

RECONNAITRE ET TRAITER LE PSORIASIS DU CUIR CHEVELU

Prof. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie du CHU du Sart Tilman à Liège

Le psoriasis est une dermatose fréquente dans la population belge, et le cuir chevelu en représente un bastion qui a la réputation de résister à de nombreux traitements. Cette localisation céphalique peut ainsi être isolée ou accompagnée de l'atteinte d'autres sites corporels. Le psoriasis du cuir chevelu a une présentation érythémato-squameuse de sévérité variable selon les patients et le moment où ils sont observés.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel le plus fréquemment évoqué est la dermatite séborrhéique (Tableau I). Il existe même une situation intermédiaire entre ces deux maladies qui est appelée sébopsoriasis. Plus rarement, une teigne causée par des dermatophytes ou une fausse teigne amiantacée peuvent être évoquées.

La dermatite séborrhéique s'observe particulièrement chez des personnes dont la peau du visage est séborrhéique et luisant, ce qui n'est pas particulièrement fréquent pour le psoriasis. L'aspect des squames est différent dans les deux affections. Le psoriasis se caractérise par une desquamation blanc crayeux, tandis que la dermatite séborrhéique se manifeste par des squames jaunâtres et grasses. Par ailleurs, les squames du psoriasis adhèrent fermement à la peau, souvent en plaques épaisses, contrairement à la dermatite séborrhéique dont la desquamation est plus diffuse, avec des pellicules libres sur les cheveux.

La différence de localisation des lésions sur le reste du corps est un important complément d'information diagnostique. Le psoriasis du cuir chevelu est souvent associé à des anomalies unguéales. Celles-ci sont parfois discrètes, sous la forme de quelques petites ponctuations sur un seul ongle, mais elles peuvent aussi toucher plusieurs ongles, avec un décollement en demi-lune ou une hyperkératose soulevant la tablette unguéale. La dermatite séborrhéique s'étend souvent au niveau des cils, des sourcils ou des plis nasogéniens, sans aucune onychopathie associée

Panorama des traitements antipsoriasiques

Il n'existe pas de traitement permettant d'éradiquer à tout jamais la capacité des individus prédisposés à développer un psoriasis du cuir chevelu. Les thérapeutiques disponibles visent uniquement à améliorer l'état cutané sans avoir d'action curative démontrée à long terme. Les principaux agents actifs par voie topique se répartissent en quatre groupes principaux représentés par les agents exfoliants, les dermocorticoïdes, les inhibiteurs de la calcineurine et les analogues de la vitamine D₃. Les mécanismes biologiques visés par ces quatre familles de composés sont très différents les uns des autres.

En principe, il faut éviter autant que possible les facteurs externes pouvant exacerber un psoriasis ou irriter le cuir chevelu. Les soins d'hygiène font appel à des shampooings exfoliants aidant à éliminer les squames. Un shampooing antipelliculaire réduisant la quantité de levures du genre *Malassezia* est aussi utile, surtout si un prurit est signalé ou en cas de sébopsoriasis. L'élimination manuelle des squames, à l'aide d'un peigne ou par grattage, doit être évitée car elle entraîne une irritation induisant le phénomène de Koebner, qui entretient l'évolution du psoriasis. Le grattage motivé par le prurit a le même effet néfaste.

En pratique quotidienne, la nature réfractaire du psoriasis du cuir chevelu est amplement reconnue. Cette expérience contraste avec certains résultats d'études cliniques qui sont plus encourageants compte tenu de l'observance souvent plus stricte du traitement par les volontaires d'essais thérapeutiques. La réalisation d'études contrôlées est cependant nécessaire afin d'objectiver le potentiel thérapeutique d'une nouvelle médication ou formulation.

Pour le traitement d'un cuir chevelu, les patients apprécient plus une formulation galénique aux propriétés cosmétiques avérées. Un agent pharmacologique éliminant le casque squameux est souvent le bienvenu en début de traitement. Des préparations magistrales à base d'agents exfoliants squamolytiques favorisant la desquamation tels que les α et β hydroxyacides (acide salicylique 5%) sont très utiles et remboursées par la Sécurité Sociale (Tableau II). Cette phase du traitement demande une bonne motivation du patient car l'excipient le plus adéquat est rarement agréable sur le plan cosmétique. Le traitement est appliqué le soir sous un bonnet, et les cheveux sont lavés

le matin suivant. Ces produits peuvent induire de manière malencontreuse une stimulation proliférative indirecte de l'épiderme. Leur effet sur le psoriasis est donc ambivalent. Cependant, leur utilité est incontestable lorsque l'hyperkératose est importante et perturbe la pénétration de composants anti-psoriasiques actifs.

