

Année: 2021

Thèse N°: 96

Psoriasis chez l'enfant aspects dermatologiques et nouveautés thérapeutiques

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Monsieur Ali RBOUHATE

Né le 23 Avril 2020 à Kénitra

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Psoriasis; Enfant; Aspect dermatologiques; Iconographie; Traitement

Membres du Jury :

Madame Asmaa MDAGHRI ALAOUI

Professeur de Pédiatrie

Madame Badr Sououd BENJELLOUN DAKHAMA

Professeur de Pédiatrie

Madame Nouzha DINI

Professeur de Pédiatrie

Président

Rapporteur

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنما أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen :

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

*Enseignant militaire

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - [Clinique Royale](#)
Anesthésie - Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne - [Doyen de la FMPR](#)
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie - Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOUHA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité des Orangers](#)
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUHA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale [Doyen de FMPT](#)
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen de la EMPA](#)
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale - [Directeur du CHUIS](#)
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie [Inspecteur du SSM](#)
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

*Enseignant militaire

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAOUI Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 Pr. BIROUK Nazha
 Pr. FELLAT Nadia
 Pr. KADDOURI Noureddine
 Pr. KOUTANI Abdellatif
 Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 Pr. TOUFIQ Jallal
 Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
 Pr. BOUGTAB Abdesslam
 Pr. ER RIHANI Hassan
 Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
 Pr. AIT OUAMAR Hassan
 Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
 Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 Pr. EL FTOUH Mustapha
 Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 Pr. TACHINANTE Rajae
 Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
 Pr. AJANA Fatima Zohra
 Pr. BENAMR Said
 Pr. CHERTI Mohammed
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 Pr. EL HASSANI Amine
 Pr. EL KHADER Khalid
 Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Décembre 2001

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

Gynécologie-Obstétrique
 Neurologie
 Cardiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Psychiatrie [Directeur Hôp.Ar-razi Salé](#)
 Gynécologie Obstétrique

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)
 Chirurgie Générale
 Oncologie Médicale
 Hématologie

Pneumo-phtisiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Neurologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie - [Directeur Hôp.Cheikh Zaid](#)
 Urologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Pédiatrie

*Enseignant militaire

Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouda
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef*
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. CHOHO Abdelkrim*
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. SIAH Samir*
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOULAADAS Malik

Anesthésie-Réanimation
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Rhumatologie
 Anatomie
 Radiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique [Directeur Hôp. Des Enfants Rabat](#)
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie - [Directeur Hôp. Univ. International \(Cheikh Khalifa\)](#)
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale [Directeur Hôpital Ibn Sina](#)
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D chargé Aff Acad. Est.**
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

*Enseignant militaire

Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif*
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BOUHAFFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtiham
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Said*

Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Rhumatologie [Directeur Hôp. Al Ayachi Salé](#)
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biophysique
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
 Hématologie
 O.R.L.
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Pneumo - Phtisiologie
 Biochimie

*Enseignant militaire

Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid

Pr. ACHACHI Leila

Pr. AMHAJJI Larbi*

Pr. AOUI Sarra

Pr. BAITE Abdelouahed*

Pr. BALOUCH Lhousaine*

Pr. BENZIANE Hamid*

Pr. BOUTIMZINE Nourdine

Pr. CHERKAOUI Naoual*

Pr. EL BEKKALI Youssef*

Pr. EL ABSI Mohamed

Pr. EL MOUSSAOUI Rachid

Pr. EL OMARI Fatima

Pr. GHARIB Nouredine

Pr. HADADI Khalid*

Pr. ICHOU Mohamed*

Pr. ISMAILI Nadia

Pr. KEBDANI Tayeb

Pr. LOUZI Lhoussain*

Pr. MADANI Naoufel

Pr. MARC Karima

Pr. MASRAR Azlarab

Pr. OUZZIF Ez zohra*

Pr. SEFFAR Myriame

Pr. SEKHSOKH Yessine*

Pr. SIFAT Hassan*

Pr. TACHFOUTI Samira

Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*

Pr. TANANE Mansour*

Pr. TLIGUI Houssain

Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*

Pr. AGADR Aomar*

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*

Pr. AKHADDAR Ali*

Pr. ALLALI Nazik

Pr. AMINE Bouchra

Pr. ARKHA Yassir

Pr. BELYAMANI Lahcen*

Pr. BJIJOU Younes

Pr. BOUHSAIN Sanae*

Pr. BOUI Mohammed*

Pr. BOUNAIM Ahmed*

Pr. BOUSSOUGA Mostapha*

Pr. CHTATA Hassan Toufik*

Pr. DOGHMI Kamal*

Pr. EL MALKI Hadj Omar

Pr. EL OUENNASS Mostapha*

Pr. ENNIBI Khalid*

Pr. FATHI Khalid

Pr. HASSIKOU Hasna*

Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale

Pneumo phtisiologie

Traumatologie orthopédie

Parasitologie

Anesthésie réanimation

Biochimie-chimie

Pharmacie clinique

Ophthalmologie

Pharmacie galénique

Chirurgie cardio-vasculaire

Chirurgie générale

Anesthésie réanimation

Psychiatrie

Chirurgie plastique et réparatrice

Radiothérapie

Oncologie médicale

Dermatologie

Radiothérapie

Microbiologie

Réanimation médicale

Pneumo phtisiologie

Hématologie biologique

Biochimie-chimie

Microbiologie

Microbiologie

Radiothérapie

Ophthalmologie

Chirurgie générale

Traumatologie-orthopédie

Parasitologie

Cardiologie

Médecine interne

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Neuro-chirurgie

Radiologie

Rhumatologie

Neuro-chirurgie [Directeur Hôp.des Spécialités](#)

Anesthésie Réanimation

Anatomie

Biochimie-chimie

Dermatologie

Chirurgie Générale

Traumatologie-orthopédie

Chirurgie Vasculaire Périphérique

Hématologie clinique

Chirurgie Générale

Microbiologie

Médecine interne

Gynécologie obstétrique

Rhumatologie

*Enseignant militaire

Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha*
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Décembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOU MHAMDI Mouna
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*

Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne **Directeur ERSSM**
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Traumatologie-orthopédie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique

Pharmacologie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie-Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique et Bromatologie
 Traumatologie orthopédie

*Enseignant militaire

Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique Vice-Doyen à la Pharmacie
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie
<u>AVRIL 2013</u>	
Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
<u>MARS 2014</u>	
Pr. ACHIR Abdellah	Chirurgie Thoracique
Pr. BENCHAKROUN Mohammed*	Traumatologie- Orthopédie
Pr. BOUCHIKH Mohammed	Chirurgie Thoracique
Pr. EL KABBAJ Driss*	Néphrologie
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*	Biochimie-Chimie
Pr. HARDIZI Houyam	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pr. HASSANI Amale*	Pédiatrie

*Enseignant militaire

Pr. HERRAK Laila
Pr. JEAIDI Anass*
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham*
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youssef*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa

Pneumologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Dermatologie
Rhumatologie

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie

*Enseignant militaire

Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT HICHAM*
Pr. BOUKHRIS JALAL*
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*
Pr. CHAHDI HAFSA*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
Pr. DAMIRI AMAL*
Pr. DOGHMI NAWFAL*
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR
Pr. EL ANNAZ HICHAM*
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*
Pr. EL KAOUI HAKIM*
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*
Pr. EN-NAFAA ISSAM*
Pr. HAMAMA JALAL*
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*
Pr. HJIRA NAOUFAL*
Pr. JIRA MOHAMED*
Pr. JNIENE ASMAA
Pr. LARAQUI HICHAM*
Pr. MAHFOUD TARIK*
Pr. MEZIANE MOHAMMED*
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*
Pr. MOUZARI YASSINE*
Pr. NAOUI HAFIDA*
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
O.R.L
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

*Enseignant militaire

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie
moléculaire/Biotechnologie	
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 05/03/2021
KHALED Abdellah
Chef du Service des
Ressources Humaines
FMPR

*Enseignant militaire

Dédicaces

A MON PERE

Celui qui a été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions, qui m'a appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler.

Le guide suprême, qui a toujours été un exemple pour ses enfants, qui m'a toujours encouragé dans tout ce que j'entreprends, qui m'a transmis la faim de savoir et cette rage de vaincre.

Je te serai reconnaissant toute ma vie, pour tout le mal que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour ta patience et ton amour.

J'espère être l'homme que tu as voulu que je sois. Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement et je te le dédie tout particulièrement.

A MA TENDRE MERE

Cette être irremplaçable, pour son amour son écoute permanente et son soutien inconditionnel.

Ma mère qui a toujours été là dans les moments les plus difficiles de ma vie, qui m'a soutenu et protéger.

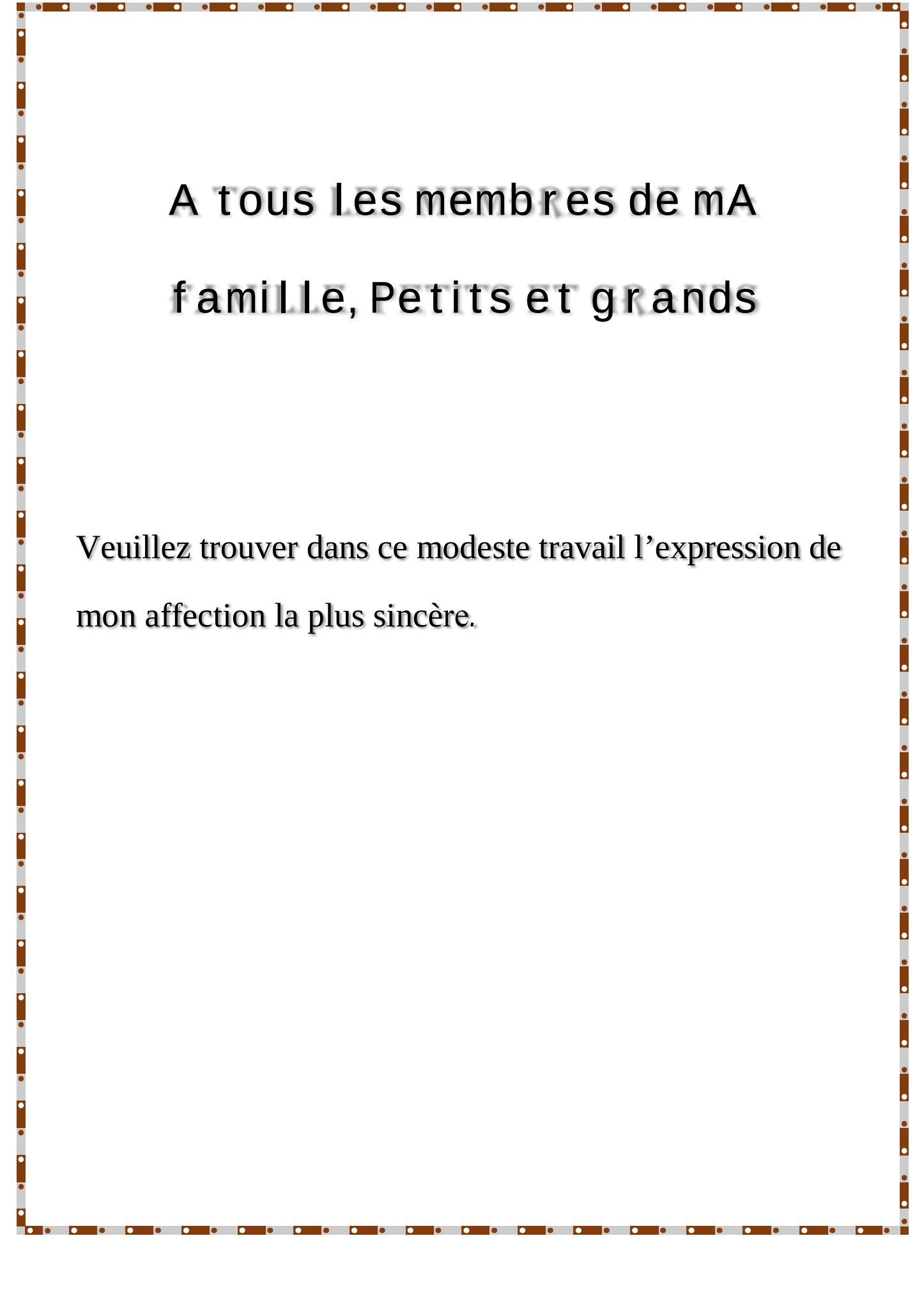
Je te dédie ce travaille maman pour t'exprimer toute ma gratitude et je te dis tout simplement : je t'adore maman, Merci pour tout.

A tous mes très chers Amis (es)

Je ne peux trouver les mots pour vous exprimer mes sentiments et mes pensées, vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis sur que j'affectionnerai toujours.

En témoignage de l'amitié qui nous relie et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble.

Je vous dédie cette thèse et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.



A tous les membres de ma
famille, Petits et grands

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de
mon affection la plus sincère.

Remerciements

A notre maître et rapporteur de thèse

Madame la professeure Benjelloun Dakhama Badr Sououd

Professeur de pédiatrie

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez croire, cher maître, à l'assurance de notre respect et notre considération.

A notre maître et juge de thèse
Madame la professeure Dini Nezha
Professeur de pédiatrie

Nous sommes très honorés de vous avoir parmi ce jury de thèse.
Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance et de l'estime
que je porte à votre personne.
Veuillez croire à nos sincères remerciements.

A notre maître et présidente de thèse
Madame le professeure Mdaghri Alaoui Asmaa
Professeur de pédiatrie

Vous avez accepté de juger ce travail avec une spontanéité et une
simplicité émouvante.

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi le
jury de cette thèse.

Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et
profond respect.

