé en monothérapie ou en combinaison avec un agent biologique pour augmenter l'efficacité et/ou théoriquement prévenir la formation d'anticorps anti-médicament.
- Les effets indésirables les plus graves du méthotrexate sont la myélosuppression, la toxicité hépatique et pulmonaire. D'autres options peuvent inclure la ciclosporine et les rétinoïdes systémiques. La ciclosporine est bien tolérée chez les patients pédiatriques et a un effet rapide sur le psoriasis sévère, pustuleux et érythrodermique.
- Kaur et ses collègues (35) ont réalisé une revue rétrospective avec administration du méthotrexate chez 24 patients pédiatriques atteints de psoriasis sévère réfractaire. Dix-sept avaient un psoriasis en plaques, 3 étaient atteints de psoriasis érythrodermique, 3 de psoriasis pustuleux, et 1 avait principalement une atteinte palmoplantaire. La posologie de méthotrexate variait de 7,5 à 20 mg par semaine. Vingt-deux patients ont noté une amélioration majeure de leur maladie

cutanée, définie comme une amélioration supérieure à 75 % du score PASI (PASI 75). Les patients ont répondu au traitement en moyenne après 5 semaines, avec des périodes de rémission variant de 1,5 mois à 3 ans. Neuf patients ont éprouvé des effets indésirables gastro-intestinaux légers tels que nausées, vomissements et perte d'appétit, mais cela n'a pas empêché la poursuite du traitement.

- Une autre étude menée par Collin et al (36) sur 13 patients atteints de psoriasis pédiatrique âgés de 3 à 15 ans, traités avec du méthotrexate à 0,03 à 0,24 mg/kg une fois par semaine pour le psoriasis en plaques réfractaire, a révélé que 11 patients ont répondu au médicament (défini par une clairance cutanée), bien que 4 patients aient eu besoin de plusieurs cycles de traitement pour maintenir la clairance cutanée. Deux des 13 patients ont interrompu le traitement malgré la clairance cutanée en raison d'une perturbation du bilan hépatique, bien qu'aucun événement indésirable ne soit survenu.
- Dans notre série 11 patients ont été mis sous méthotrexate ayant une forme sévère du fait de sa disponibilité et son coût abordable.

Table XXXVII. Recommendations for pediatric psoriasis and methotrexate therapy

Recommendation No.	Recommendation	Strength of recommendation
18.1	Methotrexate is recommended as an effective systemic therapy for moderate to severe plaque psoriasis and other psoriasis subtypes in children.	B
18.2	Methotrexate is recommended as an effective systemic therapy for pustular psoriasis in children.	B
18.3	Methotrexate weight-based dosing is recommended in younger children, ranging from 0.2 to 0.7 mg/kg/wk (maximum, 25 mg/wk).*	B
18.4	Folic acid supplementation daily or 6 times weekly during treatment with methotrexate is recommended.	B
18.5	Routine clinical and laboratory monitoring is recommended before and during treatment with methotrexate.	B

*In the version of this article that published online November 5, 2019 and in the January 2020 print issue this value was incorrect. The error has been corrected in this version of the article.

2. Rétinoïdes systémiques :

- L'efficacité et la sécurité du traitement par rétinoïde dans le traitement du psoriasis pédiatrique ont été mises en évidence principalement dans le psoriasis pustuleux et érythrodermique (37). L'étinate était précédemment utilisé mais il n'est plus commercialisé, et il a été remplacé par l'acitrétine, son métabolite actif. L'utilisation de l'acitrétine n'a été décrite que chez quelques enfants atteints de psoriasis (38,39). Des effets indésirables cutanés tels que la chéilite, la xérose, l'épistaxis, la fragilité de la peau, la chute des cheveux et les toxicités oculaires ont été fréquemment rapportés. Un suivi biologique est nécessaire pour surveiller l'élévation des enzymes hépatiques et des triglycérides. De plus, une utilisation prolongée de rétinoïdes a été associée à une hyperostose squelettique idiopathique diffuse, à une fermeture épiphysaire prématurée (à des doses élevées) et à une diminution de la densité minérale osseuse (40).
- Dans notre série 3 enfants ayant présenté un psoriasis pustuleux érythrodermique ont été mis sous acitrétine avec une bonne amélioration.

