

## Le psoriasis de l'enfant



**Emmanuel MAHÉ**  
Service de Dermatologie,  
Hôpital Victor Dupouy,  
95100 Argenteuil

” Chez l'adulte, le psoriasis est associé non seulement à l'obésité mais à d'autres comorbidités. „

### Le psoriasis de l'enfant en chiffres

Plusieurs études récentes ont essayé d'évaluer la fréquence du psoriasis chez l'enfant avec des données européennes concordantes.

Avant 18 ans environ 0,7 % des enfants sont atteints de psoriasis, avec une prévalence qui semble augmenter de façon linéaire de la naissance à la fin de l'adolescence où on approcherait une prévalence de 1 %

Il semble qu'avant 18 ans, le psoriasis soit un peu plus fréquent chez les jeunes filles que chez les garçons.

Des travaux récents ont montré qu'il existait une association entre psoriasis chez l'enfant et excès pondéral, et sévérité du psoriasis et excès pondéral. Ce lien avait été montré chez l'adulte et se confirme chez l'enfant. Chez l'adulte, le psoriasis est associé non seulement à l'obésité mais à d'autres comorbidités telles que les maladies coronariennes, le diabète, ou l'hypercholestérolémie. Ces autres comorbidités n'ont pas été retrouvées chez l'enfant.

Il a aussi été clairement montré qu'en aucun cas un psoriasis qui débute dans l'enfance ne préjuge de la survenue ultérieure d'une obésité, d'autres comorbidités cardiovasculaire ou métabolique (diabète, dyslipidémies). Le début précoce ne préjuge pas non plus de la sévérité ultérieure du psoriasis ni de la survenue d'un rhumatisme psoriasique

### Évolution du psoriasis

Le psoriasis est une maladie chronique évoluant par poussées. Un enfant développant un psoriasis risque de souffrir de psoriasis tout au long de sa vie. Il semble cependant que le psoriasis ne s'aggrave pas avec le temps. On ne peut par ailleurs pas prédire la survenue d'aggravation, ou de rémissions et si un psoriasis devient quiescent on ne peut pas prédire l'absence de rechutes ultérieures.

” Comme chez l’adulte la forme de psoriasis en plaques est la plus fréquente chez l’enfant. ”

### Aspects cliniques

#### Le psoriasis en plaques

Comme chez l’adulte la forme de psoriasis en plaques est la plus fréquente chez l’enfant. Néanmoins, les formes localisées telles que le psoriasis du cuir chevelu sont plus fréquentes que les formes généralisées.

Si la lésion de psoriasis est considérée comme non prurigineuse (pas de grattage), il est en pratique très fréquent d’entendre les enfants se plaindre de prurit sur ces lésions sèches et inflammatoires. Plus rarement et essentiellement dans certaines formes fissuraires (atteintes palmo-plantaires, psoriasis crétaqué), les lésions peuvent devenir douloureuses.

#### Les autres formes cliniques du psoriasis

L’aspect clinique diffère avec l’âge : psoriasis des langes chez le nourrisson, psoriasis en gouttes et atteinte des paumes et des plantes chez l’enfant, et psoriasis en plaques “classiques” chez l’adolescent. Certaines localisations semblent plus fréquentes chez l’enfant comme l’atteinte des organes génitaux externes, du visage et les pulpites sèches.

Les plaques du cuir chevelu peuvent avoir l’aspect classique. Cependant, un aspect de fausse teigne amiantacée peut être observé chez l’enfant et être révélateur du psoriasis. L’enfant se présente avec un casque de squames-croûtes grisâtres, épaisses, adhérentes aux cheveux. Il n’y a classiquement pas d’alopécie associée.



### CAEN

#### Nathalie

” Votre appel a témoin m’a interpellé. En effet j’ai eu du psoriasis tout bébé et cela est parti. Malheureusement il est revenu à mon entrée au collège. J’étais avec des personnes qui me connaissaient plutôt bien. Lorsque mon psoriasis est revenu je n’ai pas eu le souvenir que l’on m’en tienne rigueur. Je n’ai pas eu de discrimination ni de rejet de la part des autres. Mais le rejet venait de moi. Je me rejetais moi même sans que d’autre n’ai à le faire. Le regard des autres a été vraiment très pesant, surtout les regards. On voit que les gens ont vu cette horrible plaque. Et on en a honte. Donc j’ai appris à vivre avec des manches longues et des gilets malgré des températures qui pouvaient monter à 30°. Une personne avec un corps différent fait peur et la meilleure façon de le manifester est de l’exclure. ”

La présentation la plus fréquente durant les deux premières années de vie est le psoriasis des langes. Il débute dans les plis et peut diffuser sur toute la zone des couches. L'aspect typique est celui d'un érythème fessier bien limité, vernissé, peu squameux, prédominant sur les convexités. La localisation au siège s'observe aussi chez l'enfant plus grand et l'adolescent. Il se localise alors au niveau des organes génitaux externes.

