

Vitiligo et psoriasis

Le vitiligo et le psoriasis sont deux maladies relativement fréquentes et partageant de nombreux points communs. Elles ont toutes deux longtemps été considérées à tort comme des pathologies bénignes. Aujourd'hui le retentissement parfois majeur de ces maladies sur la qualité de vie est enfin reconnu. D'importants progrès ont été faits dans la compréhension de ces deux affections. Si ces progrès ont permis le développement de traitements très efficaces dans le psoriasis, le traitement du vitiligo a certes connu des progrès notables mais ces derniers restent encore insuffisants notamment dans des zones difficiles telles que les saillies osseuses et les extrémités.

Le vitiligo est-il comme le psoriasis une maladie à composante héréditaire ? Auto-immune ?

Depuis plusieurs années des données épidémiologiques suggéraient que le vitiligo était une maladie polygénique multifactorielle, c'est-à-dire que l'hérédité joue un rôle mais que cela ne suffit pas, plusieurs gènes sont impliqués et d'autres facteurs endogènes (propres au patient) mais aussi extérieurs participent à la pathogénie de ces maladies. Le risque de développer un vitiligo est plus important si un membre de la famille au premier degré est atteint. Mais ce risque passe alors seulement de 1 à environ 5%. Même chez les vrais jumeaux qui partagent pourtant le même patrimoine génétique, ce risque est seulement de 30%. Ainsi même s'il existe une composante génétique, on ne peut parler véritablement de maladie héréditaire et d'autres facteurs restent indispensables pour développer la maladie.

Jusqu'à peu plusieurs gènes candidats avaient été proposés mais sans qu'aucun ne soit réellement convaincant. Il y a quelques années, un gène appelé NALP1, impliqué dans la

régulation du système immunitaire a été décrit pour être le premier gène associé à certaines formes familiales de vitiligo. Plus récemment de nouveaux gènes ont été rapportés pour être associés au vitiligo. Un des gènes est le gène TYR qui code pour la tyrosinase, la principale enzyme pour fabriquer le pigment mélanique. Les autres gènes sont tous en rapport avec le système immunitaire. Ces données génétiques mais également d'autres données issues d'expériences de recherche fondamentale soulignent clairement le rôle clef du système immunitaire dans la physiopathologie du vitiligo.

Par ailleurs, des études récentes ont montré le rôle de l'expression de certaines cytokines (substances sécrétées par les cellules), dans les plaques de vitiligo mais aussi dans le sang circulant. Ainsi, les taux de TNF α (tumor necrosis factor alfa) seraient augmentés dans les peaux atteintes par le vitiligo et en périphérie immédiate. Il est intéressant de noter que le TNF α joue un rôle clef dans le psoriasis. Malheureusement, à la différence du psoriasis les anti-TNF ne semblent pas être efficaces dans le vitiligo.

Comment diagnostique t-on un vitiligo ? Quels sont les symptômes les plus fréquents ?

Le vitiligo se manifeste par des plaques blanches qui correspondent à des zones de peau où les cellules qui fabriquent la mélanine (le principal pigment de la peau) ont disparu. Ces cellules s'appellent les mélanocytes. Les plaques de vitiligo sont généralement asymptomatiques, c'est-à-dire qu'elles ne grattent pas, ne brûlent pas et ne font pas mal. Elles ne sont jamais contagieuses. On distingue plusieurs types de vitiligo selon la présentation clinique. La forme classique la plus fréquente est le vitiligo généralisé. Les plaques sont nombreuses et grossièrement symétriques. Il existe également des vitiligos localisés où l'atteinte est limitée à une ou 2 plaques. Parfois les lésions sont limitées à une zone de peau bien limitée, unilatérale

(un seul côté du corps) et souvent en forme de bande. On parle alors de vitiligo segmentaire. Enfin, le vitiligo peut parfois toucher quasiment l'ensemble de la peau et des poils en laissant très peu de peau encore saine. Il s'agit du vitiligo universel.

L'évolution du vitiligo est imprévisible. Il peut rester stable, s'étendre plus ou moins rapidement voire régresser (souvent sous l'effet des ultraviolets (UV) du soleil).