Table XII. Recommendations for pediatric psoriasis and systemic retinoid therapy

Recommendation No.	Recommendation	Strength of recommendation
20.1	Acitretin is recommended as an effective, nonimmunosuppressive systemic therapy for children with extensive guttate or moderate to severe (ideally thin plaque) psoriasis vulgaris at a dosage of 0.1 to 1 mg/kg/d.	B
20.2	Acitretin is recommended as an effective systemic therapy for pustular psoriasis in children.	B
20.3	Acitretin combined with NB-UVB therapy may be synergistic for plaque and pustular psoriasis in childhood and allows for a reduction in dosing of both agents.	C
20.4	Acitretin may be combined with other systemic therapies such as methotrexate or cyclosporine, or biologics, depending on the individual clinical situation.	C
20.5	Routine clinical and laboratory monitoring is recommended during therapy with acitretin.	C

NB-UVB, Narrowband ultraviolet light B.

✓ Traitement biologique :

- Le traitement biologique devient beaucoup plus couramment utilisé chez les patients pédiatriques. La FDA a approuvé l'étanercept (inhibiteur du TNF) pour les patients âgés de 4 ans et plus, l'ustekinumab (antagoniste de l'IL-12 et l'IL-23) pour les patients âgés de 12 ans et plus, et l'adalimumab (inhibiteur du TNF) a été approuvé en Europe pour les patients âgés de 4 ans et plus.
- L'étanercept est le traitement biologique préféré des patients pédiatriques et il s'est avéré efficace pour le psoriasis modéré à sévère. C'est un inhibiteur du TNF, qui empêche l'activation de la cascade inflammatoire. Des études ont révélé que l'étanercept est plus efficace et plus sûr dans l'utilisation à long terme que d'autres traitements systémiques tels que le méthotrexate, la ciclosporine et la PUVA. Les effets indésirables incluent une réaction légère au site d'injection, un risque accru d'infections et de maladies de type rhume, une réactivation du virus de l'hépatite B et la possibilité d'une prise de poids.
- Des études ont montré que l'adalimumab est plus efficace que le méthotrexate et a un profil de sécurité similaire. L'avantage de l'adalimumab par rapport à d'autres produits biologiques réside dans l'efficacité dans le traitement du rhumatisme psoriasique.
- À l'instar d'autres inhibiteurs du TNF-, l'adalimumab présente des contre-indications absolues à des traitements tels que la tuberculose et d'autres infections sévères. Les précautions à prendre lors de l'utilisation d'inhibiteurs du TNF- α sont l'infection par le virus de l'hépatite B,

l'allergie, les antécédents de tumeur maligne et les affections démyélinisantes.

- Ustekinumab cible les axes IL-12 et IL-23 et est efficace pour le psoriasis et le rhumatisme psoriasique. Une augmentation statistiquement significative de la réponse à l'ustekinumab chez les patients HLA-Cw6-positif a été notée. Le mécanisme d'action différent de ce médicament fournit un traitement alternatif à l'échec des inhibiteurs du TNF, mais il peut y avoir un certain problème pour certains patients en ce qui concerne l'apparition lente de l'action. Certaines thérapies biologiques sont hors AMM.
- L'infliximab a été approuvé chez les enfants atteints de la maladie de Crohn, et plusieurs cas de psoriasis induit ont été rapportés après quelques semaines de traitement. L'infliximab est utilisé dans des cas limités tels que chez les enfants atteints de psoriasis pustuleux sévère.
- Le certolizumab pegol n'est approuvé que pour le psoriasis chez les adultes et il est actuellement étudié dans l'arthrite infantile et la maladie de Crohn .
- Secukinumab n'est pas approuvé par la FDA pour une affection médicale chez l'enfant, mais des essais cliniques sont en cours pour évaluer l'efficacité de ce traitement dans le psoriasis pédiatrique.
- D'autres produits biologiques tels que l'ixékizumab, le guselkumab et le brodalumab, actuellement approuvés pour les adultes atteints de psoriasis, ont été inclus dans les essais cliniques chez les enfants atteints de psoriasis.

Le psoriasis de l'enfant

- Dans notre série, aucun enfant n'a bénéficié d'un traitement biologique, principalement en raison de l'inaccessibilité et du coût élevé de ces traitements.