La fréquence du psoriasis en gouttes est plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte. Ce serait la 1<sup>re</sup> manifestation de 20 à 40 % des enfants. C'est un psoriasis éruptif qui peut secondairement se chroniciser. Il est constitué de petites macules, souvent rosées prédominant sur le tronc et la racine des membres. Il disparaît spontanément dans 50 %

des cas en quelques mois. Le psoriasis en gouttes succède fréquemment à une infection à streptocoque bêta-hémolytique, surtout à type d'angine, qui justifie d'un traitement spécifique.

L'atteinte du visage est plus fréquente chez le petit enfant. Un aspect sémiologique très particulier à l'enfant est l'aspect en "clown rouge". Le psoriasis touche, de façon exclusive ou non, les deux joues. Les plaques sont très inflammatoires, symétrique, très bien limitées. La localisation aux paupières et aux plis rétro-auriculaires est aussi fréquente mimant une dermatite atopique (eczéma de l'enfant).

Les formes palmo-plantaires en plaques ou pustuleuses sont observées chez l'enfant. L'atteinte la plus fréquente est la pulpites sèche, souvent fissuraire. Elle a un retentissement important car est souvent douloureuse. Elle peut notamment entraîner des difficultés à l'écriture avec retentissement scolaire.

D'autres formes de psoriasis sont très rares chez l'enfant : psoriasis pustuleux généralisé, psoriasis linéaires, psoriasis arciforme, ou psoriasis érythrodermiques.

### Les localisations non dermatologiques : une gêne à ne pas négliger

Des atteintes unguéales, linguales ou articulaires peuvent être observées. Un tiers des enfants aurait une atteinte unguéale. Elle peut être responsable de troubles fonctionnels ou sociaux majeurs.

La douleur engendrée notamment par les atteintes des orteils peuvent être préjudiciables pour la pratique de sports. L'atteinte des ongles des doigts, qui semble moins souvent douloureuse, prend souvent un caractère inesthétique.

L'atteinte linguale touche moins de 10 % des enfants, elle est principalement de type "langue géographique" (plaque rouge, décapillée, sur la langue). Elle est souvent de découverte fortuite car sans retentissement fonctionnel, notamment elle n'induit ni modifications du goût, ni douleurs.

Enfin, si le rhumatisme psoriasique touche 10 à 25 % des adultes psoriasiques, il toucherait moins de 5 % des adolescents et semble exceptionnelle avant 12 ans.

## "L'atteinte linguale touche moins de 10 % des enfants.,"

### LA ROCHELLE

Sonia

"J'ai vis avec un psoriasis sévère depuis l'âge de 4 ans. J'ai été victime de bons nombres d'humiliations. Les enfants à l'école qui ne voulaient pas me donner la main... Des maîtres nageurs à la piscine qui me demandaient de quitter le bassin afin de ne pas contaminer tous le monde et j'en passe d'autres..."





MARSEILLE

Arthur

” Comme beaucoup, le maître nageur qui te dit de sortir de l'eau peur que ce soit contagieux... Ou bien les remarque des adolescents au collège lorsque tu te grattes la tête à mort car cela te démange. Faisant aussitôt courir le bruit que tu as des poux, des pellicules ou encore que tu as une case en moins. Ou alors, l'insistant regard des autres passagers en transport en commun qui voient les plaques sur les bras et jambes en été. Bien souvent leurs rictus de dégoût sont à peine cachés... J'ai un psoriasis en gouttes qui recouvre plus de 40 % de la surface de mon corps. Il a fallu que j'apprenne à vivre avec mais aussi à l'expliquer ! ”

” En aucun cas le psoriasis est une maladie contagieuse.,,

cher toute activité sportive. Chez l'adolescent(e), l'atteinte cutanée sur des zones couvertes, voire la localisation génitale (balanite, vulvite) du psoriasis peut être source de complexes dans sa vie amoureuse. Le psoriasis peut donc marquer toutes les étapes de l'apprentissage, marche, écriture, sport, vie sociale, en cas de prise en charge insuffisante.