Liste des Abréviations

ADP : Adénopathie

AMM : Autorisation de Mise en Marché

DA : Dermatite Atopique

FTA: Fluorescent Treponemal Anti body

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

HLA : Human Leucocyte Antigen

IPD : Inter Phalangienne Distale

IPP : Inter Phalangienne Proximale

K: kératinocytes

MTX: Methotrexate

NK: cellule Natural killer

PASI: Psoriasis Area Severity Index

PDC : cellule dendritique plasmacytoïde

PEAG : Pustulose Aiguë Exanthématique Généralisée

PRG : Pityriasis Rosé de Gibert

Tip DC : cellule dendritique CD11+

TNF: Tumor Necrosis Factor

TPHA: Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay

UMP : service des Urgences Médicales Pédiatriques

UVB : Rayonnement Ultraviolet avec une longueur d'ondes de 315 à 280 nm

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

Sommaire

INTRODUCTION	1
HISTOIRE DU PSORIASIS.....	4
ÉPIDEMIOLOGIE	6
HISTOLOGIE DE LA PEAU	8
I. ÉPIDERME [9]	9
1. <i>Les Kératinocytes</i>	10
1.1 La couche germinative	10
1.2 La couche à épine	11
1.3 La couche granuleuse	11
1.4 La couche cornée	11
2. <i>Les mélanocytes</i>	12
3. <i>les cellules de Langerhans</i>	12
4. <i>Les cellules de Merkel</i>	13
II. DERME :	14
III. HYPODERME.....	14
PHYSIOPATHOLOGIE.....	15
I. FACTEURS GENETIQUES [12-20].....	16
II. FACTEURS IMMUNOLOGIQUES [12-15, 19, 21-22]	16
III. FACTEURS INFECTIEUX [17-18]	17
IV. FACTEURS TRAUMATIQUES [17]	18
V. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES [23]	18
VI. FACTEURS MEDICAMENTEUX [23]	18
VII. FACTEURS CLIMATIQUES	19
ASPECTS DERMATOLOGIQUES DU PSORIASIS CHEZ L'ENFANT	20
I. ASPECTS DERMATOLOGIQUES TYPIQUES	21
1. <i>La lésion élémentaire [29, 30,31]</i>	21
1.1 La couche superficielle	21
1.2 La couche profonde	22
II. FORMES CLINIQUES	23

1.	<i>Selon l'aspect clinique</i>	23
1.1	Psoriasis vulgaire (en plaques)	23
1.2	psoriasis en goutte	25
1.3	Psoriasis nummulaire	26
1.4	Psoriasis spinulosique	27
2.	<i>Selon la topographie des lésions</i>	28
2.1	Localisations habituelles	28
2.1.1	Psoriasis du visage	28
2.1.2	Psoriasis du cuir chevelu	29
2.1.3	Psoriasis unguéal	30
2.1.4	Psoriasis palmoplantaire :	31
2.1.5	Psoriasis inversé ou des plis [58-61]	33
2.1.6	Psoriasis des muqueuses	35
2.1.7	L'atteinte du tronc [70-72]	37
2.1.8	L'atteinte des membres [74]	37
2.1.9	Psoriasis du nourrisson	38
	COMPLICATIONS DU PSORIASIS DE L'ENFANT	40
1.	<i>Le psoriasis pustuleux [70-72]</i>	41
1.1	Le psoriasis pustuleux localisé palmo plantaire :	41
1.2	Le psoriasis pustuleux généralisé	42
2.	<i>Érythrodermie psoriasique</i>	44
2.1	L'érythrodermie sèche et desquamative	44
2.2	L'érythrodermie œdémateuse	45
3.	<i>Psoriasis arthropathique [75]</i>	46
3.1	Épidémiologie	46
3.2	Clinique	46
3.3	Paraclinique	48
3.4	Critères du diagnostic positif	48
3.5	Évolution	50
	DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	53
I.	LA DERMATITE SEBORRHEIQUE [81, 84]	54
II.	LES ECZEMAS [81, 85-86]	56
1.	<i>La dermatite atopique [83, 100]</i>	58
2.	<i>L'eczéma nummulaire [82]</i>	62
3.	<i>L'eczéma de contact</i>	63

III.	LE PITYRIASIS ROSE DE GIBERT [87, 88]	65
IV.	LES ECZEMATIDES [81, 101]	67
1.	<i>les eczématides pityriasiformes</i>	68
2.	<i>Les eczématides psoriasiformes</i>	68
V.	LE PARAPSORIASIS EN GOUTTES [91,98]	69
VI.	LE PITYRIASIS RUBRA PILAIRE [93 ,90].....	72
VII.	LE LICHEN PLAN [94, 89].....	75
VIII.	DERMATOPHYTIE DE PEAU GLABRE [99]	78
IX.	LES SYPHILIDES SECONDAIRES PSORIASIFORMES [94]	78
X.	LE VITILIGO [79].....	79
XI.	AUTRES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	80
1.	<i>teigne</i>	80
2.	<i>toxidermie</i>	80
3.	<i>érythème fessier</i>	82
TRAITEMENT.....		83
I.	BUT DU TRAITEMENT [107].....	84
II.	MOYENS THERAPEUTIQUES.....	84
1.	<i>Traitements topiques</i> [108 ,109].....	85
1.1	Émollients	85
1.2	Kératolytiques	85
1.3	Dermocorticoïdes	85
1.4	Analogues de la vitamine D	86
1.5	Analogues de la vitamine A	86
1.6	La macrolides (immunosuppresseurs topiques) : Tacrolimus.....	87
1.7	Goudrons [110]	87
1.8	Dithranol (Anthralin) [110]	87
2.	<i>Traitements systémiques</i> : [108].....	88
2.1	Rétinoïdes (Acitrétine : soriatane)	88
2.2	Méthotrexate (MTX)	89
2.3	Ciclosporine :	90
2.4	Biomédicaments :	90
3.	<i>Photothérapie</i> [108]	91
4.	<i>Antibiothérapie</i> [111].....	92
5.	<i>LASER EXCIMER</i> [112].....	92

6.	<i>Cures thermals</i> [108]	92
III.	INDICATIONS THERAPEUTIQUES [108]	93
1.	<i>Psoriasis « léger »</i>	93
2.	<i>Psoriasis en plaques modéré à sévère</i>	94
3.	<i>Psoriasis en gouttes</i>	94
4.	<i>Psoriasis pustuleux généralisé</i>	95
5.	<i>Érythrodermie psoriasique</i>	95
IV.	SUIVI, PRONOSTIC	95
CONCLUSIONS		97
RESUMES		99
REFERENCES		103

Listes des figures

Figure 1 : histologie de la peau.....	9
Figure 2 : Histologie de l'épiderme [10].....	13
Figure 3: Schéma simplifié de la physiopathologie du psoriasis cutanée. (28)..	17
Figure 4 : Lésions élémentaires érythémato- squameuses (service des UMP)...	21
Figure 5 : Plaque érythémato squameuse [113]	23
Figure 6 : Localisations du Psoriasis vulgaire (service des UMP).....	24
Figure 7 : Localisations du Psoriasis vulgaire : nuque (service des UMP)	25
Figure 8 : Psoriasis en goutte Image A [36], Image B (Service des UMP).....	26
Figure 9 : Psoriasis nummulaire (Service des UMP)	27
Figure 10 : Psoriasis spinulosique du genou [113].....	28
Figure 11 : Psoriasis du visage aspect clown rouge[41].....	29
Figure 12 : Psoriasis du cuir chevelu [45].....	30
Figure 13 : Psoriasis unguéal bilatéral [113].....	31
Figure 14 : Psoriasis plantaire (Service des UMP).....	32
Figure 15 : Psoriasis palmo plantaire (service des UMP).....	33
Figure 16 : Psoriasis inversé [58]	35
Figure 17 : Psoriasis de la langue [113] psoriasis preputial enfant de 2 ans [69]	36
Figure 18 : psoriasis du tronc [113] psoriasis du tronc [73]	37
Figure 19 : Psoriasis vulgaire des deux membres [113]	38
Figure 20 : Psoriasis des langes (service des UMP).....	39

Figure 21 : Le psoriasis pustuleux du tronc (thorax et dos) (service des UMP)	43
Figure 22 (A et B) : Acrodermatite continue d'Hallopeau [73].....	44
Figure 23 : Érythrodermie psoriasique [78].....	45
Figure 24 : Psoriasis arthropathique [76].....	47
Figure 25 Psoriasis articulaire	51
Figure 26 : Radiographie du bassin : sacroiliite stade IV, enthésopathie ischiatique et coxite engainante à droite, débutante à gauche [75].....	51
Figure 27 ; Dermite séborrhéique (eczéma séborrhéique) du nourrisson (service des UMP).....	55
Figure 28 : Érythrodermie desquamative de Leiner-Moussous (service des UMP).....	55
Figure 29 : Eczéma de l'oreille (service des UMP).....	57
Figure 30 : Eczéma de la jambe (service des UMP).....	58
Figure 31 : Dermatite atopique du nourrisson (service des UMP).....	61
Figure 32 : Dermatite atopique du nourrisson [102]	61
Figure 33 : A : Atopie de l'enfant, eczéma lichénifié [94] B : Dermatite atopique au niveau du pli du cou [100]	62
Figure 34 : lésions d'eczéma nummulaire (service des UMP)	63
Figure 35 : Eczéma de contact à l'élastique des Langes [100].....	64
Figure 36 : A : PRG aspect en médaillon B : PRG Aspect en branche de sapin (service des UMP).....	66
Figure 37 : Lésions du PRG (Sur le dos : l'orientation des macules ovalaires selon l'axe des côtes est évocateur un PRG « image en sapin de Noel »). [103]	67
Figure 38 : (A) Eczéma psoriasiforme dû au contact avec une couche [106] (B) Eczématides pityriasiformes [105]	69

Figure 39 : Psoriasis en gouttes chronique (A) détail d'une lésion érythémato-squameuse [96] (B) Éruption constituée d'éléments papuleux [91]	71
Figure 40 : (A) Parapsoriasis en « gouttes » chronique. Parakératose sèche [91] (B) Parapsoriasis en « gouttes » chronique Exocytose intra épidermique de cellules mononuclées [91]	72
Figure 41 : Pityriasis rubra pilaire typique de l'enfant : papules folliculaires kératosiques du tronc [90]	73
Figure 42 : Pityriasis rubra pilaire typique de l'enfant : kératodermie [90]	74
Figure 43 : Pityriasis rubra pilaire de l'enfant : atteinte du visage (A) et du scalp (B) [90]	74
Figure 44 : Lichen plan (service des UMP)	77
Figure 45 : (A) Lichen plan unguéal [97] (B) Histologie du lichen infiltrat lymphocytaire du derme superficiel avec émiettement de la membrane basale [80]	77
Figure 46 : (A) Dermatophytie de la peau glabre [99] (B) Syphilides psoriasiformes du tronc [94].....	79
Figure 47 : Vitiligo chez l'enfant [114].....	79
Figure 48 : Teigne (service des UMP).....	80
Figure 49 : Toxidermie (service des UMP).....	81
Figure 50 : érythème fessier (service des UMP)	82

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critère de Vancouver pour le rhumatisme psoriasique juvénile..... 49

Tableau 2 : Critère de Durban pour le rhumatisme psoriasique juvénile 49

Introduction

Le psoriasis est l'une des affections cutanées les plus communes, affectant environ 3% de la population mondiale [1].

C'est une dermatose érythématosquameuse inflammatoire chronique non contagieuse, pouvant débuter à n'importe quel âge, en général sur un terrain prédisposé génétiquement, son mécanisme etiopathogénique restant encore mal connu. [2]

Chez l'enfant, il représente environ 5% des affections dermatologiques pédiatriques ; un début dans l'enfance existe chez 30 à 50 % des patients, elle touche le petit enfant tout autant que l'adolescent [1]. Le psoriasis touche 1% des enfants dès le premier mois de vie.

Le psoriasis ne nécessite aucune exploration complémentaire il s'agit d'un diagnostic clinique. Toutes les formes peuvent s'observer chez l'enfant mais avec certaines particularités. En raison des formes débutantes pauci symptomatiques, des diagnostics différentiels peuvent se poser.

La forme clinique en plaque est la plus fréquente

Habituellement le psoriasis est bénin, cependant certaines formes peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel notamment le (psoriasis palmo plantaire, rhumatisme psoriasique) et également le pronostic vital (érythrodermies psoriasiques, psoriasis pustuleux Généralisé).

L'évolution est chronique par poussées successives dont la durée et la fréquence sont variables et imprévisibles.

Le traitement des enfants psoriasiques est relativement difficile, le traitement est orienté par plusieurs facteurs (la sévérité clinique de la maladie le retentissement sur la qualité de vie physique et psychique du malade), associé à cela l'éducation des enfants et de leurs parents par rapport à l'évolution, la bénignité, les moyens et limites du traitement [1].

On privilégie les traitements topiques en première intention cependant des traitements généraux sont nécessaires dans les formes sévères.

Notre étude bibliographique va mettre l'accent sur les différents aspects dermatologiques du psoriasis chez l'enfant ainsi que sur les nouvelles modalités thérapeutiques en vigueur.

Histoire du psoriasis

Nous savons que les Grecs ont été, dès l'Antiquité, les pionniers dans le domaine de la recherche médicale, et en particulier en dermatologie. Hippocrate (460-377 av J-C) a été le premier médecin grec à s'intéresser aux maladies cutanées. Les maladies de peau étaient alors divisées en deux catégories : les démangeaisons (psora) et les affections de l'épiderme (Lepra). Les symptômes du psoriasis apparaissent également dans les écritures de l'Ancien Testament, où l'on utilise le terme « tsaraat » qui désigne la plupart des maladies de peau, dont la lèpre et le psoriasis.

Le nom de « psoriasis » provient donc, comme indiqué plus haut, du grec « psora » signifiant « démangeaisons ». Il a été attribué à cette maladie en l'an 159 AP J-C par Galien, un physicien romain qui a été le premier à répertorier le psoriasis comme maladie de peau dans le dictionnaire médical. Il y décrit une éruption qui s'accompagne d'un phénomène de desquamation.

L'identification du Psoriasis : au 19ème siècle seulement Au début des années 1800, J.L. Ailbert a répertorié les maladies de peau selon la cause, l'apparence, la durée, ainsi que la réaction aux traitements. Dans la foulée, le dermatologue Robert Willan a été le premier médecin à discerner le psoriasis des autres dermatoses de la même famille, et notamment de la lèpre [3].

Donc, ce n'est qu'en 1805 que Robert Willan, fondateur de la dermatologie moderne a utilisé pour la première fois le mot psoriasis pour désigner cette affection cutanée. Willan avait déjà décrit, outre la Lepra vulgaris, les psoriasis en gouttes, diffus, palmaires et inversé. Ultérieurement s'ajoutèrent les formes carcinées, universelles, aiguës [4].

Épidémiologie

La fréquence du psoriasis dans la population générale varie de 3% à 5% selon les séries.

30% des cas débutent avant l'âge de 15 ans et 15 % avant 10 ans [5-6]. Le psoriasis représente 4% des dermatoses rencontrées chez les enfants de moins de 16 ans [7]. Il est 2 fois plus fréquent chez la fille que chez le garçon, alors que sa fréquence est identique dans les 2 sexes à l'âge adulte. Il est plus fréquent dans la race blanche.

Un enfant ayant un parent porteur de psoriasis a 10% de risque de développer lui-même un psoriasis. Si ses 2 parents sont atteints, le risque s'élève à 50 % [8].

Histologie de la peau

La peau est constituée de trois couches superposées de la surface vers la profondeur du corps : l'épiderme ; le derme et l'hypoderme.

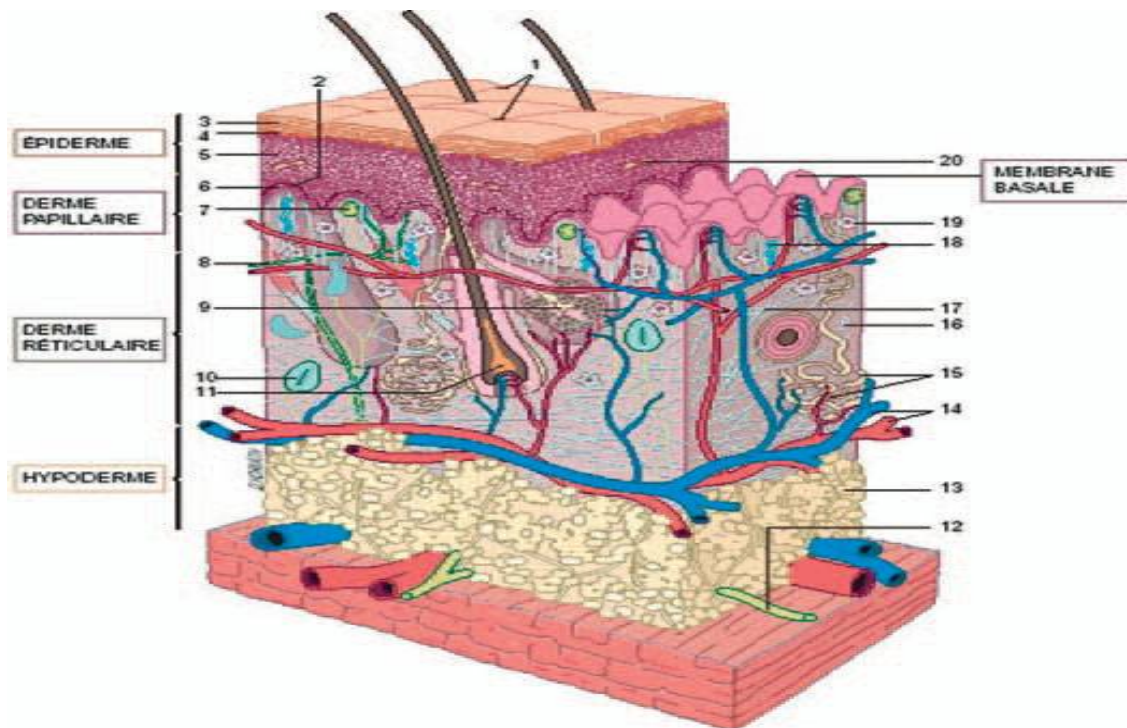


Figure 1 : histologie de la peau

I. Épiderme [9]

L'épiderme est un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé formé de quatre populations cellulaires différentes les Kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans et les cellules de Merkel.