Table XLVII. Recommendations for pediatric psoriasis and biologic therapy

Recommendation No.	Recommendation	Strength of recommendation
22.1	Etanercept is recommended as an effective therapy for moderate to severe psoriasis in children 6 years of age and older.	A
22.2	Etanercept dosing is typically once weekly and is dosed subcutaneously at 0.8 mg/kg with a maximum of 50 mg weekly.	A
22.3	Adalimumab is recommended for off-label use as an effective therapy in children and adolescents with moderate to severe psoriasis.	B
22.4	The dose of adalimumab is 0.8 mg/kg (maximum, 40 mg) at weeks 0 and 1 and then is given every other week. Adalimumab administered at a dose of 0.8 mg/kg is more efficacious than at a dose of 0.4 mg/kg.	B
22.5	Infliximab can be recommended as monotherapy or in combination with methotrexate for use in pediatric patients with severe plaque or pustular psoriasis that is unresponsive to other systemic medications, rapidly progressive, unstable, and/or life threatening.	C
22.6	The starting dose of infliximab is an infusion of 5 mg/kg administered on weeks 0, 2, and 6 and then every 8 weeks.	C
22.7	Ustekinumab is recommended as an effective therapy for adolescents 12 years and older with moderate to severe plaque psoriasis.	A
22.8	Ustekinumab can be used as an effective therapy for pediatric patients younger than 12 years old with moderate to severe plaque psoriasis	C
22.9	Ustekinumab is given at weeks 0, 4, and 16 and then every 12 weeks with weight-based dosing as follows: 0.75 mg/kg if <60 kg, 45 mg if 60 to ≤100 kg, and 90 mg if > 100 kg.	B
22.10	Biologics may be safely combined with topical corticosteroids, with or without a vitamin D analogue, to augment effectiveness for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis.	C
22.11	The major risk for biologics in children is injection site reaction, but patients should be monitored for their increased risk of infection.	B

F. Evolution–Pronostic :

a. Evolution :

➤ Spontanée

Le psoriasis évolue classiquement selon un mode chronique, avec des poussées imprévisibles, entrecoupées de remissions. La poussée est constatée chaque fois qu'il y a réapparition ou extension d'une ou plusieurs plaques anciennes ou s'il en apparaît de nouvelles. Les rémissions se produisent plus fréquemment au cours de l'été, sous l'effet des rayons ultra-violet.

Le cas du psoriasis en gouttes est plus particulier, la régression définitive pouvant s'observer dans près de la moitié des cas, de façon spontanée en quelques semaines. Autrement, il évolue vers un psoriasis plus typique et chronique.

➤ Sous traitement

L'instauration de traitements accélère habituellement la rémission ou du moins produit une régression des lésions.

Dans notre étude, 30 malades (16.6%) ayant présenté une forme légère à modérée, ont été perdus de vue dès le troisième mois du traitement. On a pu suivre 150 cas (83.3 %) dont l'évolution était comme suit : 63 rémissions complètes, 55 réponses partielles, et 32 échecs. A noter que l'évaluation clinique des malades était réalisée chaque 3 mois. Ces résultats ayant été rattachés dans leur majorité à une mauvaise observance thérapeutique.

b. Pronostic :

➤ Gravité et Impact :

–Gravité variable : Le psoriasis pédiatrique peut varier de léger à sévère. Les formes sévères peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie, y compris sur le bien-être émotionnel et social de l'enfant.

–Impact psychologique : Les enfants peuvent éprouver des problèmes d'estime de soi, des difficultés sociales, et des impacts émotionnels en raison de l'apparence de leur peau.

➤ Évolution à Long Terme :

–Chronicité : Le psoriasis est généralement une maladie chronique qui persiste à l'âge adulte. Cependant, certains enfants peuvent connaître une amélioration significative ou même une résolution des symptômes en grandissant.

–Risque de comorbidités : Les enfants atteints de psoriasis sont à risque accru de développer des comorbidités, telles que l'arthrite psoriasique et des troubles métaboliques, surtout si le psoriasis est sévère.

➤ Réponse au Traitement à Long Terme :

Suivi et ajustements : Un suivi régulier est crucial pour ajuster les traitements et gérer les effets secondaires. La collaboration avec une équipe multidisciplinaire peut améliorer les résultats.

Prévention et Gestion :

Éducation et soutien : L'éducation des parents et des enfants, ainsi que le soutien psychologique, peuvent jouer un rôle important dans la gestion de la maladie.

En résumé, le pronostic du psoriasis pédiatrique est généralement favorable avec un traitement approprié, mais il peut varier en fonction de la gravité de la maladie et des caractéristiques individuelles. Un suivi attentif et une gestion adaptée sont essentiels pour optimiser les résultats à long terme

CONCLUSION

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse inflammatoire chronique et non contagieuse, qui peut apparaître à tout âge. Il représente 2 à 5 % des affections dermatologiques pédiatriques et a une prévalence globale de 1 à 3 %, touchant aussi bien les adultes que les enfants. Ces derniers représentent près de 30 % des patients psoriasiques.