Le psoriasis "c'est dans la tête"

Dans l'imaginaire collectif, le psoriasis est une maladie psychosomatique qui chez l'enfant peut se traiter par le... psychothérapeute ou le pédopsychiatre ! On ne peut totalement contredire cette affirmation et il n'est pas rare d'observer des poussées de psoriasis, ou l'apparition d'un psoriasis chez un enfant, qui semble induit par phénomène familial ou personnel "traumatisant" pour l'enfant. Quelques exemples du quotidien : l'entrée au CP, l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur, ou une séparation parentale.

Le psoriasis à l'école

Le retentissement de cette dermatose peut toucher la vie scolaire à plusieurs niveaux et concerne l'enfant, les autres élèves, et les enseignants. Une localisation affichante telle que le visage, le cou, le décolleté, les membres peut être source de stigmatisation et de moqueries.

Le rôle du dermatologue est d'expliquer la maladie à l'enfant et à ses parents, et de prendre en charge toutes les conséquences de la maladie, conséquences médicales, psychologique et sociale. Il aura comme "mission" de faire disparaître toute conséquence de la maladie de l'enfant dans sa vie quotidienne.

Un psoriasis du cuir chevelu responsable de pellicules peut entraîner des railleries. Une localisation aux pulpes des doigts peut induire des difficultés à l'écriture, notamment aux périodes d'apprentissage. Les douleurs induites par certaines localisations (mains, pieds, rhumatismes) peuvent empê-

Les professionnels scolaires et périscolaires, infirmiers et médecins scolaires, mais aussi les enseignants, doivent être le relai de cette prise en charge afin d'aider à passer des caps difficiles lors des poussées, d'éviter la stigmatisation de l'enfant par ses partenaires d'école, de savoir expliquer la maladie aux élèves de la classe, quitte à être aidés du dermatologue référent de l'enfant et des parents.

Néanmoins, le psoriasis n'est alors que l'expression d'un stress normal ne justifiant pas une psychothérapie, sauf évaluation préalable par le pédiatre de l'enfant qui évaluera la disproportion entre l'événement traumatisant et le retentissement psychologique.

Le psoriasis une maladie à composante génétique forte : l'enfant est prédisposé à faire du psoriasis et des événements extérieurs, tel qu'un stress, peuvent en favoriser l'expression clinique.

Dans l'autre sens, le psoriasis, s'il est insuffisamment pris en charge, peut avoir un retentissement psychologique majeur avec un enfant qui peut se désocialiser, en évitant progressivement le regard des autres (vêtements couvrants, refus de participer à des activités sportives, ...). Là aussi un soutien psychologique peut être utile.

#### La contagiosité, les restrictions alimentaires et sportives : non

En aucun cas le psoriasis est une maladie contagieuse. Il peut arriver que le médecin soit dans l'obligation de rédiger des certificats de non contagiosité devant la méconnaissance ou la bêtise de certains enseignants ou éducateurs (notamment pour la piscine). Ceci ne devrait pas être nécessaire.

Aucun régime n'est justifié dans le traitement du psoriasis. De même, aucun sport ne doit être interdit à un jeune enfant atteint de psoriasis. La prise en charge doit permettre à tout enfant d'exercer le sport de son choix.

” Il est un appui fort pour soutenir les enfants et leur famille.,,

Tout au plus, il sera proposé à l'enfant de suspendre son activité sportive lors de poussée douloureuses ou très affchantes. Ces suspensions doivent être transitoires.

#### Peut-on traiter le psoriasis chez l'enfant ?

L'objectif du traitement chez un enfant atteint de psoriasis ne sera pas de guérir la maladie, mais de rendre la maladie acceptable pour l'enfant, c'est-à-dire, lui autoriser une vie la plus normale possible, éviter les moqueries, pouvoir écrire, aller à la piscine... Ainsi, un psoriasis du visage doit être traité activement, alors que l'objectif thérapeutique dans un psoriasis en gouttes aigu chez un enfant en bas âge pourra être plus modeste. Dans tous les cas le traitement sera long, souvent pendant plusieurs mois ou année. Une cause fréquente d'échec est l'arrêt prématuré du traitement, souvent lié à une ordonnance inadaptée.

L'importance d'une relation et d'une discussion médecin-enfant-parents étroite dans la prise en charge de l'enfant est primordiale. Elle permet à la famille de comprendre le psoriasis, d'intervenir dans le choix du traite-

ment, et de s'assurer de la bonne observance thérapeutique afin d'aboutir aux objectifs préalablement établis ensemble (traitement de la poussée, simples émollients...).