L'épiderme ne contient aucun vaisseau sanguin ni lymphatique mais renferme plusieurs terminaisons nerveuses libres.

1. Les Kératinocytes :

Les molécules des filaments intermédiaires des Kératinocytes sont des kératines. On reconnaît actuellement une vingtaine de Kératine différentes chez l'homme. Les filaments de kératine sont attachés aux desmosomes et aux demi-desmosomes. Cette disposition indique un rôle de cohésion intercellulaire pour ces structures.

Les Kératinocytes subissent en permanence une évolution morphologique de la profondeur vers la surface témoignant de leur Kératinisations.

Sur une coupe de l'épiderme on objective 4 couches superposées de la profondeur vers la superficie.

La couche germinative, la couche à épine (spineuse), la couche granuleuse et la couche cornée (compacte ; puis desquamant).

1.1 La couche germinative

Cette couche assure par les mitoses des Kératinocytes le renouvellement de l'épiderme.

Les Kératinocytes au niveau de cette couche présentent une forme cubique ou prismatique avec un noyau arrondi et des organites cytoplasmiques normaux avec la présence au sein du cytoplasme de nombreux grains de mélanine phagocytés qui permettent à l'épiderme d'assurer son rôle de protection contre la lumière.

1.2 La couche à épine :

Les Kératinocytes ont alors une forme polyédrique avec un noyau et des organites cytoplasmiques qui sont intacts et une membrane plasmatique qui comporte des Desmosomes normaux. Au niveau de cette couche les Tono filaments de Kératine commencent à se grouper en Tonofibrilles.

1.3 La couche granuleuse

Les Kératinocytes sont très aplatis, le noyau commence à dégénérer et au sein des tonofibrilles de Kératines apparaissent de nombreux grains de keratohyaline et des keratinosomes.

Les grains de Keratohyaline sont constitués par la molécule de profilagrine qui se transforme dans la couche cornée en filigrane matrice du cytoplasme des corneocytes.

Les Keratinosomes synthétisent une substance qui est déversée dans les espaces intercellulaires de la couche cornée pour former le ciment intercellulaire.

1.4 La couche cornée :

Le Kératinocyte est complètement aplati, le noyau et les organites cytoplasmiques ont totalement disparu et le cytoplasme est rempli de fibres de kératines Les membranes plasmatiques sont devenues très épaisses et les desmosomes sont profondément modifiés.

2. Les mélanocytes :

Dans l'épiderme, les mélanocytes sont situés principalement dans la couche basale, ils ont un aspect étoile avec un noyau très dense dans un cytoplasme clair, leurs prolongements cytoplasmiques s'insinuent entre les Kératinocytes.

Les mélanocytes synthétisent de la mélanine qui est en grande partie responsable de la couleur de la peau et des phanères.

Le nombre des mélanocytes varie selon la localisation des régions cutanées chez un même individu.

La différence de couleur s'explique ainsi par la qualité et la quantité de pigments que ces cellules produisent.

3. Les cellules de Langerhans :

Ces cellules font partie du groupe des cellules dendritiques. Elles dérivent des cellules souches hématopoïétiques situées dans la moelle osseuse et sont présentes au niveau de la couche à épine dispersée entre les Kératinocytes.

La microscopie électronique permet de distinguer les cellules de Langerhans des mélanocytes.

Les cellules de Langerhans initient et propagent les réponses Immunes dirigées contre les antigènes appliqués à la peau.

4. Les cellules de Merkel :

Les cellules sont dispersées dans la couche germinative entre les Kératinocytes au contact des terminaisons nerveuses libres. Ce sont des cellules neuroendocriniennes qui expriment des marqueurs neuronaux et des marqueurs épithéliaux.

Les cellules de Merkel sont des mécanorécepteurs et auraient des fonctions inductives et trophiques sur les terminaisons nerveuses de l'épiderme et sur les annexes cutanées.

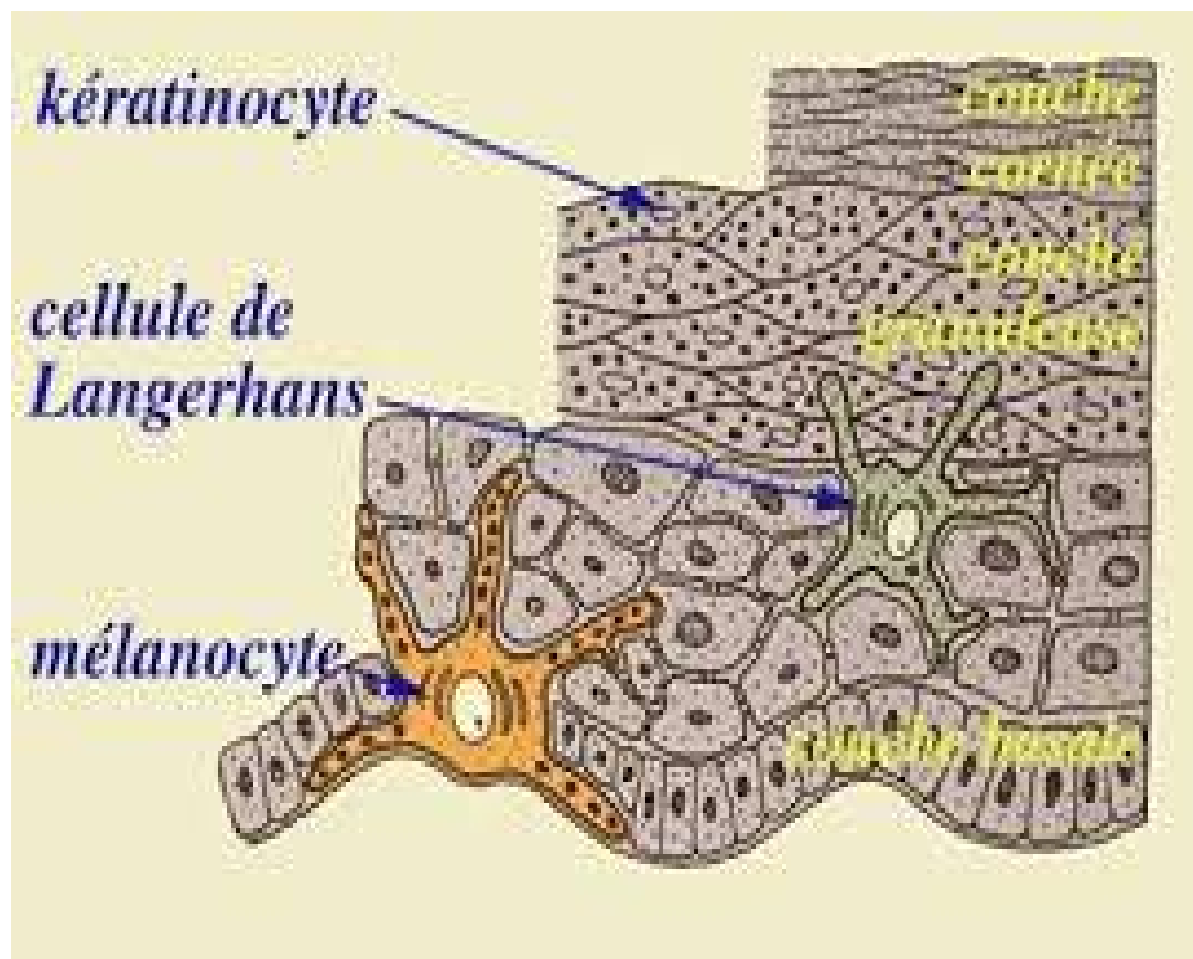


Figure 2 : Histologie de l'épiderme (10)

II. Derme :

C'est un tissu conjonctif fait de collagène et de fibres élastiques entourés d'une substance fondamentale dite amorphe. Il est irrigué et innervé, comporte des organes sensitifs comme les corpuscules tactiles de Pacini, et des glandes comme le follicule pileux, les glandes sudoripares ou encore les glandes sébacées, associées aux poils.

III. Hypoderme

Continuant le derme vers la profondeur, l'hypoderme est un tissu conjonctif lâche richement vascularisé qui contient plus ou moins de tissu adipeux.

Physiopathologie

Le psoriasis est une maladie inflammatoire avec prolifération kératinocytaire anormale mettant en jeu des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux.

I. Facteurs génétiques [12-20]

Des antécédents familiaux sont retrouvés dans 36% à 64% des cas chez l'enfant.

2 types de psoriasis sont décrits :

- Psoriasis de type 1 de début précoce, souvent associé au groupe HLA-Cw6
- Psoriasis de type 2 de début plus tardif, il est associé au groupe HLA-Cw2

Les formes familiales sont d'autant plus fréquentes que le début de la maladie est précoce. Plusieurs loci et gènes de prédisposition ont été identifiés comme impliqués dans la genèse du psoriasis.

II. Facteurs immunologiques [12-15, 19, 21-22]

Le psoriasis est considéré comme une maladie auto-immune.

La physiopathologie du psoriasis implique une activation lymphocytaire spécifique d'antigènes et des interactions entre lymphocytes T et Kératinocytes. Des lymphocytes T pré-activés reconnaîtraient un antigène kératinocytaire et l'activation lymphocytaire aboutirait à la production de cytokines favorisant la prolifération kératinocytaire.

Chez les sujets prédisposés génétiquement, les cellules dendritiques de la peau et les cellules épithéliales sont capables de présenter des auto-antigènes ou des antigènes exogènes à des lymphocytes CD4⁺ et/ou CD8⁺ spécifiques.

L'activation lymphocytaire qui en résulte est responsable de la formation des lésions par l'intermédiaire de l'activation d'autres types cellulaires.

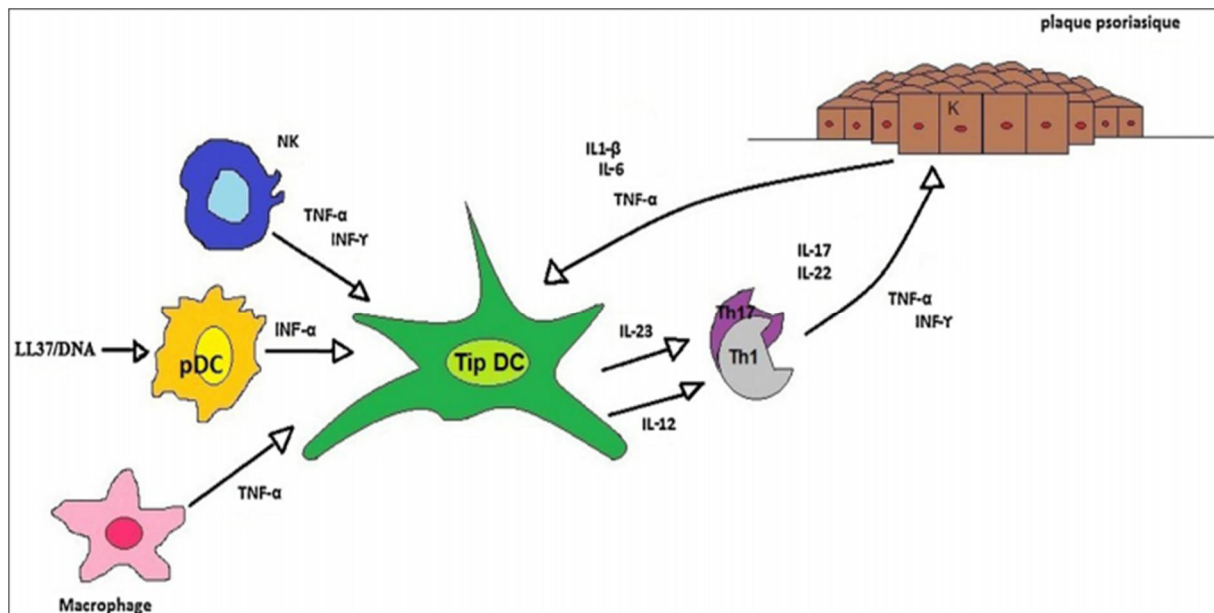


Figure 3: Schéma simplifié de la physiopathologie du psoriasis cutané.
[28]

III. Facteurs infectieux [17-18]

Ils sont surtout représentés par le streptocoque.

Dans une étude concernant 245 enfants atteints de psoriasis, 133 enfants ont déclenché une poussée plusieurs semaines après une pharyngite.

Un cas de psoriasis en gouttes chez un enfant de Trois ans, associé à une infection streptococcique péri-anale, a été décrit en 2007, ce cas concordant avec au moins six observations antérieures du même type.

IV. Facteurs traumatiques [17]

Il est rapporté que le phénomène de Koebner après traumatisme est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte.

V. Facteurs psychologiques [23]

Retrouvés dans plus de 40 % des cas comme facteurs déclenchant d'une première poussée de psoriasis, et dans 80% des cas comme facteurs de récives ou d'aggravation.

VI. Facteurs médicamenteux [23]

Les bêtabloquants peuvent entraîner une éruption de type psoriasique chez les personnes prédisposées.

Les antis malariques peuvent aggraver un psoriasis et entraîner sa généralisation.

Les corticostéroïdes à fortes doses peuvent masquer la maladie et la précipiter.

Les sels de lithium sont également impliqués dans l'apparition du psoriasis.

VII. Facteurs climatiques

Les remissions sont plus fréquentes en été en raison de l'effet bénéfique des rayons ultra-violets (UV) [24,25], plus particulièrement les UVB qui diminuent l'inflammation, la surproduction des cellules de la peau et par conséquent la desquamation.

En effet, une exposition des zones atteintes aux rayonnements solaires peut suffire à les traiter, sous réserve qu'elle soit quotidienne et de courte durée.

Les individus à phénotype clair doivent éviter les expositions prolongées susceptibles d'entraîner des brûlures et d'aggraver le cours évolutif du psoriasis.
[26]

VIII. Comorbidités

Un lien entre psoriasis et obésité a été décrit. Il a été noté une fréquence élevée d'obésité chez des enfants psoriasiques, parallèlement le psoriasis est plus sévère chez des enfants obèses.

Aspects dermatologiques du psoriasis chez l'enfant

I. Aspects dermatologiques typiques

1. La lésion élémentaire : [29, 30,31]

Il s'agit d'une tache érythématosquameuse, bien limitée, arrondie, ovale ou polycyclique, parfois légèrement surélevée par rapport à la peau saine périphérique ; aux limites en général bien nettes ; elle est constituée par la superposition de deux couches :



Figure 4 : Lésions élémentaires érythématosquameuse (service des UMP)

1.1 La couche superficielle : squameuse, est d'épaisseur variable.

Elle est particulièrement évidente sur les éléments n'ayant subi aucun traitement local. Les squames sont de couleur blanchâtre, ternes, plus rarement micacées, leur taille est inégale. [32]

Le grattage des squames (dit « méthodiques ») à la curette ou avec l'ongle permet de constater :

D'abord le signe de « la tache de bougie » : apparition d'une teinte plus blanche et d'une consistance plus homogène même si la lésion apparaissait au départ peu squameux.

Ensuite, le signe de « la rosé sanglante » ou « phénomène d'Auspitz » : c'est l'apparition de petites gouttelettes de sang lors de la poursuite de grattage. Elles sont liées à l'abrasion des papilles dermiques hypertrophiées et à la rupture des capillaires hyperplasiques. En pratique ce signe est rarement recherché car il n'est pas toujours présent, n'est pas pathognomonique et sa recherche peut être inutilement douloureuse.

Un équivalent de ce signe est la constatation à la face inférieure d'une squame détachée, de petites taches sanguines punctiformes.

1.2 La couche profonde : érythémateuse

La tache érythémateuse sous-jacente est le plus souvent visible en périphérie en débordant de quelques millimètres les squames qui la recouvrent. Parfois, elle déborde de façon plus importante, la squame n'intéressant que le centre de la lésion.

C'est une tache bien limitée, lisse, sèche, et qui disparaît à la vitro pression. Elle est visible par transparence lorsque la couche squameuse n'est pas très épaisse.