L'existence de formes familiales et la distribution inégale du psoriasis parmi les différentes races suggèrent un terrain génétique, confirmé par l'identification de loci de prédisposition et de systèmes HLA à risque. Cependant, des facteurs environnementaux, physiques, chimiques et microbiologiques jouent également un rôle important à différentes étapes du processus immunologique, déclenchant la maladie ou en influençant la gravité.

Le psoriasis se manifeste par des plaques érythémato-squameuses localisées principalement aux coudes, genoux et au cuir chevelu. Il existe des formes particulières chez l'enfant, telles que le psoriasis des langes et le psoriasis en gouttes. Les formes graves, comme le psoriasis érythrodermique, le psoriasis pustuleux généralisé et le rhumatisme psoriasique, sont rares.

Le diagnostic est essentiellement clinique, mais peut être difficile lorsque les lésions sont modérées ou imitent d'autres dermatoses courantes chez l'enfant. Les examens complémentaires sont réservés aux formes graves ou atypiques.

L'annonce du diagnostic peut avoir des conséquences psychologiques importantes. Les options thérapeutiques doivent être expliquées avec patience et clarté, afin que l'enfant et sa famille les comprennent bien, ce qui est crucial pour assurer une bonne compliance au traitement.

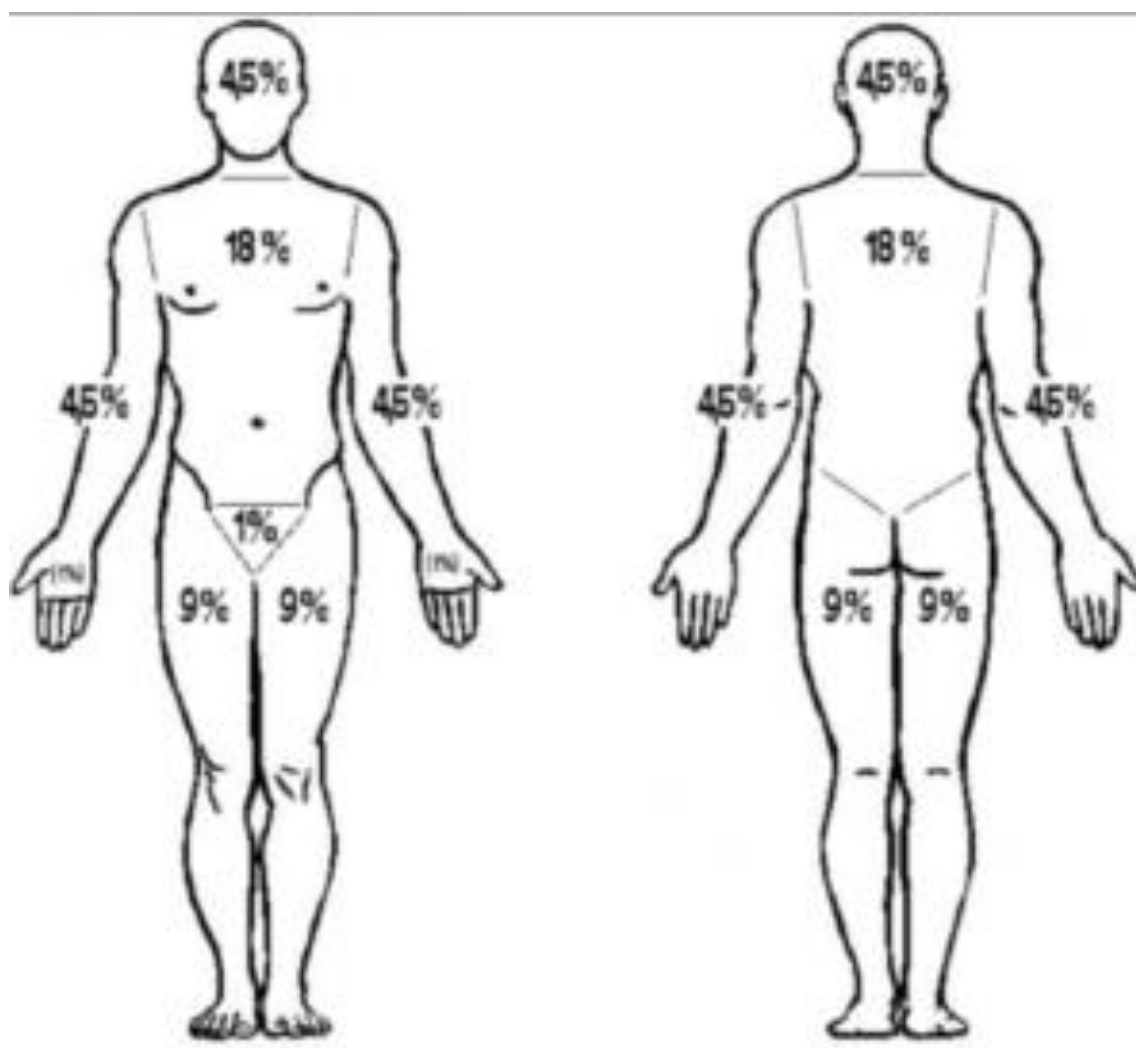
Il n'existe pas de traitement radical pour cette maladie chronique. La prise en charge n'est pas codifiée. L'arsenal thérapeutique s'élargit continuellement grâce à la découverte de nouvelles molécules, mais peu d'études cliniques concluantes ont été consacrées aux enfants. Le choix du traitement dépend de l'âge de l'enfant, de la forme clinique, du degré de sévérité, de la localisation et du retentissement psychologique. Dans tous les cas, traiter le facteur déclenchant peut contribuer à accélérer la guérison.