Le trépied thérapeutique associé (la première consultation peut être un peu longue) :

- une phase d'éducation des parents et de l'enfant : qu'est-ce que la maladie, quelle est son évolution,...
- quels sont les possibilités thérapeutiques, les explications sur le traitement, local ou général, l'importance de l'observance, la durée prolongée des soins,
- un soutien psychologique parfois utile.

Le jeu éducatif numérique "Théo et les Psorianauts" (<http://theoetlespsorianauts.fr/>) développé par France Psoriasis explique aux enfants et aux parents la maladie, sa prise en charge et comment en parler. Il est un appui fort pour soutenir les enfants et leur famille. Ce jeu est anonyme et gratuit !

#### GRENOBLE

Sonia

” Psoriasis de gouttes depuis l'âge de 11 ans. Les shampoings de l'époque noirs avec senteur goudron laissaient une odeur horrible... On me disait "dégages, tu pus et t'as la gale". Sympa les années collège ! Au lycée je faisais beaucoup de sport, mais je ne prenais jamais ma douche avec les autres car elles étaient dégoûtées et je ne supportais pas les remarques méchantes. Je prévoyais pleins de tenues de rechange ou je m'arrangeais pour rentrer chez moi prendre une douche en fonction de l'horaire. ”



L'arsenal thérapeutique s'est considérablement complété depuis 10-15 ans. Les traitements peuvent être regroupés en 4 groupes.

- 1 Les traitements locaux (cortisone, vitamine D, vitamine A, tacrolimus). Ce traitement long et peut paraître astreignant (mais probablement à peine plus que de se laver les dents tous les soirs...). Il devra être poursuivi jusqu'à blanchiment des lésions et diminué très progressivement. Des traitements d'entretiens (2 fois par semaine) sont proposés chez certains enfants afin d'éviter les rechutes précoces. La galénique du produit doit être adaptée à la forme clinique et la localisation. Les plaques épaisses seront traitées par des pommades, des plaques moins squameuses, des plaques dans les plis seront traitées par des crèmes ou des gels, un shampoing, ou une lotion, sera préféré pour un psoriasis du cuir chevelu.
- 2 Les photothérapies (PUVA, UVB spectre étroit, balnéo-photothérapie) peuvent être utilisées dès 8-10 ans. Elles sont cependant peu compatibles avec la vie scolaire des enfants car elles doivent être réalisées 3 fois par semaine pendant 7-10 semaines. Le risque de cancers cutanés lié à l'exposition récurrente aux ultraviolets fait éviter cette thérapeutique chez le petit enfant.
- 3 Les traitements généraux (acitrétine, ciclosporine, méthotrexate) peuvent être utilisés de façon prolongée. Ils sont très efficaces mais non dénués de toxicité. Ils sont utilisés par des dermatologues habitués au maniement de ces thérapeutiques chez l'enfant.
- 4 Plus récemment ont été développées des thérapies ciblées (an-

ti-TNF alpha, anti-IL12/23) utilisées en voie injectable sous-cutanée. Leur efficacité est le plus souvent remarquable avec un profil de tolérance remarquable. Leur principal facteur limitant est leur coût annuel (plus de 10 000 €/an).

- 5 Aujourd'hui, ce n'est plus l'efficacité des médicaments qui est le facteur limitant au bon contrôle de cette dermatose chez l'enfant, mais plus la mauvaise évaluation de la gravité de la dermatose sur le quotidien de l'enfant et donc l'insuffisance de traitement qui est la cause d'échec de prises en charge.

## LILLE

### Patricia

"J'ai du pso depuis l'âge de 6-7 ans (1997). En primaire, certains parents ont interdit leurs enfants de jouer avec moi (au lieu d'aller demander tout simplement à mes parents si j'étais contagieuse) et les plus âgés de l'école venaient et se moquaient de mes plaques (lors de cette première poussée, j'en étais couverte de la tête au pieds, donc impossible de le cacher). Plus tard, à l'adolescence, je me faisais traiter de "croulard" par un nageur du club où j'allais (car j'ai continué la natation malgré tout). Aujourd'hui, alors que je suis adulte, je croise encore certains regards un peu trop insistants sur mes plaques (présentes maintenant essentiellement sur les bras et les jambes). En revanche, en tant qu'enseignante, je n'ai jamais eu de soucis avec les élèves ou les parents (alors que je pensais vraiment que ça allait être compliqué de ce côté là)."