Sa couleur rosée rose vive est souvent caractéristiques mais il peut s'agir parfois d'un rouge plus soutenu, plus congestif ; son intensité peut varier dans le temps, selon les sujets, selon la localisation ou à la suite de diverses thérapeutiques locales plus ou moins agressives.



Figure 5 : Plaque érythématosquameuse [113]

Trois formes cliniques prédominent chez l'enfant : le psoriasis en plaque, des langes et en goutte.

II. Formes cliniques :

1. Selon l'aspect clinique :

1.1 Psoriasis vulgaire (en plaques) :

C'est la forme la plus fréquente chez l'enfant. La proportion de cette forme peut atteindre 50% chez l'enfant (80% chez l'adulte) [35].

Sa fréquence augmente avec l'âge, il touche de façon symétrique les zones bastions : coude, genoux, cuir chevelu, sacrum.

Il peut être diffus, cependant l'atteinte isolée du cuir chevelu est fréquente.

Ce sont des plaques érythématosquameuses, bien limitées, souvent symétriques, touchant préférentiellement les zones bastions : coudes, genoux, région lombosacrée et cuir chevelu [36].

Par rapport à celles de l'adulte, les plaques de l'enfant possèdent des squames plus fines, leur faisant perdre l'aspect nacré caractéristique [36,37].

Chez l'enfant, le tableau clinique n'est pas toujours aussi évident au tout début de l'évolution, vu que les lésions sont frustes et souvent réduites à une seule localisation, prêtant à confusion avec d'autres maladies [37,38].

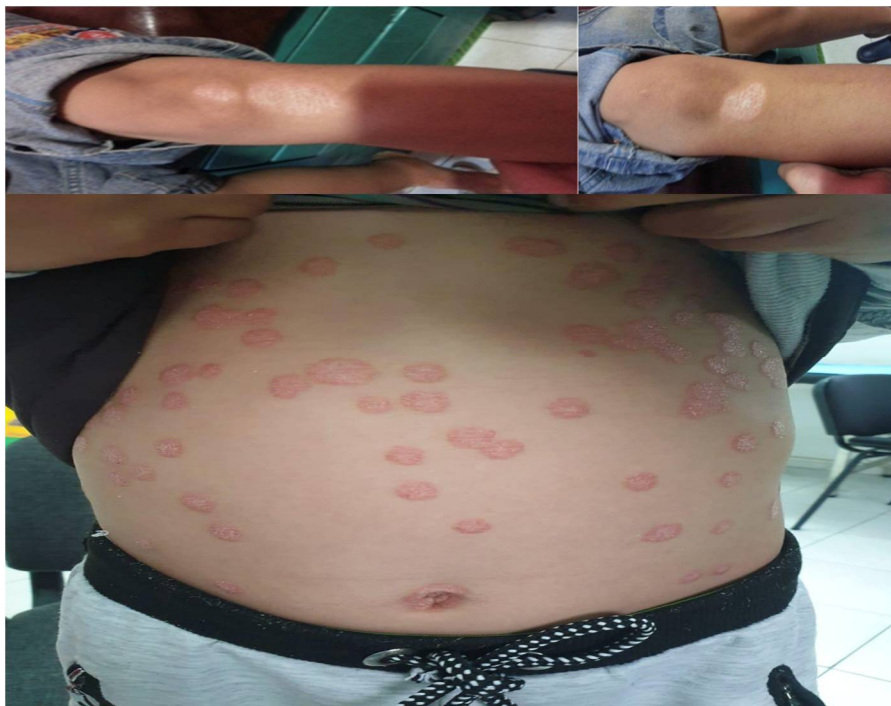


Figure 6 : Localisations du Psoriasis vulgaire (service des UMP)



Figure 7 : Localisations du Psoriasis vulgaire : nuque (service des UMP)

1.2 Psoriasis en goutte.

Plutôt spécifique de l'enfant, notamment après 2 ans d'âge, il semble cependant rare chez le petit enfant, touchant moins de 10% des enfants psoriasiques de moins de deux ans ; cette forme surviendrait de façon privilégiée au décours d'une infection streptococcique (streptocoque β hémolytique) : angine le plus souvent, anite plus rarement [36]. Mais aussi vulvite et balanite. D'où la nécessité d'examiner systématiquement la gorge et la sphère ano génitale. Cette forme clinique serait la première forme clinique chez l'enfant dans 20% à 40% des cas.

Le psoriasis en goutte est un psoriasis éruptif fait de nombreuses papules diffuses érythématosquameuses souvent rosées, prédominant au tronc et à la racine des membres et épargnant habituellement le visage, les coudes et les genoux [36].

La régression spontanée et définitive peut être espérée dans la moitié des cas, autrement l'évolution se fait vers un psoriasis plus typique et chronique.



Figure 8 : Psoriasis en goutte Image A [36], Image B (Service des UMP)

1.3 Psoriasis nummulaire :

Lésions de la taille et de la forme d'une pièce de monnaie grossièrement, avec un centre souvent plus clair que la périphérie, qui est plus active. Le psoriasis nummulaire succède fréquemment à un psoriasis en gouttes, d'où sa plus grande fréquence chez l'enfant [34].



Figure 9 : Psoriasis nummulaire (Service des UMP)

1.4 Psoriasis spinulosique :

Il est spécifique de l'enfant, il réalise un aspect de kératose folliculaire en placards des coudes et des genoux [33].



Figure 10 : Psoriasis spinulosique du genou [113]

2. Selon la topographie des lésions :

2.1 Localisations habituelles

Surtout les zones exposées aux frottements : cuir chevelu ; coude ; bord cubital de lavant bras ; région lombo sacrée ; genou.

2.1.1 Psoriasis du visage :

L'atteinte du visage est plus fréquente chez l'enfant. Un aspect sémiologique très particulier à l'enfant est l'aspect en « clown rouge » où le psoriasis touche de façon exclusive ou non, les 2 joues. Les plaques sont très inflammatoires, symétriques, très bien limitées posant le problème de diagnostic différentiel avec la dermatite atopique [39].

L'atteinte des paupières n'est pas rare, alors qu'elle reste exceptionnelle chez l'adulte [40], l'atteinte du nez et des lèvres provoquées par le mouchage est un équivalent du phénomène de Koebner. Le psoriasis du visage chez l'enfant entraîne un retentissement psychologique souvent important.



Figure 11 : Psoriasis du visage aspect clown rouge (41)

2.1.2 Psoriasis du cuir chevelu

L'atteinte du cuir chevelu est très fréquente et estimée à 82 % des cas. Elle est caractérisée par une zone de squames épaisse pouvant entraîner une chute transitoire des cheveux [42]. Un aspect de fausse teigne est fréquemment observé chez l'enfant.

Le diagnostic est évoqué devant l'aspect en casque squameux fait de squames grisâtres épaisses, adhérentes aux cheveux, classiquement on n'observe pas d'alopécie associée.

Elle peut se manifester sous la forme d'une fausse teigne amiantacée sans alopécie où les plaques de squames grises et brillantes apparaissent à la racine des cheveux en s'y attachant fermement [42-43].

D'abord en médaillons, l'atteinte du cuir chevelu peut réaliser un casque squameux et micacé [44].



Figure 12 : Psoriasis du cuir chevelu [45]

2.1.3 Psoriasis unguéal

Touche 1/3 des enfants, l'atteinte des phanères est peu différente chez l'enfant et chez l'adulte. On trouve les aspects classiques de petites dépressions cupuliformes en dés à coudre, de koïlonychie, de striations transversales avec troubles pigmentaires.

On peut observer également une hyperkératose friable du lit de l'ongle et une onycholyse partielle [46,47].

Le repli sus unguéal peut être le siège de lésions érythématosquameuse et il faut savoir penser au psoriasis si les prélèvements mycologiques restent négatifs et les traitements anti- mycosiques inefficaces [48].



Figure 13 : Psoriasis unguéal bilatéral [113]

2.1.4 Psoriasis palmoplantaire :

L'atteinte palmoplantaire survient dans environ 4 % des cas chez l'enfant [40]. Elle se traduit dans 35 % des cas par une acropulpite sèche, sensible et fissuraire [6]. Elle se manifeste plus rarement par une pustulose palmoplantaire, associée ou non à une atteinte unguéale.

À noter que dans l'étude de Morris et al. les cas de pustulose palmoplantaire de l'enfant surviennent dans 68 % des cas avant l'âge de cinq ans [50].

Pour certains auteurs, le psoriasis palmoplantaire chez l'enfant se présente non pas dans sa forme kératodermique (peau très épaisse et fissuraire) qui est rare, mais sous l'aspect d'une acropulpite sèche qui donne aux orteils un aspect de « balle de ping-pong ». Les lésions peuvent s'étendre sur la plante du pied, sur la paume de la main et se compliquer de fissurations douloureuses, accentuées en période hivernale. Lorsque l'acropulpite est isolée, le diagnostic est particulièrement délicat puisque la même symptomatologie peut se rencontrer dans la dermatite atopique, l'ichtyose vulgaire, les dermites orthoergiques ou allergiques et dans la dermatose plantaire juvénile [51] ; c'est la coexistence de lésions unguéales ou de plaques psoriasiques à distance qui permet le diagnostic, bien plus que l'histologie qui est généralement peu spécifique. [52, 53, 54,55].



Figure 14 : Psoriasis plantaire (Service des UMP)



Figure 15 : Psoriasis palmoplantaire (service des UMP)

Il a un retentissement important : difficulté d'écrire et à l'apprentissage de la marche.

2.1.5 Psoriasis inversé ou des plis [58-61]

L'atteinte des plis est peu fréquente dans le psoriasis avoisinant le plus souvent 1%.

Elle peut intéresser aussi bien les grands plis que les petits plis.

Les gros plis : les plis fessiers, les plis inguinaux s'étendant sur la zone génitale, et plus rarement les fosses poplitées ou axillaires. Les lésions prennent l'aspect d'une vaste zone nappe vernie, bien limitée peu ou pas écailleuse. L'examen minutieux de la lésion permet souvent de trouver une fine desquamation périphérique, ce qui suggère un diagnostic.

Petits plis : ombilic, canal auditif externe ou sillons supra et rétro-auriculaires.

Cette atteinte est moins fréquente que celle des grands plis. Il s'agit le plus souvent d'un intertrigo hyperkératosique et fissurant. Le psoriasis ombilical est très fréquent et peut prendre l'apparence d'un omphalite avec les lésions associées au bord de l'ombilic couvert d'écailles jaunâtres d'aspect séborrhéique.

En cas d'atteinte isolée des plis, notamment en l'absence d'atteinte évocatrice du canal ombilical, rétro-auriculaire ou auditif externe, le diagnostic est assez difficile, étant donné que d'autres causes plus courantes peuvent en être la cause, telles que les infections fongiques.

Toutefois, la nature très limitée des intertrigos psoriasiques les distingue des intertrigos d'origine bactérienne ou mycosique bien qu'une surinfection soit possible.

Parfois, il y a un suintement dû à la macération ou à des fissures, notamment douloureuse.

Le diagnostic de ces psoriasis inversés est facile lorsque les éléments psoriasiques sont caractéristiques. Cependant, si l'atteinte est isolée.

Il est beaucoup plus difficile de trancher surtout que d'autres causes plus courantes peuvent être en cause principalement les infections fongiques.

Les dommages aux plis constituent à eux seuls la totalité de la maladie.

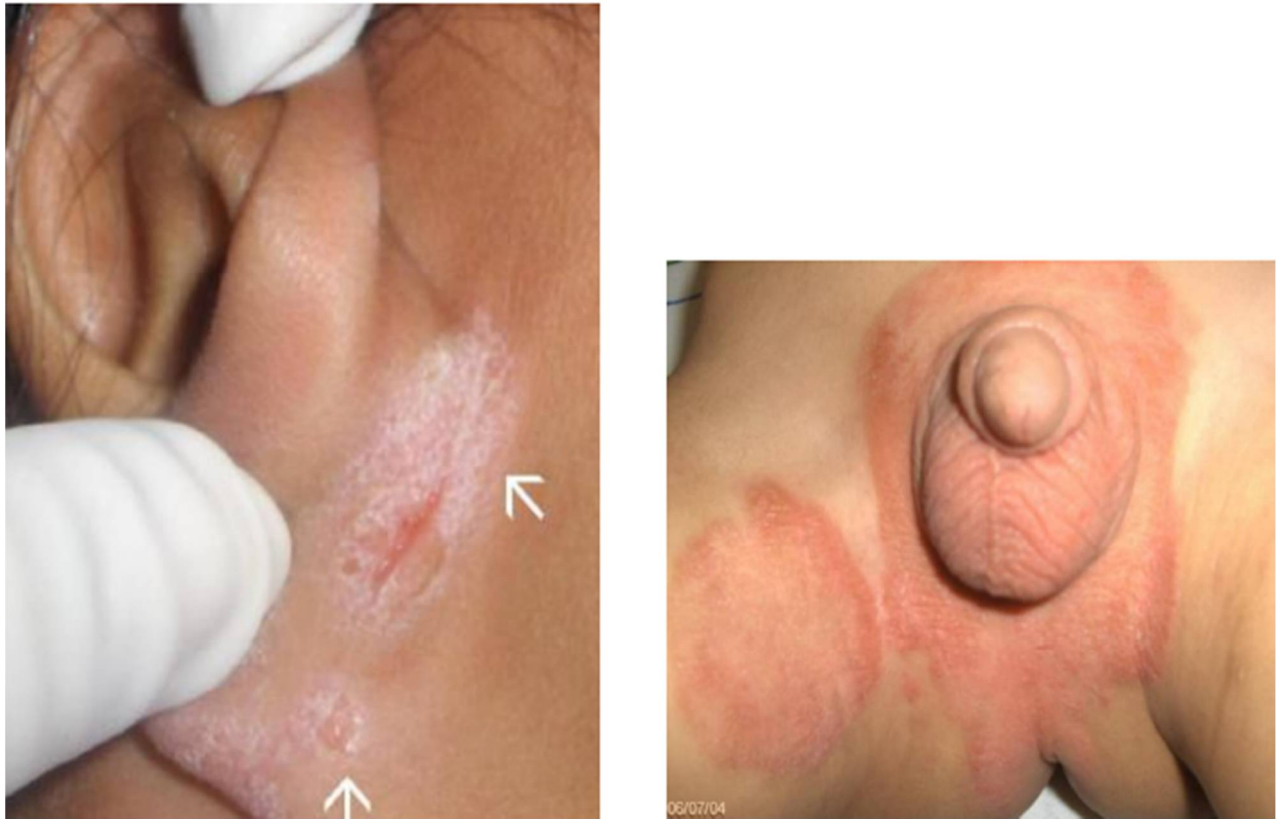


Figure 16 : Psoriasis inversé [58]

2.1.6 Psoriasis des muqueuses

Au niveau de la muqueuse buccale, la langue est la plus exposée aux lésions psoriasiques, devenant géographique (glossite marginale exfoliée) ou « scrotale » [63].

L'atteinte de la langue touche moins de 10% des enfants.

On entend par langue géographique la présence sur celle-ci de petites plaques érythémateuses bordées d'un liseré blanchâtre, correspondant à la disparition des papilles filiformes, bordées d'un liseré blanchâtre à la jonction avec la muqueuse normale, dessinant une « carte géographique ». Leurs formes varient d'un jour à l'autre [64].

Le psoriasis vient en seconde position (26 %) après les infections dans les causes d'atteinte de la région ano-génitale de l'enfant [65], cette atteinte pouvant être isolée ou associée à un psoriasis vulgaire ou inversé. Chez les garçons, l'atteinte du gland se manifeste par une érythroplasie bien limitée non squameuse dans sa partie couverte, discrètement squameuse dans sa partie découverte [63]. Selon une étude, le fait que 72 % des garçons ayant un psoriasis du gland soient non circoncis démontre que la circoncision est un facteur protecteur et évoquerait l'hypothèse d'un phénomène de Koebner induit par le prépuce [66]. Pour les filles, c'est la muqueuse vulvaire qui est la plus concernée [67,68].