L'évolution est chronique, caractérisée par des poussées entrecoupées de rémissions, dont la durée varie de plusieurs semaines à plusieurs mois et dont la survenue est imprévisible. Le pronostic à long terme du psoriasis chez l'enfant est meilleur que chez l'adulte, puisque seulement 30 % des enfants gardent des lésions après l'âge de 15 ans et, dans plus de 30 % des cas, une rémission spontanée de la maladie se produit.

Le volet psychologique de la maladie est crucial et mérite d'être considéré à sa juste valeur.

ANNEXES

Annexe 1 : Règle des 9 de Wallace



Annexe 3 : Score du 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 4 : Fiche d'exploitation



fiche d'exploitation

Fiche d'exploitation du psoriasis de l'enfant :

- **Objectif principal** : évaluer le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif du psoriasis de l'enfant au sein du service de Dermatologie du CHU Hassan II Fès.

Objectifs secondaires :

- ✓ étudier l'association avec les comorbidités chez les enfants atteints de psoriasis.
- ✓ Etudier le lien entre la forme clinique et la sévérité de la maladie.

Identité :

- Nom + prénom :
- IP :
- N tel :
- Age :
- Sexe : F (1) , M (2)
- Origine et habitat :

- Couverture sociale :
- Niveau socio-économique :
- Poids :

ATCD :

➤ Personnels :

Médicaux :

- HTA oui 1 non 2
- Diabète
- Obésité
- Hypertriglycéridémie
- Anémie
- Maladies auto immune : pelade, vitiligo, dysthyroïdie, maladie cœliaque, MICI
- Atopie, DA
- Prise médicamenteuses au long cours : , préciser le type :
- Atteinte psychoaffectif : nn documentée , documenté : type :
- Autres :

Chirurgicaux :

➤ Familiaux :

- ATCD familiaux de psoriasis : ☐oui ☐, non , si oui ➔ lien de parenté :
- Maladie auto-immune familia ☐ oui ☐,non
- Consanguinité :

Facteur déclenchant :

- Situation de Stress : activité scolaire ▪ prob conjugale ▪ autre ▪
- Episode infectieux : bactérien : angine ▪ ou autre /
virale :
- Koebner : gommage ▪ , autre :
- Effet bénéfique du soleil : Oui ▪ non ▪

Clinique :

- Age de début de la pathologie ☐ 0-2 ☐ 2-10 ☐ 10-15
- Durée d'évolution :
- Type de lésions : plaque érythémateux-squameuse ▪ , plaque annulaire
▪ , papule ▪ , pustule ▪
- Localisation :
 - MS : ▪
 - MI : ▪
 - Tronc ▪
 - Cuir chevelu ☐ état pelliculaire ▪ plaques ▪ casque squameuses ▪
 - Atteinte unguéale :
 - Type : dés à coudre ▪ , onycholyse et pachyonychie ▪ , lignes
de beau ▪ , tache d'huile ▪ , paronychie ▪ , leuconychie ▪ ,
hémorragies filiformes ▪ .
 - Nombre d'ongle atteint :
 - Atteinte palmo-plantaire : palmaire ▪ plantaire ▪
 - Atteinte des muqueuses : buccale ▪ génitale ▪
- Grattage méthodique positif : oui , non