Les traitements prescrits dans le psoriasis et le vitiligo sont ils les mêmes ? Si oui, lesquels ? Si non pourquoi?

Certains traitements sont effectivement utilisés dans les deux pathologies. Les dermocorticoïdes en sont le premier exemple. Cependant s'ils sont constamment efficaces dans le psoriasis (même transitoirement), leur efficacité est très inconstante dans le vitiligo. La photothérapie est prescrite à la fois dans le psoriasis et le vitiligo. Elle est également plus efficace dans le psoriasis que dans le vitiligo. Par ailleurs dans le vitiligo les ultraviolets B sont clairement à préférer à la PUVA. Par contre les rétinoïdes locaux et les dérivés de la vitamine D ne sont pas efficaces dans le vitiligo. Il en est de même pour les traitements systémiques tels que la ciclosporine ou le méthotrexate. Enfin, les traitements biologiques ne sont pas efficaces et ont parfois été rapportés pour aggraver certains vitiligos ! Cela peut sembler surprenant car le $TNF\alpha$ par exemple, a été impliqué dans la pathogénie du vitiligo et on aurait pu par conséquent espérer une efficacité des anti-TNF. Cette inefficacité s'explique peut-être par le fait que dans le vitiligo l'immunité semble impliquée dans la disparition des mélanocytes mais que le traitement doit aussi pouvoir stimuler la prolifération des cellules souches mélanocytaires pour « repeupler » la peau et ainsi obtenir une repigmentation de celle-ci .

Quel est, dans la population générale, le pourcentage de personnes atteintes de psoriasis ? De vitiligo ? Des deux maladies simultanément ?

Le pourcentage de personnes atteintes de psoriasis dans la population varie de 1 à 3% selon les séries. Pour le vitiligo ce pourcentage se situe autour de 1%. Il s'agit donc de deux maladies relativement fréquentes. Les données sur l'association des deux pathologies simultanément sont beaucoup plus restreintes. Il se situe autour de 0,01 à 0,03% soit 1 à 3 personnes sur 10⁰000.

Y a t il une prévalence plus importante à déclarer un vitiligo quand on a un psoriasis et vice versa ?

On trouve plusieurs cas d'association de psoriasis et de vitiligo décrits dans la littérature. Ces cas ont suggéré une possible augmentation de prévalence de vitiligo dans la population psoriasique et de psoriasis dans la population ayant un vitiligo. Cependant lorsque l'on regarde les larges séries de patients, on note qu'environ 3% des personnes atteintes de vitiligo ont également un psoriasis. Ce chiffre est comparable à celui observé dans la population générale. Il ne semble donc pas y avoir d'augmentation de fréquence de psoriasis chez les patients ayant un vitiligo. L'inverse semble également vrai.

Certains patients sont atteints par les deux pathologies. Existe-t- il un lien entre ces deux maladies ? Si oui, lequel ou lesquels ?

Il est vrai que certains patients ont à la fois un psoriasis et un vitiligo. Cependant, comme je le disais, il ne semble pas qu'il y ait une augmentation de prévalence de vitiligo chez les patients psoriasiques et de psoriasis chez les patients avec un vitiligo. Les deux maladies étant

relativement fréquentes, l'association de ces pathologies chez une même personne n'est mathématiquement pas si rare. Par ailleurs, lorsqu'une personne a à la fois un vitiligo et un psoriasis, l'évolution des 2 maladies est le plus souvent dissociée avec par exemple une stabilisation ou une amélioration du psoriasis alors que le vitiligo progresse où l'inverse. De plus, si des cas de psoriasis survenant exclusivement sur des lésions de vitiligo ont été rapportés, l'étude de larges séries de patients montre clairement que le psoriasis survient généralement de façon égale sur les plaques de vitiligo et sur la peau saine. Il n'existe donc pas de lien fort entre psoriasis et vitiligo.