Figure 17 : Psoriasis de la langue [113] psoriasis preputial enfant de 2 ans [69]

2.1.7 L'atteinte du tronc [70-72]

L'atteinte du tronc est fréquente. Les localisations et l'aspect clinique sont similaires au psoriasis du tronc de l'adulte ; on trouve souvent une association de lésions annulaires, nummulaires et en gouttes au cours d'une même poussée.

Le diagnostic différentiel doit faire discuter une infection à dermatophytes, un pityriasis rubra pilaire, un parapsoriasis et un lupus cutané subaigu.



Figure 18 : psoriasis du tronc [113] psoriasis du tronc (73)

2.1.8 L'atteinte des membres [74]

L'atteinte des membres est très fréquente selon une étude chinoise récente portant sur 277 enfants (50 à 65% des cas).



Figure 19 : Psoriasis vulgaire des deux membres [113]

2.1.9 Psoriasis du nourrisson :

Le psoriasis des langes (ou Napkin psoriasis) apparaît en moyenne à partir de l'âge de 3 mois, sous la forme d'un intertrigo inguinal et inter fessier étendu aux convexités pour former une nappe rouge sombre, à limites nettes, sèches et vernissées, dite en culotte [75]. C'est la présentation la plus fréquente au cours des deux premières années de vie.

L'usage de couches pourrait entretenir le processus par un phénomène de Koebner.

Une partie de ces nourrissons, 5 à 25 %, risquent de développer une forme classique dans la décade qui suit [76]. Le diagnostic est souvent difficile, au début de l'éruption des lésions peuvent se surinfecter et donner l'aspect d'un érythème fessier du nourrisson.

Chez l'enfant plus grand le psoriasis se localise au niveau des organes génitaux externes.

Cependant le diagnostic doit être évoqué devant un érythème fessier chronique.



Figure 20 : Psoriasis des langes (service des UMP)

Complications du psoriasis de l'enfant

Dans la majorité des cas, la maladie est bénigne avec un retentissement esthétique

Les complications peuvent survenir d'emblée ou au cours de l'évolution d'un psoriasis déjà connu.

Les trois grandes complications du psoriasis sont : le psoriasis pustuleux, l'érythrodermie psoriasique et l'arthropathie psoriasique.

1. Le psoriasis pustuleux : [70-72]

Il est rare avant la puberté et deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Le psoriasis pustuleux est souvent précédé d'une dermite séborrhéique ou d'un napkin psoriasis, parfois inaugural. Il est volontiers déclenché par les infections, les traumatismes, les vaccinations et les facteurs médicamenteux. Mais dans l'ensemble, le pronostic est meilleur que chez l'adulte.

Il faut distinguer :

1.1 Le psoriasis pustuleux localisé palmoplantaire :

Les lésions sont formées par des plaques érythémateuses parsemées de pustules jaunâtres évoluant par poussées successives (qui se succèdent de façon chronique). Les pustules peuvent être d'âge différent. Si leur aspect est bien caractéristique au début, elles vont rapidement se dessécher pour former une squame-croûte plus ou moins épaisse.

Les zones de prédilection sont les zones d'appui des plantes, les éminences thénars et hypothénars des paumes mais aussi la pulpe des doigts.

Une forme particulière de psoriasis pustuleux palmoplantaire, rare chez l'enfant est l'acrodermatite continue de Hallopeau.

Cette forme clinique se manifeste par des pustules de la pulpe digitale associée à une onychodystrophie partielle ou totale. Les pustules vont devenir coalescentes et les poussées subintrantes vont aboutir à une disparition de l'ongle et à une modification du contour du doigt. Il s'agit d'une forme sévère avec un handicap fonctionnel souvent important.

1.2 Le psoriasis pustuleux généralisé

La forme grave « psoriasis pustuleux de Zumbusch » débute le plus souvent de manière brutale. La fièvre et l'altération de l'état général sont marquées. La peau est le siège de vastes placards érythémateux recouverts de fines pustules débutant en règle générale dans les plis. Elles aboutissent à une desquamation superficielle scarlatiniforme. Une hypocalcémie est parfois associée, pouvant entraîner des troubles cardiaques, neurologiques ou digestifs. Le pronostic vital peut être mis en jeu. Cette forme est à différencier de la pustulose exanthématique aiguë généralisée (toxidermie brutale et transitoire après une antibiothérapie). Des récurrences sont possibles, identiques à la première poussée ou parfois moins sévères. (Évolution chronique et récidivante). Plus souvent, il s'agit d'une forme à minima bénigne à type de psoriasis pustuleux généralisé annulaire, sans altération de l'état général qui prend l'aspect de plaques érythémateuses, du tronc ou des membres, dont la périphérie est recouverte de pustules superficielles donnant une desquamation fine.

Les lésions prennent alors un aspect annulaire. L'unicité des deux formes du psoriasis pustuleux est histologique, basée sur la présence d'une pustule de structure particulière : spongiforme, multiloculaire et aseptique ; ce qui la différencie des pustules d'origine infectieuse.



Figure 21 : Le psoriasis pustuleux du tronc (thorax et dos) (service des UMP)



Figure 22 : (A et B) : Acrodermatite continue d'Hallopeau [73]

2. Érythrodermie psoriasique :

L'érythrodermie psoriasique est rare. Rarement inaugurale, elle complique souvent un psoriasis déjà connu.

Chez le nourrisson, elle peut être confondue avec une érythrodermie ichtyosiforme non bulleuse.

L'érythrodermie psoriasique congénitale est exceptionnelle.

On peut distinguer deux formes :

2.1 L'érythrodermie sèche et desquamative :

Il s'agit de la forme habituelle qui correspond à la généralisation d'un psoriasis vulgaire à l'ensemble du tégument. Les lésions érythémateuses diffuses et sèches sont le siège d'une desquamation abondante. Il persiste souvent des espaces de peau saine et la lésion élémentaire reste facilement reconnaissable. Les signes généraux sont absents ou minimes. L'état général est conservé.

2.2 L'érythrodermie œdémateuse :

Dans cette forme œdémateuse, la peau est infiltrée, rouge de manière uniforme sans espace de peau saine, non squameuse et prurigineuse. Les signes généraux sont fréquents :

Fièvre, oligurie, désordres ioniques. Le pronostic vital peut être mis en jeu si cette poussée a lieu sur un terrain déjà fragile. Cette forme survient volontiers à la suite d'évènements intercurrents comme la prise de certains médicaments, un sevrage cortisonique local ou général brutal, une infection

L'histologie est non spécifique dans près de la moitié des cas. L'existence d'une hyperplasie épidermique, d'un infiltrat lymphocytaire peu dense, péri vasculaire, dermique superficiel et la présence de polynucléaires neutrophiles dans les couches granuleuses sont évocatrices du psoriasis. La biopsie cutanée n'est donc pas un élément majeur du diagnostic.



Figure 23 : Érythrodermie psoriasique [78]

3. Psoriasis arthropathique [75]

3.1 Épidémiologie :

Il est tout à fait exceptionnel chez l'enfant et évolue alors dans un contexte grave de psoriasis pustuleux ou érythrodermique.

Chez l'enfant, les diverses études trouvent une prévalence du rhumatisme psoriasique de 2 à 12/100000. Le rhumatisme psoriasique représentant environ 5 à 15 % de l'ensemble des arthrites juvéniles idiopathiques, terme remplaçant la dénomination d'arthrites chroniques juvéniles et défini comme l'ensemble des atteintes articulaires inflammatoires de durée supérieure à six semaines débutant avant l'âge de 16 ans.

L'âge moyen de début du rhumatisme psoriasique juvénile est de l'ordre de six ans mais il existe d'une part des âges moyens différents selon le sexe : 4,5 ans chez les filles et dix ans chez les garçons et d'autre part on note deux pics de fréquence : le premier pic se situe vers 3–4 ans et concerne surtout les filles et le deuxième vers 11–12 ans concernant surtout les garçons.

3.2 Clinique :

Ce n'est que dans 10 % des cas que les manifestations cutanées et articulaires surviennent simultanément. Les arthrites peuvent précéder la dermatose dans près de la moitié des cas, le délai pouvant aller de quelques mois à onze ans ; dans 40 % des cas la présence antérieure de psoriasis cutané facilite le diagnostic. Les aspects cutanés les plus fréquents sont les plaques et le psoriasis en goutte ; les formes pustuleuses et érythrodermique sont rares.

Comme chez l'adulte, les localisations habituelles sont les faces d'extension des membres (coudes, genoux) le cuir chevelu et les ongles.

L'atteinte articulaire est en général une oligoarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs avec une nette prédilection pour le genou (86 % des cas). L'atteinte des gaines synoviales des fléchisseurs et des petites articulations des doigts ou des orteils réalisant le tableau classique de l'orteil ou du doigt « en saucisse » est particulièrement évocateur. À ce stade le diagnostic est clinique, basé sur les systèmes de critères.



Figure 24 : Psoriasis arthropathique [76]

3.3 Paraclinique :

Le syndrome inflammatoire biologique est inconstant (50% des cas).

Les résultats du typage HLA ne sont pas des arguments diagnostiques :
Typage HLA B27 négatif.

Des anticorps antinucléaires sont trouvés dans 20 à 50 % des cas, sans spécificité définie.

Les radiographies initiales sont indispensables pour servir de points de repère, mais n'objectivent qu'une hypertrophie des tissus mous, ou rarement une déminéralisation locale des épiphyses osseuses.

L'échographie articulaire peut montrer :

- Ténosynovite.
- Synovite et épanchement infra cliniques.

3.4 Critères du diagnostic positif :

Les premiers critères de diagnostic pour le rhumatisme psoriasique juvénile ont été définis en 1989 (critères de Vancouver, tableau 1). Secondairement en 1996 puis 1997 ont été élaborés des critères internationaux à San Diego et Durban (tableau 2).

Ces critères individualisent et séparent le rhumatisme psoriasique des spondylarthropathies juvéniles ; mais de par l'hétérogénéité des tableaux cliniques réalisés par le rhumatisme psoriasique, des discussions persistent.

Tableau 1 : Critère de Vancouver pour le rhumatisme psoriasique juvénile

<i>Critères majeurs :</i>
– arthrite chronique
– psoriasis cutané
<i>Critères mineurs :</i>
– dactylite
– ongles ponctués
– éruption de type psoriasiforme
– antécédents familiaux au 1 ^{er} ou 2 ^e degré de psoriasis cutané
Le diagnostic est certain en présence de deux critères majeurs ou arthrite et trois critères mineurs.
Le diagnostic est probable si arthrite et deux critères mineurs.

Tableau 2 : Critère de Durban pour le rhumatisme psoriasique juvénile

<i>Critères d'inclusion :</i>
Arthrite et psoriasis
Arthrite et deux des symptômes suivants : dactylite, piqueté unguéal, histoire familiale de psoriasis
<i>Avec ou sans :</i>
Facteurs antinucléaires
Uvéite
<i>Critères d'exclusion :</i>
Présence de signe systémiques
Présence de facteur rhumatoïde

Ce rhumatisme psoriasique juvénile est bien différent sur le plan clinique, sérologique et génétique de la polyarthrite chronique juvénile et de la spondylarthrite chronique ankylosante de l'enfant.

3.5 Évolution :

L'évolution se fait le plus souvent par poussées, de type oligoarticulaire dans un tiers des cas, avec extension polyarticulaire dans 54 % des cas. L'atteinte reste le plus souvent asymétrique.

Le genou reste l'articulation la plus souvent touchée (84 % des cas), puis la cheville (60 % des cas). Les petites articulations des doigts sont fréquemment siège d'arthrites (IPP 51 % et IPD 27 % des cas). L'atteinte des orteils est notée chez 56 % des enfants.

La dactylite caractéristique de l'affection n'est présente que chez un tiers des enfants. Les manifestations axiales semblent rares.

Les radiographies peuvent après plusieurs années d'évolution, objectiver des lésions érosives des grosses ou des petites articulations ainsi que des réactions périostées, aux sites d'insertion tendineuse. Assez évocatrice est l'atteinte inter phalangienne du gros orteil.

L'apparition d'une sacro-illite atteste du lien entre rhumatisme psoriasique et spondylarthropathies.



A



B

Figure 25 : Psoriasis articulaire

A : Radiographie de l'épaule gauche : atteinte érosive et enthésopathie [75]

B : Radiographie des pieds : atteinte érosive de l'IPP du gros orteil droit [75]



Figure 26 : Radiographie du bassin : sacroiliite stade IV, enthésopathie ischiatique et coxite engainante à droite, débutante à gauche [75]

Hormis l'atteinte cutanée (d'évolutivité variable), les atteintes extra-articulaires comportent surtout le risque d'uvéïte, présente dans 15 à 20 % des cas, à type d'iridocyclite à œil blanc quasi identique à celle survenant au cours des oligoarthrites juvéniles ; elle serait plus fréquente chez les filles et en cas de présence d'anticorps antinucléaires.

La présence de facteurs antinucléaires et le terrain (filles de moins de cinq ans) semblent définir un sous-groupe de pronostic péjoratif, comportant un risque accru d'uvéïte et un pronostic fonctionnel plus altéré. Le risque d'amylose secondaire paraît en revanche très faible.

Diagnostics différentiels

I. La dermatite séborrhéique [81, 84]

Il s'agit d'une dermatose érythématosquameuse qui se traduit par une éruption de taches ou de plaques, recouvertes de squames grasses jaunâtres, plus ou moins prurigineuses prédominantes sur les zones riches en glandes sébacées.

Lorsqu'elle se localise sur le visage (où la topographie des lésions est évocatrice : sillon naso-génien, racine du nez et sourcils, plis des pavillons, conque des oreilles et conduits auditifs externes) et sur la région médio thoracique (dermatose figurée médio thoracique de Brock : faites de petites papules rosées prenant une forme circinée et saillante), le diagnostic en est évident. Mais lorsque les lésions intéressent le cuir chevelu le problème est souvent plus délicat imposant une recherche minutieuse des lésions psoriasiques à distance.

Le plus souvent seule la région antérieure du cuir chevelu est intéressée réalisant la couronne séborrhéique.

L'érythrodermie de LEINER-MOUSSOUS représente la forme érythrodermique de la dermatite séborrhéique du nourrisson, elle pose le problème de diagnostic différentiel avec l'érythrodermie psoriasique.

Le diagnostic est toujours clinique, l'histologie n'est indiquée que dans la forme érythrodermique.



Figure 27 ; Dermite séborrhéique (eczéma séborrhéique) du nourrisson (service des UMP)

La zone péribuccale est atteinte, les plaques de couleur rouge-orangée ont une bordure bien limitée, il y a un débord inconstant vers le pli du cou et la région pectorale. [92]



Figure 28 : Érythrodermie desquamative de Leiner-Moussous (service des UMP)

II. Les eczémas [81, 85-86]

L'eczéma est une dermatose érythémato-squameuse et vésiculeuse dont l'aspect varie selon les stades anatomocliniques. Ces stades sont au nombre de 4 et peuvent être intriqués.

A tous les stades les lésions sont érythémateuses, prurigineuses et mal limitées.

- La première phase érythémateuse : est faite de placards inflammatoires, érythémateux, œdémateux et chauds à surface granitée, du fait de l'existence de vésicules minuscules sous la peau.
- La deuxième phase est érythémato-vésiculeuse et se présente sous la forme de nappes mal limitées. Les vésicules transparentes et renfermant une sérosité claire peuvent confluer et former des bulles. Sous l'effet du grattage, les vésicules vont se rompre et laisser écouler un liquide séreux jaunâtre qui va aboutir à une phase de suintante qui constitue la troisième phase.
- La quatrième et dernière phase est une phase de réparation dans laquelle les lésions présentent un aspect croûteux et desquamatif.

Le psoriasis peut poser un problème de diagnostic différentiel avec différentes entités clinique d'eczéma et qui sont : la dermatite atopique, l'eczéma nummulaire, la dermite de contact allergique ou irritative, surtout lorsque les lésions deviennent chroniques et sèches.

Toutefois, la présence de vésicules permet d’emblée d’éliminer la maladie psoriasique.