Le psoriasis de l'enfant

- Surface cutanée atteinte : < 10% ▪ 10–30 % ▪ > 30 % ▪
- PASI : < 5 ▪ 5–10 ▪ > 10 ▪
- DLQI : 0–6 ▪ 6–10 ▪ > 10 ▪
- Atteinte articulaire : oui ▪ non ▪ / si oui : préciser le type
- Type de psoriasis :
Vulgaire (en plaques) ▪ En gouttes ▪ Nummulaire ▪ Folliculaire ▪ Inversé ▪
Cuir chevelu ▪
KPP ▪ Unguéal ▪ Muqueuse ▪ Langes ▪ Pustuleux ▪ Erythrodermie ▪
Arthropatique ▪

Syndrome métabolique :

- Obésité :
- Diabète :
- Dyslipidémie :
- Vitamine D :
- Mesure de la TA :

PEC thérapeutique :

–Traitement 1 :

- ❖ Type de trt :
 - Locale :
 - Dermocorticoïdes : ▪ ➔ classe modéré ▪ classe forte ▪
 - Vaseline salicylée ▪
 - Emollient ▪
 - Dérivés de la Vit D ▪

- Tacrolimus 0.1% ▪

–Photothérapie : UVB▪ PUVA▪ Re-PUVA▪

–Systémique :

- Rétinoïdes ▪
- Méthotrexate ▪
- Ciclosporine ▪
- Colchicine ▪
- Anti TNF alpha▪
- Anti Il 17 ▪
- Anti Il 12-23 ▪
- Autre :

❖ Durée du traitement :

❖ Evolution :

	3 mois	6 mois
• SC :		
• PASI :		
• DLQI :		

–Traitement 2 :

❖ Type de trt :

–Locale :

- Dermocorticoïdes ▪ ➔ classe modéré ▪ classe forte ▪
- Vaseline salicylée ▪
- Emollient ▪
- Dérivés de la Vit D ▪
- Tacrolimus0,1 % ▪

–Photothérapie : UVB • PUVA • Re-PUVA •

–Systémique :

- Rétinoïdes •
- Méthotrexates •
- Ciclosporine •
- Colchicine •
- Anti TNF alpha •
- Anti Il 17 •
- Anti Il 12-23 •
- Autre :

❖ Durée du traitement :

❖ Evolution :

	3 mois	6 mois
• SC :		
• PASI :		
• DLQI :		

–Traitement 3 :

❖ Type de trt :

–Locale :

- Dermocorticoïdes, • ➔ classe modéré • classe forte •
- Vaseline salicylée •
- Emollient •
- Dérivés de la Vit D •

- Tacrolimus 0.1% ▪

– Photothérapie : UVB ▪ PUVA ▪ Re-PUVA ▪

– Systémique :

- Rétinoïdes ▪
- Méthotrexates ▪
- Ciclosporine ▪
- Colchicine ▪
- Anti TNF alpha ▪
- Anti IL 17 ▪
- Anti IL 12-23 ▪
- Autre :

❖ Durée du traitement :

❖ Evolution :

	3 mois	6 mois
• SC :		
• PASI :		
• DLQI :		

RESUME

Le psoriasis de l'enfant : profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif.

Expérience du service de Dermatologie du CHU Hassan II, Fès.

Introduction :

Le psoriasis de l'enfant est rare, ses tableaux clinique et thérapeutique diffèrent en fonction des tranches d'âge.

Matériels et méthodes :

Etude transversale rétro-prospective menée au service de Dermatologie du CHU Hassan II, Fès-Maroc, de Janvier 2012 à Janvier 2024 incluant tous les patients psoriasiques âgés de moins de 15ans.

Objectif de notre étude :

Evaluer le profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du psoriasis de l'enfant au sein du service de Dermatologie du CHU Hassan II Fès.

Résultats :

Nous avons colligé 180 cas. Age moyen 9.22 ans. Sexe ratio H/F=0.53. Durée d'évolution moyenne 33.61 mois. 17 avaient des antécédents personnels de maladies auto immunes (8 pelades, 4 vitiligo, 5 maladie cœliaque), 22 avaient un antécédent de psoriasis familial. Un facteur déclenchant initial était retrouvé chez 32 patients.

Le psoriasis vulgaire (en plaques) était le plus fréquent avec 122 patients (68 %), suivi du psoriasis en gouttes avec 25 patients (25 %), puis inversé (9.86%), langes (1.97%), érythrodermique et pustuleux

(2.63%). Atteinte du cuir chevelu (68.42%), unguéale (34.21%), localisation palmoplantaire et visage (17.1%) chacune, atteinte muqueuse (6.57%) et articulaire (1.31%)

Aucune association au syndrome métabolique retrouvée.