Lorsque le cuir chevelu nettoyé de ses squames reste érythémateux ou prurigineux, un dermocorticoïde s'avère souvent efficace grâce à son action anti-inflammatoire. Il existe un grand choix disponible de préparations galéniques et de molécules actives de puissances diverses.

Les inhibiteurs de la calcineurine sont des immunosédatifs cutanés « skin immune dowregulator », improprement appelés immunomodulateurs. Dans leur formulation sous forme d'onguent, ils n'ont pas fait la preuve d'une efficacité performante et efficiente sur un plan pharmaco-économique dans les cas de psoriasis du cuir chevelu.

La mise au point d'analogues de la vitamine D₃ a constitué un progrès certain dans le traitement du psoriasis. Trois molécules dérivées de la vitamine D, le calcipotriol, le tacalcitol et le calcitriol sont présentes sur le marché. En se liant à leurs récepteurs cutanés, ils inhibent la prolifération et favorise la différenciation des kératocytes, ciblant ainsi les deux principaux mécanismes responsables de la pathologie : l'accélération du turnover et la différenciation incomplète de ces cellules (1). Ces médicaments agissent aussi au niveau du système immunitaire cutané par une modification de l'activité IL-1 dépendante des lymphocytes T via une régulation négative des molécules d'adhésion cellulaire.

Dans la gamme des dérivés de la vitamine D₃, seul le calcipotriol est disponible sous trois formes galéniques différents correspondant à une lotion, une crème et un onguent. L'effet bénéfique de l'onguent et de la crème Daivonex® (LEO Pharma) a été rapporté en cas de psoriasis du cuir chevelu (2, 3). La lotion au calcipotriol (Daivonex® lotion) aux qualités cosmétiques affirmées est la bienvenue en applications une à deux fois par jour (3-6). Cette phase de traitement est recommandée pendant un mois ou plus si nécessaire. Un traitement alternatif appliqué deux fois par jour (le soir, l'onguent et le matin, la lotion) est le plus efficace en cas de psoriasis réfractaire.

Conclusion

Les approches thérapeutiques du psoriasis du cuir chevelu sont diverses et chacune trouve une indication selon la présentation clinique. L'expertise du clinicien est l'élément majeur aidant au choix le plus approprié du traitement. Parmi les nouveautés, le Daivonex® lotion apparaît être une avancée importante. Nonobstant les conseils prodigués, chaque patient reste cependant unique face à sa maladie, et les avis médicaux doivent être adaptés individuellement. Il n'y a pas de recette thérapeutique infaillible et universelle.

Références

1. Uhoda I, Quatresooz T, Hermanns-Lê T, et al.- Histometric assessment of psoriatic plaques treated by vitamin D3 derivatives. *Dermatology*, 2003, **206**, 366-369.
2. Langner A, Stapor W, Ambroziak M.- Vitamin D3 metabolites and analogues in the treatment of scalp psoriasis. *J Dermatol Treat*, 1998, **9**, S41-S45.
3. Barnes L, Altmeyer P, Förström L, et al.- Long-term treatment of psoriasis with calcipotriol scalp solution and cream. *Eur J Dermatol*, 2000, **10**, 199-204.
4. Thaci D, Daiber W, Boehncke WH, et al.- Calcipotriol solution for the treatment of scalp psoriasis : evaluation of efficacy, safety and acceptance in 3396 patients. *Dermatology*, 2001, **203**, 153-156.
5. Uhoda I, Flagothier C, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.- Comment je traite... un psoriasis du cuir chevelu. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 481-484.
6. Piérard-Franchimont C, Uhoda I, Piérard GE.- Mitigating psoriatic alopecia by calcipotriol lotion. A control of teloptosis and sustained hair eclipse phenomenon. *Am J Clin Dermatol*, sous presse.

Tableau I – Diagnostic différentiel clinique**Psoriasis**

Prurit possible

Erythème variable

Squames blanches en plaques

Lésions en plages circonscrites

Dermite séborrhéique

Prurit fréquent

Erythème variable

Squames jaunâtres grasses

Lésions diffuses

Tableau II – Exemples de préparations exfoliantes squamolytiques

R/acide salicylique : 2,5 g

 Tween 60 : 4 g

 Crème émulsifiante BFV ad 50 g

R/acide salicylique : 2,5 g

 Crème hydrophile anionique

 FTM ad 50 g