Figure 29 : Eczéma de l'oreille (service des UMP)



Figure 30 : Eczéma de la jambe (service des UMP)

1. La dermatite atopique [83, 100]

La dermatite atopique (DA) est une affection inflammatoire prurigineuse chronique, très fréquente, observée principalement chez l'enfant et l'adulte jeune. La DA débute le plus souvent dans l'enfance, communément dans les premiers mois de vie

L'aspect clinique varie selon le moment de l'examen (poussée ou rémission) mais aussi selon l'âge des patients.

- Chez le nourrisson :

La dermatite atopique constitue un eczéma érythémato-vésiculeux aigu où les lésions sont prurigineuses variables mal limitées, pouvant être suintantes croûteuses et impétiginisées ; des sites particuliers sont touchés.

Elle se caractérise par une atteinte symétrique des convexités des membres et du visage au niveau du front, des joues et du menton ; avec un respect assez net de la région médio faciale. Le siège qui est protégé par les couches est habituellement indemne.

On peut parfois noter une atteinte des plis dès cet âge. Au niveau du tronc, des éléments nummulaires plus éparses peuvent s'étendre sur le tronc et les membres. Au cuir chevelu, certains enfants ont une atteinte initialement "séborrhéique", comportant des squames jaunâtres et grasses « croûtes de lait ».

Le grattage manuel est souvent remplacé par des mouvements équivalents dès le deuxième mois (frottement, agitation et trémoussement). Ce prurit peut être responsable de troubles du sommeil et du comportement La xérose cutanée n'est pas toujours évidente au départ. Les lichénifications ne commencent à apparaître que dans l'enfance, mais parfois plus précocement chez les enfants noirs ou asiatiques.

- Chez l'enfant de plus de 2ans :

Les lésions cutanées sont habituellement localisées aux plis (genoux, coudes, cou) ainsi qu'aux mains (en particulier au niveau du pouce sucé : poignets, chevilles, mamelons). Elles sont fréquemment chroniques et lichénifiées.

Les lésions peuvent également se présenter sous la forme d'un prurigo : (papule érythémateuse prurigineuse rapidement excoriée).

D'autres signes cutanés de DA peuvent être observés, comme des lésions fissuraires, en particulier sous auriculaire, une pigmentation infra orbitaire, des plis sous palpébraux (signe de Dennie-Morgan) et une atteinte des lèvres (chéilite).

La sécheresse cutanée (xérose++) est un élément plus constant qui s'aggrave généralement l'hiver en raison du froid. Au visage, elle est responsable de lésions sèches décoloration blanchâtre appelées « dartres » achromiantes.

La dermatite atopique est fréquemment associée à des antécédents familiaux de dermatite atopique, de rhinite allergique et/ou d'asthme. Le diagnostic est basé sur les antécédents et sur la morphologie des lésions.

Sur le plan biologique on peut inconstamment observer une hyperéosinophilie et une augmentation des IgE sériques, mais cette recherche n'est pas indispensable et aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif. La dermatite atopique s'améliore habituellement avec l'âge adulte.



Figure 31 : Dermatite atopique du nourrisson (service des UMP)



Figure 32 : Dermatite atopique du nourrisson [102]

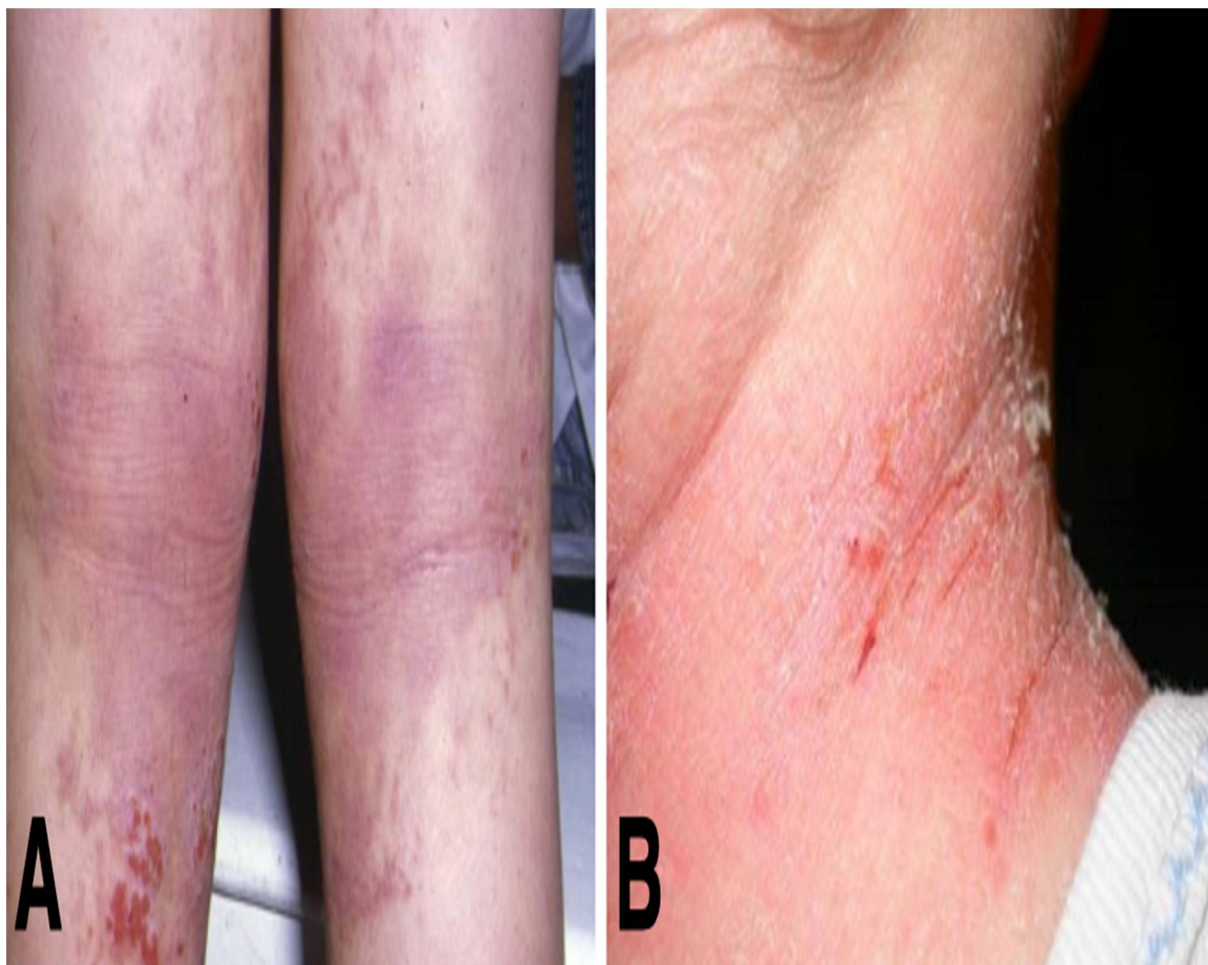


Figure 33 : A : Atopie de l'enfant, eczéma lichénifié [94] B : Dermatitis atopique au niveau du pli du cou [100]

2. L'eczéma nummulaire [82]

Le psoriasis dans sa forme nummulaire pose un problème de diagnostic différentiel avec l'eczéma nummulaire. L'eczéma nummulaire se présente sous la forme de plaques rouges prurigineuses de quelques cm de diamètre, en forme de pièce de monnaie, prédominant sur les membres avec lichénifications fréquentes secondaire au grattage incessant dans les formes chroniques.

Le caractère très prurigineux de l'eczéma nummulaire, ainsi que la présence de lésions d'eczéma classique (notamment les vésicules suintante) facilitent le diagnostic.



Figure 34 : lésions d'eczéma nummulaire (service des UMP)

3. L'eczéma de contact

La dermatite de contact est une dermatite eczémateuse causée par une exposition à des substances environnementales. Ces substances agissent comme des irritants ou des allergènes, causant des eczémas aigus, subaigus ou chroniques, les lésions sont extrêmement prurigineuses.

L'eczéma de contact comprend alors deux entités : L'eczéma allergique de contact et la dermatite de contact irritative.

- L'eczéma allergique de contact

L'eczéma allergique de contact est la deuxième grande cause d'eczéma à côté de la dermatite atopique. Il est dû à une réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire déclenchée par le contact de la peau avec une

substance exogène et évoluant en deux phase : la phase de sensibilisation et la phase de déclenchement.

Toute suspicion doit faire l'objet de la recherche acharnée de l'allergène en cause dont l'éviction conditionne l'absence de rechutes. Le diagnostic est établi par les tests épicutanés ou patch-tests, réalisés à distance de la poussée d'eczéma et orientés par l'interrogatoire et l'exclusion.

- La dermite de contact irritative

Elle est le plus rencontrée chez l'adulte. Elle est secondaire à des agressions physiques ou chimiques directes ne nécessitant pas l'intervention de mécanismes immunologiques. Les lésions siègent le plus souvent aux mains. Chez l'enfant par exemple, une irritation chronique et répétée (eau, savon, froid, vent, sécheresse, frottement, etc.) pourra franchir le seuil irritatif de la peau et provoquer un eczéma.

En réalité, la dermite d'irritation favorise la pénétration des allergènes et la survenue d'un eczéma allergique et les deux entités sont souvent intriquées.



Figure 35 : Eczéma de contact à l'élastique des Langes [100]

III. Le pityriasis rosé de Gibert [87, 88]

Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose érythématosquameuse bénigne d'origine inconnue, probablement virale qui touche essentiellement l'enfant et l'adulte jeune.

La maladie évolue en deux temps :

Un médaillon initial, plaque unique ovalaire, de 2 à 5 cm de diamètre, bien limitée, rosée, squameuse, à centre plus clair que la périphérie, siégeant sur le tronc ou la racine des membres, non prurigineuse.

Une éruption disséminée, rarement fébrile qui débute 5 à 15 jours après et atteint le tronc, le cou, les bras et cuisses, rarement les régions plus distales épargnant le visage et le cuir chevelu elle n'est pas, en règle, prurigineuse.

Elle comporte deux types d'éléments :

Des médaillons de petite taille arrondis ou ovalaires (1 à 3 cm), à centre plissé plus clair qui parait en voie de guérison, desquamant en périphérie, De nombreuses macules érythémateuses, à peine squameuses pouvant prêter confusion avec les macules psoriasiques.

L'éruption réalise sur le dos la classique image en « sapin de Noël » (éruption selon l'axe des côtes). Le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert (PRG) est souvent facile.

Aux taches rosées et finement squameuses qui pourraient orienter vers un psoriasis s'associent des médaillons de plus grande surface. Mais l'aspect clinique du PRG n'est pas toujours caractéristique et c'est l'évolution (guérison spontanée en 4 à 6 semaines, récurrences exceptionnelles) qui permet de trancher les cas litigieux. L'histologie est inutile.

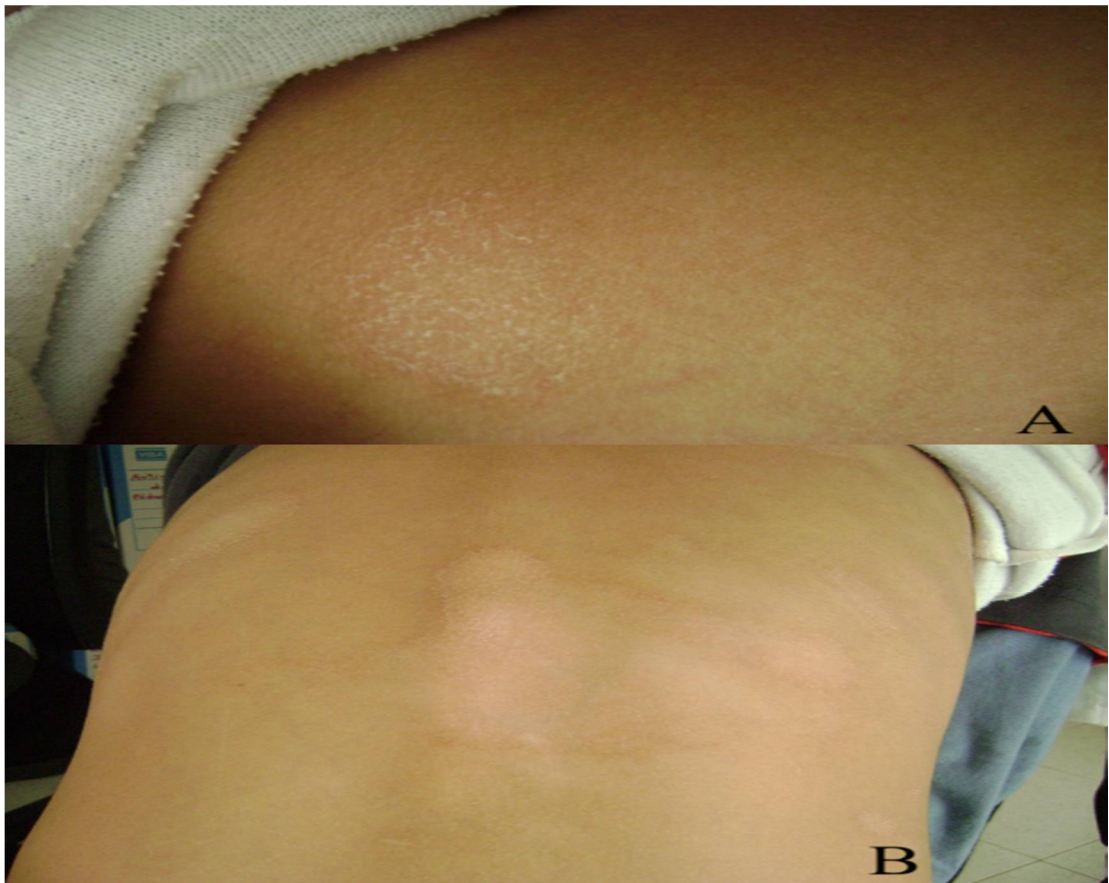


Figure 36 : A : PRG aspect en médaillon B : PRG Aspect en branche de sapin (service des UMP)



Figure 37 : Lésions du PRG (Sur le dos : l'orientation des macules ovales selon l'axe des côtes est évocateur un PRG « image en sapin de Noel »). [103]

IV. Les eczématides [81, 101]

Sous ce terme, on regroupe divers états dermatologiques qui constituent le plus souvent un cadre d'attente en l'absence de diagnostic étiologique précis. Les eczématides réalisent des macules érythématosquameuse bien limitées, souvent multiples évoluant vers une dépigmentation post-inflammatoire. Elles apparaissent le plus souvent chez l'enfant entre 3 et 16 ans où elles prédominent sur le visage (régions péribuccales, joues, menton).

On peut distinguer deux formes :

1. Les eczématides pityriasiformes :

Les eczématides pityriasiformes sont des lésions discrètement érythémateuses et finement squameuses qui ont un aspect voisin de celui du PRG. La localisation au cuir chevelu est responsable d'un état pelliculaire le plus souvent chronique. Sur le visage, les lésions prennent l'aspect de dartres parfois achromiantes alors que, sur le reste du tégument, des aspects nummulaires de même symptomatologie peuvent être rencontrés. Beaucoup d'eczématides pityriasiformes entrent probablement dans le cadre de la dermatite atopique.

2. Les eczématides psoriasiformes :

Les eczématides psoriasiformes ont elles aussi une autonomie très discutable. L'aspect clinique fait d'érythème et de larges squames pourrait théoriquement se différencier du psoriasis par le caractère moins bien limité des placards, l'absence de signes spécifiques au grattage méthodique des lésions, la topographie qui respecte en principe les territoires d'élection du psoriasis et l'étude histologique qui, outre la parakératose, montre souvent une exosérose et une exocytose pouvant réaliser l'aspect de vésicule primordiale de l'eczéma.