Traitement de première intention : dermocorticoïdes seuls ou associés aux analogues de la vitamine D chez 89.4% de nos patients, photothérapie localisée chez 5.6% des patients et les rétinoïdes chez 3 de nos patients ayant présenté un psoriasis érythrodermique.

En Traitement de 2e intention: La photothérapie localisée a été instauré chez 5 enfants soit 2.8%, et 12 enfants soit 6.7% ont été mis sous photothérapie généralisée , et le Méthotrexate 11 patients.

L'évolution était marquée par un contrôle de la maladie sous traitements administrés.

Conclusion :

Le psoriasis de l'enfant est dominé par les formes bénignes, rarement associées aux comorbidités. Le traitement repose sur les topiques et photothérapie.

L'âge limite l'utilisation des traitements systémiques.

REFERENCES

- 1– Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(Suppl 2): ii18–23 (discussion ii24–5).
- 2– Mahé E. Psoriasis infantiles. *Eur J Dermatol*. 2016 Déc. 1;26(6):537–548. doi: 10.1684/ejd.2016.2932. PMID : 27900946.
- 3– Organisation Mondiale de la Santé. Psoriasis. EB133/5 ; 5 avril 2013.
- 4– Psoriasis de l'enfant , these N°70 Marrakech 2014
- 5– Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. *JAMA Dermatol* . Osier E, Wang AS, Tollefson MM, Cordoro KM, Daniels SR, Eichenfield A, Gelfand JM, Gottlieb AB, Kimball AB, Lebwohl M, Mehta NN, Paller AS, Schwimmer JB, Styne DM, Van Voorhees AS, Tom WL, Eichenfield LF.. 2017 Jul 1;153(7):698–704. doi: 10.1001/jamadermatol.2017.0499. PMID: 28514463; PMCID: PMC5748031.
- 6– Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. *Br J Dermatol*. 2010 Mar;162(3):633–6. doi: 10.1111/j.1365–2133.2009.09593.x. Epub 2009 Nov 18. PMID: 19922529.
- 7– Laffitte E, Izakovic J. Psoriasis de l'enfant. *Formation continue, pediatria* Vol. 17 No. 6 2006
- 8– Bandrup F, Holm N, Grunnet N, Hennibgsen K, Hansen HE. Psoriasis in monozygotic twins: variation in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Derm Venereol* 1982;62:229—36.
- 9– Farber EM, Nall ML, Watson W. Natural history of psoriasis in 61 twin pairs. *Arch Dermatol* 1974;109:207—11.

10– Clabaut A, Viseux V.

Prise en charge du psoriasis de l'enfant.

Annales de dermatologie et de vénéréologie 2010; 137, 408—415

11– Berard F, Nicolas JF. Physiopathologie du psoriasis. Ann Dermatol Venereol 2003; 130:837–42.

12– Yazici AC, Aslan G, Baz K, Ikizoglu G, Api H, Serin MS, et al.

A high prevalence of parvovirus B19 DNA in patients with psoriasis. Arch Dermatol Res 2006;298:231—5.

13– Guilhou JJ. Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie.

Encycl Méd Chir, Dermatologie, 98–190–A–10, 2000, 17p.

14– Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Seyger MM.

Psoriasis chez les enfants et les adolescents: diagnostic, prise en charge et comorbidités. *Médicaments Paediatr.* 2015;17(5):373–384. doi:10.1007/s40272-015-0137-1

15– Matteo Megna and Maddalena Napolitano; Balato A, Scalvenzi M, Cirillo T, Gallo L, Ayala F, Balato N. Psoriasis in Children: A Review. Curr Pediatr Rev. 2015;11(1):10–26. doi: 10.2174/1573400511666150504125456. PMID: 25938378.

16– Branisteanu DE, Georgescu S, Serban IL, et al. Management of psoriasis in children (Review). *Exp Ther Med.* 2021;22(6):1429. doi:10.3892/etm.2021.10864

17– Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. *Paediatr Drugs.* 2015 Oct;17(5):373–84. doi: 10.1007/s40272-015-0137-1. PMID: 26072040; PMCID: PMC4744260.

18– Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Menter A, Cordoro KM, Davis DMR, Kroshinsky D, Paller AS, Armstrong AW, Connor C, Elewski BE, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb AB, Kaplan DH, Kavanaugh A, Kiselica M, Kivelevitch D, Korman NJ, Lebwohl M, Leonardi CL, Lichten J, Lim HW, Mehta NN, Parra SL, Pathy AL, Farley Prater EA, Rupani RN, Siegel M, Stoff B, Strober BE, Wong EB, Wu JJ, Hariharan V, Elmets CA. Jan;82(1):161–201. doi: 10.1016/j.jaad.2019.08.049. Epub 2019 Nov 5. Erratum in: *J Am Acad Dermatol*. 2020 Mar;82(3):574. PMID: 31703821.