### Références :

- 1) Augustin M, Gaeske G, Radtke MA, et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol* 2010;162:633-6.
- 2) Bronckers IMG, Seyger MMB, West DP, et al. Safety of systemic agents for the treatment of pediatric psoriasis. *JAMA Dermatol* 2017 [Epub ahead of print].
- 3) Charbit L, Mahé E, Phan A, et al. Systemic treatments in childhood psoriasis: a French multicentre study on 154 children. *Br J Dermatol* 2016;174:1118-21.
- 4) De Jager ME, de Jong EM, Meuwis KA, et al. No evidence found that childhood onset of psoriasis influences disease severity, future body mass index or type of treatments used. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:1333-9.
- 5) De Jager ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC, et al. Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis: a systematic literature review. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:1013-30.
- 6) *JAMA Dermatol* 2013;149:166-76.
- 7) Mahé E, Maccari F, Beauchet A, et al. Childhood onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities. *Br J Dermatol* 2013;169:889-95.
- 8) Mahé E, Beauchet A, Bodemer C, et al. Psoriasis and obesity in French children: a case-control, multicentre study. *Br J Dermatol* 2015;172:1593-600.
- 9) Mahé E. Childhood psoriasis. *Eur J Dermatol* 2016;26:537-48.
- 10) Paller AS, Mercy K, Kwasny MJ, et al. Association of pediatric psoriasis severity with excess and central adiposity: an international cross-sectional study.

## Enfant, adulte, soignant : qui décide(nt) du traitement ?

### QUESTIONS À...

Linda ROSSI-SEMERANO (AP-HP, Hôpital de Bicêtre)

**Vous êtes rhumatologue en pédiatrie, selon vous, l'enfant est-il capable d'être impliqué dans la prise de décision de son traitement ?**

Tout enfant, même en bas âge doit être informé et questionné sur la décision des traitements et des soins le concernant. Le soignant doit évidemment utiliser un langage simple et adapté par rapport à l'âge et le niveau de compréhension ; des exemples concrets peuvent l'aider dans la compréhension et dans la participation à la décision thérapeutique. Cela est particulièrement vrai pour les adolescents qui ont souvent une mauvaise observance du traitement. Une "information éclairée", c'est-à-dire bien comprise, permettant une participation dans la décision médicale améliore l'adhésion thérapeutique.

**Un entretien entre le soignant et l'adolescent seul, sans ses parents, facilite une expression plus libre de ses plaintes de son quotidien avec la maladie, de ses craintes et de ses préférences vis-à-vis des différentes options. Ensuite, les parents doivent aussi pouvoir recevoir les informations nécessaires et pouvoir s'exprimer lors d'un entretien commun (soignant, adolescent, parents).**

**Les professionnels de santé sont-ils formés à cette évolution de la place du patient dans la décision médicale ? Avez-vous des outils d'aide à l'information des enfants et à leur expression ?**

À ma connaissance il n'y a pas de formation spécifique sur ce sujet. Néanmoins, le développement de l'éducation thérapeutique du patient et le rôle de

Linda ROSSI-SEMERANO,

Rhumatologue-pédiatre,  
Praticien Hospitalier à  
l'APHP hôpital universitaires  
de Paris Sud, service  
de rhumatologie pédiatrique  
de l'hôpital de Bicêtre,  
CEREMAIA (Centre  
de Référence des Maladies  
Auto-inflammatoires et  
des Amyloses AA) ;  
coordinatrice du Réseau  
rhumatismes inflammatoires  
pédiatriques en Ile-de-France  
(RESRIP)

plus en plus important des associations contribuent à sensibiliser les soignants sur la place du patient dans la décision médicale.

Des brochures d'informations adaptées sur les maladies rhumatismales pédiatriques, telle que l'arthrite juvénile idiopathique, ont été développées et sont données aux enfants et à leurs parents suite aux consultations médicales.

## France Psoriasis et les enfants

Consciente que le psoriasis des enfants pose des problèmes différents que celui des adultes, France Psoriasis a réalisé des outils pour les aider, eux et leurs parents :

- Tout d'abord le jeu "Théo et les psorianauts", jeu souvent primé.
- Puis sa déclinaison en conte, parce que le moment de lecture est un moment de partage. Le livre est dis-

ponible sur demande et contre trois timbres à l'association.

Le conseiller scientifique pour le jeu et pour le conte est le Docteur Emmanuel MAHE qui a également accepté de rédiger ce dossier.

Qu'il en soit ici chaleureusement remercié.