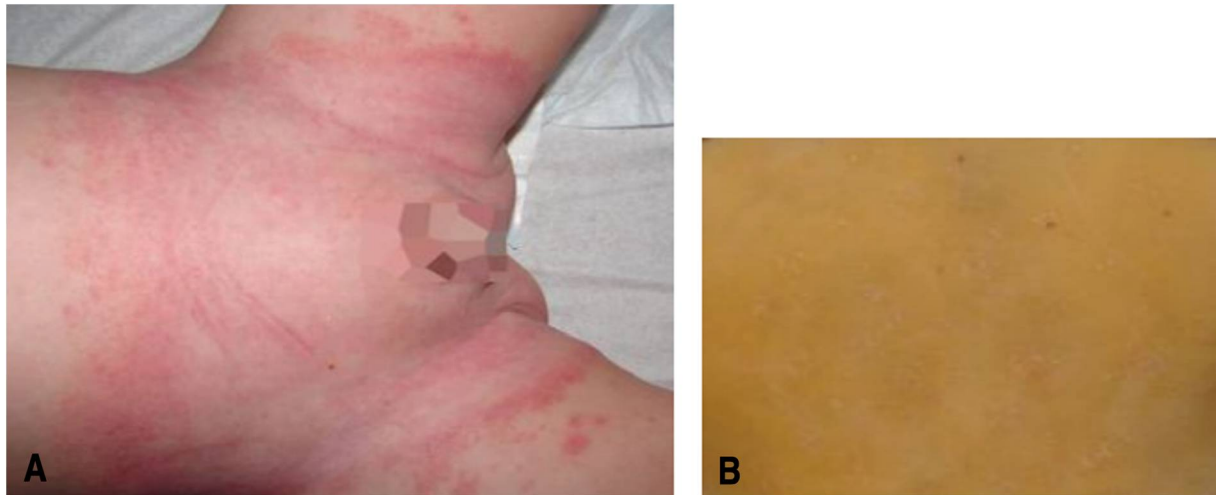


Figure 38 : (A) Eczéma psoriasiforme dû au contact avec une couche [106] (B) Eczématides pityriasiformes [105]

V. Le parapsoriasis en gouttes [91,98]

Le parapsoriasis en « gouttes », dénommé pityriasis lichenoides dans la littérature anglo-saxonne, est une dermatose inflammatoire d'étiologie inconnue mais non peu fréquente exceptionnelle chez l'enfant, caractérisée par une éruption constituée de nombreux éléments maculo papuleux et squameux.

Sous la dénomination parapsoriasis en « gouttes », sont regroupées trois formes cliniques différentes :

- Le parapsoriasis en « gouttes » chronique ou parapsoriasis lichenoides chronique, où les lésions sont exclusivement papulosquameuses.
- Le parapsoriasis en « gouttes » aigu varioliforme, correspondant à la forme de Mucha-Habermann : est plus fréquemment rencontré chez l'enfant. Il est caractérisé par des éléments nécrotiques évoluant vers

une cicatrice varioliforme avec des signes généraux marqués : fièvre élevée, myalgies, douleurs abdominales, prostration, agitation.

- Le parapsoriasis en « gouttes » leucomélanodermique qui peut aussi s'observer dans le cadre de l'évolution du psoriasis en gouttes ; les lésions siègent préférentiellement sur le cou, les bras et les épaules. C'est surtout le « parapsoriasis en goutte chronique » qui pose problème de diagnostic différentiel avec le psoriasis.

L'éruption se localise principalement sur le tronc et les plis de flexion des membres, elle épargne le plus souvent les paumes et les plantes. L'atteinte du visage, du cuir chevelu ou des muqueuses est également exceptionnelle.

Les lésions sont isolées sans prurit, ni signes généraux. La caractéristique principale de cette éruption réside dans son aspect bigarré avec coexistence de lésions d'âge différent.

La lésion élémentaire est une papule érythémateuse, lisse de 5 mm de diamètre en moyenne.

En quelques jours, cette papule devient plus foncée et squameuse ; la squame se détache à la curette d'un bloc sans provoquer de saignement réalisant le classique signe de la squame en « pain à cacheter ». La papule disparaît en une quinzaine de jours, laissant une tache pigmentée qui s'estompe en plusieurs mois.

L'évolution peut être prolongée sur des mois, voire des années, entrecoupées de phases de rémission, favorisées par l'exposition solaire.

Certains auteurs ont différencié chez l'enfant trois tableaux cliniques selon leur topographie lésionnelle : une forme centrale dans laquelle les lésions sont localisées exclusivement au tronc, une forme périphérique localisée aux extrémités et enfin une forme superposable au tableau clinique de l'adulte.

Le parapsoriasis en gouttes se différencie en général du psoriasis par le polymorphisme de l'éruption, le caractère papuleux de la lésion élémentaire dont les squames en pain à cacheter se détachent d'un bloc à la curette.

C'est l'histologie qui confirme le diagnostic et montre une parakératose compacte, épaisse, bien limitée, associée à une exocytose intra épidermique de cellules mononuclées.

Le derme superficiel est le siège d'infiltrats de cellules mononuclées à tropisme péri vasculaire.

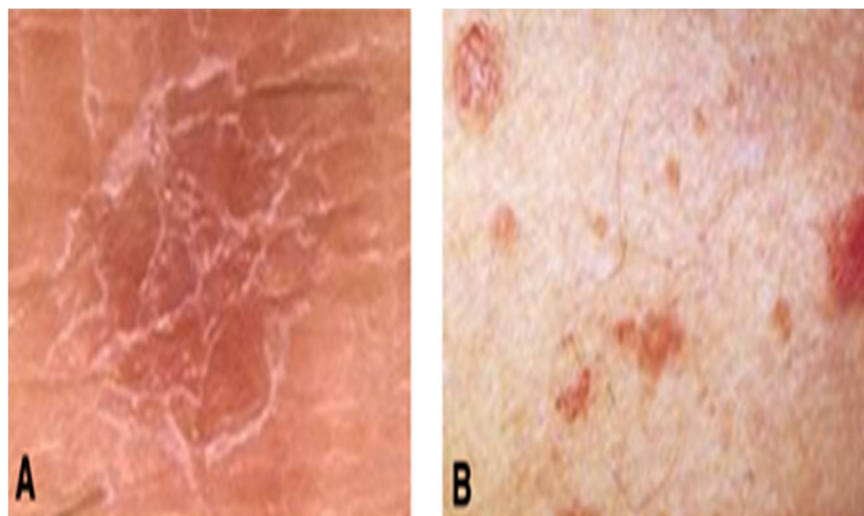


Figure 39 : parapsoriasis en gouttes chronique (A) détail d'une lésion érythématosquameuse [96] (B) Éruption constituée d'éléments papuleux [91]

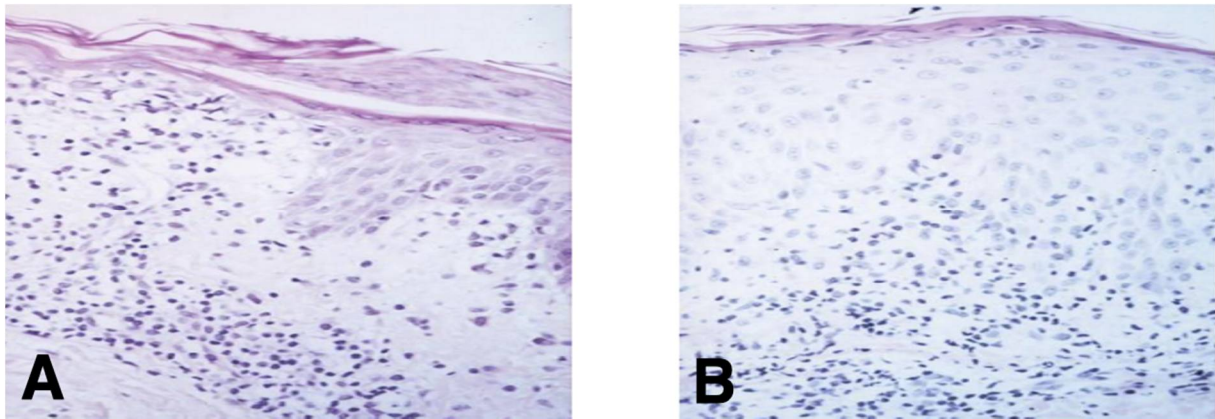


Figure 40 : (A) Parapsoriasis en « gouttes » chronique. Parakératose sèche [91] (B) Parapsoriasis en « gouttes » chronique Exocytose intra épidermique de cellules mononuclées [91]

VI. Le pityriasis rubra pilaire [93 ,90]

Le pityriasis rubra pilaire est une dermatose hétérogène, rare, d'origine toujours peu claire. L'âge de survenue chez l'enfant est variable en fonction des séries. La forme typique chez l'enfant est similaire à celle de l'adulte, mais l'évolution est plus rapide.

Elle associe trois éléments sémiologiques à divers degrés : des plaques érythémateuses parfois très étendues avec des intervalles de peau saine, pouvant atteindre n'importe quelle partie du corps ; des papules cornées folliculaires présentes sur les plaques où à distance, qui sont caractéristiques et permettent de redresser le diagnostic ; une kératodermie palmoplantaire orangée. Le prurit est habituellement absent. L'histologie est non spécifique, mais elle permet de confirmer l'impression clinique en éliminant le psoriasis, principal diagnostic différentiel.

Elle montre une hyperkératose folliculaire intense ; l'acanthose est modérée et à la différence du psoriasis il n'y a pas de micro-abcès à polynucléaires dans l'épiderme.



Figure 41 : Pityriasis rubra pilaire typique de l'enfant : papules folliculaires kératosiques du tronc [90]

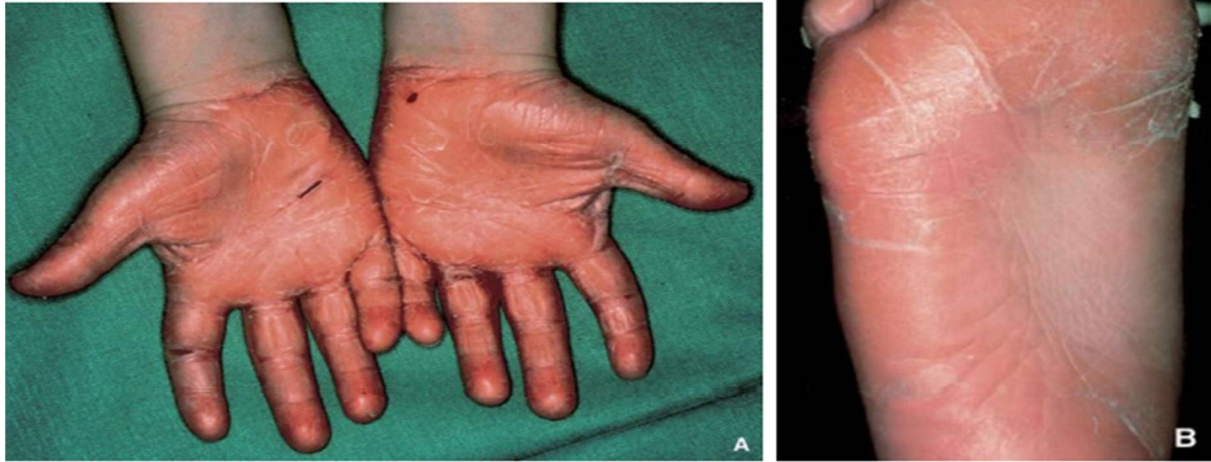


Figure 42 : Pityriasis rubra pilaire typique de l'enfant : kératodermie
[90]



**Figure 43 : Pityriasis rubra pilaire de l'enfant : atteinte du visage (A)
et du scalp (B) [90]**

VII. Le lichen plan [94, 89]

Le lichen plan est une dermatose prurigineuse inflammatoire d'étiologie inconnue.

Le lichen plan de l'enfant est rare et mal connu, classiquement décrit comme comparable à celui de l'adulte.

Dans sa forme typique, le lichen plan pose peu de difficultés diagnostiques avec le psoriasis. Il se présente comme des papules squameuses polygonales violines prurigineuses à surface plane lisse ou recouverte de stries blanchâtres (stries de Wickham) prédominant sur les faces d'extension des membres ; l'atteinte de la muqueuse génitale est fréquemment associée. On peut retrouver dans le lichen comme dans le psoriasis un phénomène de Koebner.

Les formes moins typiques ou localisées peuvent être confondues avec le psoriasis surtout quand celui-ci s'accompagne d'un prurit. Dans ce cas, c'est l'examen histologique qui permettra de confirmer le diagnostic.

Le lichen plan psoriasiforme est formé de papules et de plaques érythémato-squameuse. Il s'agit le plus souvent d'un lichen plan aigu. Quand les éléments psoriasiformes sont de petite taille, l'atteinte peut évoquer un psoriasis en goutte.

L'atteinte palmoplantaire du lichen plan peut évoquer un psoriasis palmoplantaire, notamment lorsqu'il existe des lésions érythémato-squameuses.

L'atteinte buccale pose habituellement peu de problèmes diagnostiques avec le psoriasis.

Elle se présente sous forme de stries blanches (porcelainés) formant un réseau pseudo papuleux à la palpation par contre l'atteinte génitale réalise une tache érythémateuse bien limitée, chronique et peut évoquer un psoriasis qui est peu squameux dans cette localisation.

L'atteinte unguéale est rarement confondue avec le psoriasis de l'ongle. Mais elle peut être atypique avec hyperkératose sous unguéale et onycholyse comme dans un psoriasis.

Dans ces cas difficiles, c'est la biopsie unguéale qui permettra de trancher.

Le lichen plan spinulosique, forme rare touchant préférentiellement l'enfant est formée de lésions folliculaires punctiformes kératosiques des genoux et coudes posant des difficultés diagnostiques avec le psoriasis spinulosique et le pityriasis rubra pilaris.

Rarement, le lichen plan peut être diffus (forme érythrodermique) et évoquer une érythrodermie psoriasique, beaucoup plus fréquente. L'histologie dans les formes atypiques montre : Une hyperkératose orthokératosique avec une hypergranulose.

Un infiltrat lymphocytaire dermique, superficiel « grignotant » la basale (disposition dite « lichenoïde »).



Figure 44 : Lichen plan (service des UMP)

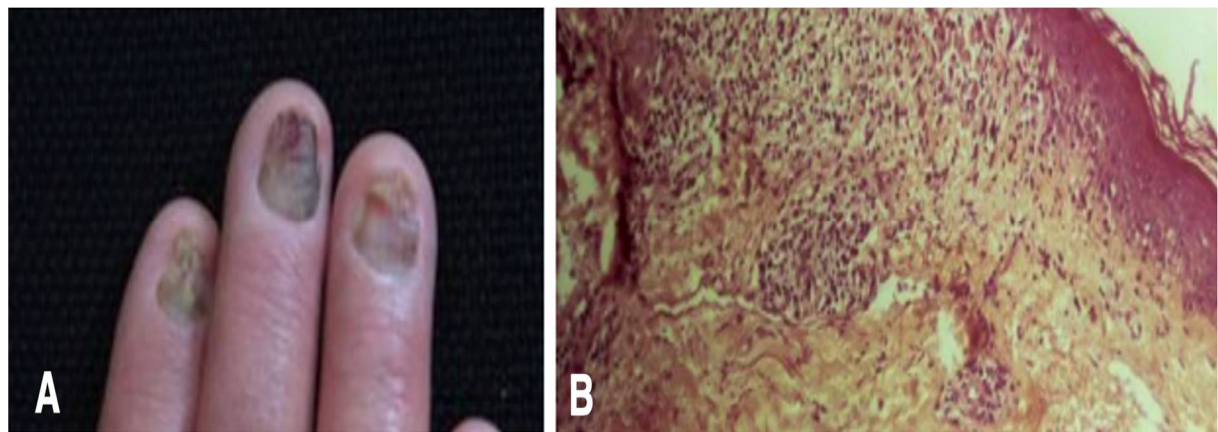


Figure 45 : (A) Lichen plan unguéal [97] (B) Histologie du lichen infiltrat lymphocytaire du derme superficiel avec émiettement de la membrane basale [80]

VIII. Dermatophytie de peau glabre [99]

La dermatophytie de la peau glabre doit être évoquée en priorité si le prurit est intense et la bordure circinée, érythémato-vésiculo-squameuse et d'évolution centrifuge.