Malgré ces différences le vitiligo et le psoriasis partagent des similitudes troublantes. Ce sont deux pathologies polygéniques multifactorielles. Le vitiligo et le psoriasis évoluent tous deux par poussées. Bien que n'étant définitivement pas des maladies psychosomatiques mais de véritables maladies où l'immunité joue un rôle clef, des épisodes de stress peuvent déclencher ou aggraver ces maladies. Les lésions du vitiligo et du psoriasis sont généralement symétriques et dans les deux cas les lésions peuvent se développer sur des cicatrices ou des zones traumatisées (phénomène de Koebner). Toutes ces observations soulignent probablement des similitudes dans la physiopathologie ces affections plus que de véritables liens d'association.

Quelles sont les dernières avancées dans le traitement du vitiligo ?

Tout d'abord il est important de savoir que l'on peut toujours proposer une prise en charge thérapeutique aux personnes ayant un vitiligo. Trop de malades s'entendent encore dire que l'on ne peut rien faire ! Dans tous les cas il est important de discuter avec la personne atteinte pour connaître les traitements déjà entrepris et déterminer les attentes de cette dernière vis-à-vis du traitement. Le retentissement sur la qualité de vie devra également être évalué. Par

ailleurs, il est aujourd'hui clairement démontré que la réponse au traitement dépend fortement de la localisation des plaques de vitiligo traitées. Si le visage et dans une moindre mesure le cou sont des zones pour lesquelles des repigmentations complètes ou quasi complètes sont maintenant fréquemment obtenues, le reste du corps et particulièrement les saillies osseuses et les extrémités sont des zones qui demeurent très difficiles à repigmenter. L'intérêt d'associer diverses approches thérapeutiques afin d'obtenir une repigmentation optimale apparaît aujourd'hui clairement.

La photothérapie UVB et les corticoïdes locaux sont considérés comme les traitements de référence respectivement pour les atteintes diffuses et localisées. Les greffes seront proposées pour les vitiligos localisés stables et les vitiligos segmentaires.

Les techniques de greffes se sont améliorées. La préparation du lit de greffe se fait par des lasers ablatifs plus rapides et plus précis. Les suspensions de cellules épidermiques sont de plus en plus utilisées.

Pour les vitiligos localisés, le tacrolimus à 0,1%, un immunosuppresseur topique développé pour l'eczéma, a montré une efficacité similaire aux dermocorticoïdes mais avec moins d'effets secondaires.

Des techniques de photothérapie localisées avec des lampes ou des lasers excimer à 308 nm sont développés depuis maintenant plus de 10 ans. Elles sont légèrement plus efficaces que les UVB conventionnels mais permettent surtout de ne traiter que les plaques de vitiligo et d'épargner la peau saine adjacente.

Dans les zones difficiles, il convient d'associer les traitements locaux et la photothérapie afin d'obtenir de plus forts taux de repigmentation.

D'autres approches apparaissent prometteuses. Ainsi, le laser hélium-néon qui émet de la lumière rouge favorise la prolifération puis la différenciation des mélanoblastes en mélanocytes matures. Les résultats cliniques sont cependant moins concluants mais des études

complémentaires sont clairement nécessaires afin d'évaluer son réel intérêt en pratique courante. L'utilisation de la dermabrasion par laser erbium pourrait également apporter un bénéfice en termes de repigmentation. Les prostaglandines topiques semblent aussi intéressantes. Enfin, de nouveaux agents sont en cours de développement et devraient dans les années avenir apporter une aide potentiellement importante dans la prise en charge du vitiligo.

En cas de vitiligo universel et pour les zones où plus de 50% de la peau est dépigmentée, il est possible de proposer une dépigmentation des zones encore pigmentées. Les dépigmentants topiques sources de nombreux effets secondaires ne doivent plus être utilisés car les lasers déclenchés permettent une dépigmentation plus rapide et plus sûre. Enfin, dans tous les cas, l'aide de maquillages médicaux, des autobronzants, voire de la dermopigmentation (pour certaines zones telles que les lèvres ou les mamelons) ne devra pas être négligée car ces techniques permettent une nette amélioration de la qualité de vie des patients ayant un vitiligo.

Auteurs : Pr. Thierry Passeron, CHU de Nice
Date : 07/11/2010.