19– Herz G, Blum G, Yawalkar S. Halobetasol propionate cream by day and halobetasol propionate ointment at night for the treatment of pediatric patients with chronic, localized plaque psoriasis and atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25:1166–1169 ;

20–Frangos JE, Kimball AB. Clobetasol propionate emollient formulation foam in the treatment of corticosteroid– responsive dermatoses. *Expert Opin Pharmacother*. 2008; 9(11):2001–2007.

21–Lovato P, Norsgaard H, Tokura Y, Ropke MA. Calcipotriol and betamethasone dipropionate exert additive inhibitory effects on the cytokine expression of inflammatory dendritic cell– Th17 cell axis in psoriasis. *J Dermatol Sci*. 2016;81(3):153–164.

22–Darley CR, Cunliffe WJ, Green CM, Hutchinson PE, Klaber MR, Downes N. Safety and efficacy of calcipotriol ointment (Dovonex) in treating children with psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol*. 1996;135(3):390–393.

- 23–Oranje AP, Marcoux D, Svensson A, et al. Topical calcipotriol in childhood psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(2 Pt 1): 203–208.
- 24–de Jager ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis: a systematic literature review. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(6): 1013–1030.
- 25–Patrizi A, Neri I, Rizzoli L, Varotti C. Topical calcipotriol in childhood psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 1999;79(6):477.
- 26–Park SB, Suh DH, Youn JI. A pilot study to assess the safety and efficacy of topical calcipotriol treatment in childhood psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 1999;16(4):321–325.
- 27–Brune A, Miller DW, Lin P, Cotrim–Russi D, Paller AS. Tacrolimus ointment is effective for psoriasis on the face and intertriginous areas in pediatric patients. *Pediatr Dermatol*. 2007;24(1):76–80.
- 28–Clayton TH, Harrison PV, Nicholls R, Delap M. Topical tacrolimus for facial psoriasis. *Br J Dermatol*. 2003;149(2): 419–420.
- 29–Steele JA, Choi C, Kwong PC. Topical tacrolimus in the treatment of inverse psoriasis in children. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(4):713–716.
- 30–Amichai B. Psoriasis of the glans penis in a child successfully treated with Elidel (pimecrolimus) cream. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(6):742–743.
- 31–Mansouri P, Farshi S. Pimecrolimus 1 percent cream in the treatment of psoriasis in a child. *Dermatol Online J*. 2006;12(2):7.
- 32–Ersoy–Evans S, Altaykan A, Sahin S, Kolemen F. Phototherapy in childhood. *Pediatr Dermatol*. 2008;25(6):599–605.

- 33–Pavlovsky M, Baum S, Shpiro D, Pavlovsky L, Pavlotsky F. Narrow band UVB: is it effective and safe for paediatric psoriasis and atopic dermatitis? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(6):727–729.
- 34–Jain VK, Aggarwal K, Jain K, Bansal A. Narrow-band UV-B phototherapy in childhood psoriasis. *Int J Dermatol*. 2007; 46(3):320–322.
- 35–Kaur I, Dogra S, De D, Kanwar AJ. Systemic methotrexate treatment in childhood psoriasis: further experience in 24 children from India. *Pediatr Dermatol*. 2008;25(2):184–188.
- 36–Collin B, Vani A, Ogboli M, Moss C. Methotrexate treatment in 13 children with severe plaque psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(3):295–298.
- 37–van Geel MJ, Mul K, de Jager ME, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Seyger MM. Traitements systémiques dans le psoriasis pédiatrique: une mise à jour systématique fondée sur des preuves. *J Eur Acad Dermatol Venereol: JEADV*. 2015; 29(3):425–437.
- 38– Chao PH, Cheng YW, Chung MY. Psoriasis pustuleux généralisé chez un nourrisson de 6 semaines. *Pediatr Dermatol*. 2009; article 26, paragraphe 3,352 à 355.04.
- 39– Sarkar S, Das K, Roychoudhury S, Shrimal A. Pseudotumor cerebri chez un enfant traité par acitrétine : un cas rare. *Pharmacope indienne J*. 2013; 45(1):89–90.
- 40–Cordoro KM. Prise en charge du psoriasis de l'enfant. *Adv, dermatol*. 2008; 2424:125–169.