IX. Les syphilides secondaires psoriasiformes [94]

La syphilis secondaire chez l'enfant peut s'observer au stade précoce de la syphilis congénitale qui survient chez un enfant né d'une mère présentant une syphilis active ; la transmission a lieu à partir du 4^{ème} mois de la grossesse.

L'éruption cutanée sous forme de syphilides psoriasiformes peut être difficile à distinguer d'un psoriasis en gouttes.

En revanche leur caractère papuleux et infiltré, leur teinte cuivrée, la disposition annulaire des squames, l'existence d'un pemphigus palmo plantaire associé, d'un coryza ; ainsi que la présence de signes osseux (ostéochondrites métaphysaires douloureuses, périostites) et viscéraux (hépatosplénomégalie, poly ADP, ictère, syndrome néphrotique..) surtout en la présence de la notion de syphilis chez la mère ; évoqueront un tableau septicémique et conduisent à pratiquer des tests sérologiques (TPHA , VDRL, FTA) qui confirment le diagnostic.



Figure 46 : (A) Dermatomythie de la peau glabre [99] (B) Syphilides psoriasiformes du tronc [94]

X. Le vitiligo [79]

Le vitiligo est une affection secondaire à une perte progressive des mélanocytes qui débute fréquemment dans l'enfance. Le diagnostic positif est aisé dans la plupart des cas. Comme dans le psoriasis, on retrouve fréquemment dans le vitiligo, un phénomène de Koebner. Lorsqu'un psoriasis est en phase de rémission, il présente une achromie résiduelle qui succède aux lésions. Cette achromie est parfois favorisée par la corticothérapie locale. C'est lors de cette phase de rémission que le psoriasis peut être diagnostiqué par erreur comme un vitiligo. Cependant, des différences existent : dans le psoriasis, la dépigmentation n'atteint pas la totalité des lésions. De plus, il existe des tâches érythémateuses avant l'apparition de la dépigmentation.



Figure 47 : Vitiligo chez l'enfant [114]

XI. Autres diagnostics différentiels :

1. teigne :

La teigne se caractérise par des plaques arrondies, rougeâtres et recouvertes d'une croûte grisâtre, avec des cheveux très courts cassant à la racine. Ces plaques entraînent des démangeaisons pouvant entraîner des lésions de grattage et des surinfections. En l'absence de traitement, ces plaques s'agrandissent progressivement, les bords, en périphérie, deviennent écailleux alors que la peau, au centre, paraît normale. [115]

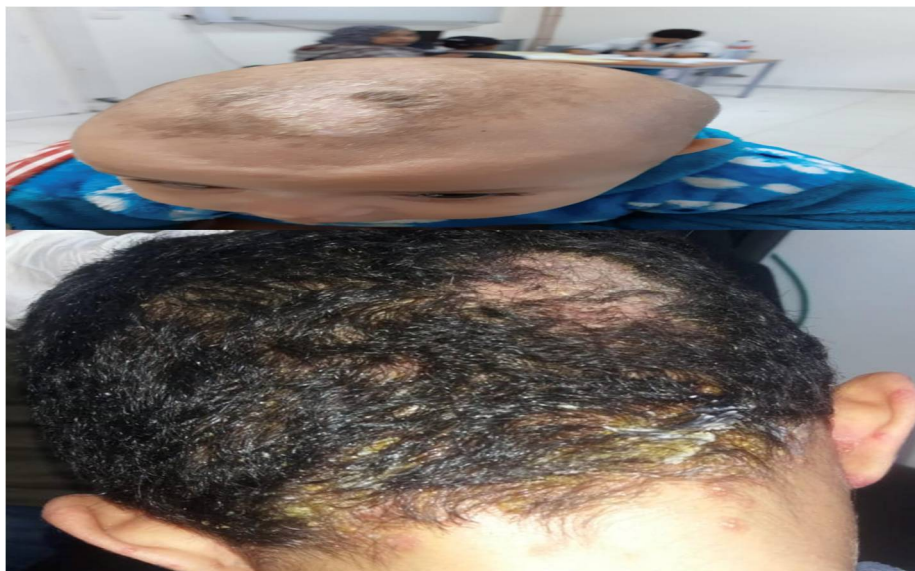


Figure 48 : Teigne (service des UMP)

2. toxidermie : [116]

La Pustulose aiguë exanthématique généralisée se manifeste cliniquement par l'hyperthermie ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) qui accompagne ou précède de quelques jours une éruption de pustules non folliculaires et aseptiques reposant sur des nappes érythémateuses, prédominant au visage et dans les grands plis.

Les lésions cutanées s'accompagnent généralement d'un prurit ou d'une sensation de brûlure. Son évolution est favorable en 1 à 2 semaines après l'arrêt du médicament en cause avec une desquamation superficielle. Le principal diagnostic différentiel de la PEAG est le psoriasis pustuleux de Zumbusch qui survient chez des patients aux antécédents de psoriasis et se caractérise par une évolution spontanée récidivante.

L'utilisation des anti-TNF s'accompagne dans certains cas d'éruptions cutanées psoriasiformes. Ces biothérapies étant indiquées dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à Sévère, ces manifestations font partie des réactions appelées « paradoxales ». Il s'agit le plus souvent de femmes atteintes de rhumatisme inflammatoire ou de maladies Inflammatoires du tube digestif. Tous les anti-TNF sont concernés, mais le risque de survenue d'un psoriasis semble plus important sous adalimumab que sous étanercept ou sous infliximab.



Figure 49 : Toxidermie (service des UMP)

3. Érythème fessier :

C'est une dermite inflammatoire localisée au siège sous les couches du nourrisson. Les mécanismes de cette dermite du siège sont nombreux : irritation urinaire, fécale, occlusion, colonisation par les bactéries à Candida [117]. Le psoriasis des langes est diagnostiqué tardivement s'il est confondu avec un érythème fessier. Les symptômes du psoriasis des langes sont en particulier la rougeur des fesses, et la localisation bien déterminée de cette rougeur [118].



Figure 50 : érythème fessier (service des UMP)

Traitement

I. But du traitement [107]

A l'heure actuelle, aucun traitement ne peut prétendre à une guérison certaine et durable du psoriasis. Le but de la prise en charge consiste donc à traiter les lésions et rendre la maladie suffisamment acceptable pour le patient, qui doit pouvoir mener une vie sociale normale. Le siège de la lésion peut être aussi déterminant que son étendue ou sa sévérité.

La particularité dans la prise en charge de l'enfant psoriasique est d'être en présence d'une configuration médecin – parents– enfant qui diffère de la classique relation médecin –malade : gagner la confiance des parents est un préalable pour l'acceptation du traitement par l'enfant et son observance.

Dans ce cadre, l'éducation thérapeutique est essentielle :

- expliquer la maladie son évolution les moyens thérapeutiques
- personnaliser la prise en charge en fonction de la souffrance de l'enfant.

II. Moyens thérapeutiques

Les outils thérapeutiques sont les topiques, la photothérapie et

les traitements par voie générale.

1. Traitements topiques [108 ,109]

Les traitements locaux sont toujours nécessaires et permettent de contrôler les formes localisées.

Les prescriptions doivent être simples. Les programmes sophistiqués de traitement local diminuent vraisemblablement l'observance. Différentes classes de traitements topiques sont utilisées.

1.1 Émollients

Ils sont généralement conseillés et considérés comme bénéfiques pour le psoriasis, malgré l'absence de données. Ils permettent d'éliminer les squames et améliorent l'aspect esthétique.

1.2 Kératolytiques

Ils sont contre indiqués avant 2ans. Ce sont des produits à base d'urée ou d'acide salicylique, parfois en combinaison avec un dermocorticoïde. L'objectif est de réduire l'épaisseur de la couche cornée, réduisent l'hyperkératose et améliorant la pénétration d'autres topiques. Il convient d'être prudent avec les dérivés d'acide salicylique chez le petit enfant car leur application sur de grandes surfaces pourrait entraîner une toxicité systémique par absorption transcutanée.

1.3 Dermocorticoïdes

Constituent le traitement de référence. Ce sont les topiques le plus souvent utilisés en France. Ils sont classés selon la puissance et leur forme galénique. Ils ont des propriétés anti-inflammatoires et antiprolifératives.

On propose un dermocorticoïde de classe forte à raison d'une application par jour jusqu'à disparition des lésions, puis arrêt. La mise en œuvre des applications dégressives est compliquée et leur intérêt n'est pas démontré. Les effets indésirables systémiques par l'absorption percutanée ne sont un problème qu'avec des applications prolongées de classes fortes sur de très grandes surfaces cutanées ; dans la grande majorité des cas, on rassure les parents et on combat la corticophobie. En revanche, l'atrophie cutanée survient au bout de quelques semaines d'application sur certaines zones : le visage, les plis, les cuisses et le bas du tronc. Il en est de même pour les vergetures, a fortiori chez le préadolescent et l'adolescent.

1.4 Analogues de la vitamine D

Ils induisent la différenciation des Kératinocytes et inhibent leur prolifération. Ils sont parfois irritants. Leur effet, modeste, est potentialisé en cas d'association avec un dermocorticoïde.

Leur application en très grande quantité ou sur de très grandes surfaces comporte un risque théorique d'hypercalcémie.

Les dérivés de la vitD en association avec le betaméthasone (hors AMM) sont très utilisés selon les mêmes modalités que la corticothérapie locale.

1.5 Analogues de la vitamine A

Ils sont assez irritants et actuellement peu utilisés ; ils favoriseraient la différenciation normale des Kératinocytes et réduiraient l'hyperplasie épidermique.

1.6 La macrolides (immunosuppresseurs topiques) : Tacrolimus

Cet inhibiteur de la calcineurine, immunosuppresseur topique, est utilisé dans la dermatite atopique. Il existe sous forme de pommade, à la concentration de 0,03 % et 0,1 %. Chez l'enfant, la forme à 0,03 % est privilégiée. Ce traitement est appliqué deux fois par jour jusqu'à disparition. Il n'a pas d'AMM dans le traitement du psoriasis. En revanche, il n'entraîne pas d'atrophie cutanée ni de vergetures. Il est donc adapté aux plis et au visage [109]. Une irritation locale pendant les premiers jours d'application est fréquente. Il comporterait un risque théorique de carcinogenèse cutanée et de lymphomes. Ce risque n'est cependant pas prouvé.

1.7 Goudrons [110]

Le goudron de houille est le goudron le plus fréquemment prescrit, bien que L'ichtyol et l'huile de cade sont également utilisés. Elles conviennent aux petits psoriasis en plaques et peut également être utilisé sur la peau sensible du visage ou de la zone génitale. Leur utilisation est limitée par leur odeur désagréable et la tendance à tacher la peau et les vêtements. Le goudron est parfois utilisé en combinaison avec d'autres modalités telles que les UVB (Goeckerman) pour le traitement du psoriasis en plaques ou en gouttes très répandu.

1.8 Dithranol (Anthralin) [110]

Le Dithranol est disponible dans le commerce sous forme de crème adaptée à un usage domestique. Pour les traitements hospitaliers et les soins de jour, il est plus efficace dans la pâte de Lassar.

Dans une étude sur les enfants âgés de 5 à 10 ans, la rémission a été obtenue en utilisant le Dithranol dans 81 % des 58 enfants. Il est particulièrement utile pour les plaques épaisses. En plus de tacher la peau et les vêtements, il irrite une peau saine, de sorte que la peau environnante doit être protégée, par exemple en appliquant un émollient gras. Il ne convient pas pour une utilisation sur le visage, les plis de flexions ou les organes génitaux et doit être évitée en cas d'inflammation. L'utilisation doit être faite sous surveillance parentale pour des enfants plus jeunes.

Les plaques épaisses seront traitées par des pommades, au niveau des plis seront utilisés des crèmes ou gels. De préférence un shampooing pour le cuir chevelu. la forme galénique de ces produits doit être adaptée à la forme clinique.

2. Traitements systémiques : [108]

Ils ont des contraintes et de potentiels effets indésirables. En revanche, dans les formes sévères, où le traitement local est largement dépassé, on les propose en raison de leur efficacité prouvée, parfois remarquable, et l'amélioration dans la qualité de vie. Ces traitements doivent être prescrits par des médecins et des équipes qui en ont l'habitude. Il est difficile de prévoir une durée de traitement précise, étant donné le caractère chronique et récidivant du psoriasis.

2.1 Rétinoïdes (Acitrétine : soriatane)

Ce rétinoïde est traditionnellement la première ligne de traitement systémique chez l'enfant.

Les doses de 0,5 à 1 mg/kg par jour sont généralement bien tolérées. L'acitrétine est plus efficace dans le psoriasis pustuleux que dans la forme en plaques [9]. L'effet indésirable clinique le plus fréquent est la sécheresse cutanéomuqueuse, que l'on peut limiter avec des applications régulières de baume à lèvres et des larmes artificielles. Elle est extrêmement tératogène, jusqu'à deux ans après son arrêt ; sa prescription chez la jeune fille en âge de procréer est donc soumise à un programme strict de prévention de grossesse, dont la contraception et les -HCG (hormone chorionique gonadotrope) mensuelles. On surveille le bilan hépatique (augmentation des transaminases, souvent transitoire) et lipidique (hypertriglycémie). La toxicité osseuse, et notamment la fermeture précoce de cartilages de croissance, crainte autrefois, ne survient que dans le cadre des traitements prolongés à fortes doses, comme dans les ichthyoses. Il est cependant de bon sens de surveiller la croissance de ces enfants.

2.2 Méthotrexate (MTX)

Cet antimétabolite, à faible dose hebdomadaire, est largement utilisé dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chez l'enfant. Le MTX est prescrit à la dose de 0,2 à 0,7 mg/kg par semaine dans les formes sévères de psoriasis. L'auteur se limite généralement à 0,4 mg/kg par semaine en raison des problèmes de tolérance des doses élevées et l'absence de preuve de leur efficacité supérieure. Le bilan pré thérapeutique comprend la numération formule sanguine, la fonction rénale et hépatique, la sérologie des hépatites (vérifier le statut vaccinal, en particulier contre l'hépatite B), la radiographie pulmonaire et l'échographie hépatique.

L'ajout d'acide folique le surlendemain permet de réduire les effets indésirables généraux (asthénie), hématologiques (cytopénies) et digestifs (nausées, vomissements, douleur abdominale). Une contraception est nécessaire chez la jeune fille mais il n'y a pas de programme strict de prévention de grossesse. Le bilan biologique est surveillé régulièrement. L'efficacité est à évaluer au bout de trois ou quatre mois. Une fois la réponse obtenue, on réduit la posologie au minimum efficace [111].

2.3 Ciclosporine :

Cet immunosuppresseur puissant permet d'obtenir des réponses rapides et assez constantes. La dose est de 3 à 5 mg/kg par jour en deux prises. Elle est bien tolérée chez l'enfant, et particulièrement adaptée au traitement d'attaque de courte durée (3–6 mois). Le bilan pré thérapeutique est similaire à celui du MTX. Les effets indésirables principaux sont : la toxicité rénale (au départ réversible, ensuite définitive), l'hypertension et les complications d'immunosuppression prolongée telles que les infections opportunistes, les carcinomes cutanés et les lymphomes. Ces effets deviennent un problème dans les prises prolongées. La surveillance de la tension artérielle et de la fonction rénale est indispensable.

2.4 Biomédicaments :

L'étanercept à 0,8 mg/kg par semaine en sous-cutané (dès 6 ans) et l'adalimumab à 0,8 mg/kg tous les 14 jours en sous-cutané (dès 4 ans) ont une AMM. Ces anti-TNF (tumor necrosis factor- α) ont un très bon profil d'efficacité et de tolérance chez l'enfant.

Le recul pour les rhumatismes inflammatoires et la maladie de Crohn (pour l'adalimumab) est d'une dizaine d'années, un peu moins dans le psoriasis. Leur coût est élevé. Ils sont en principe prescrits en cas d'échec, d'intolérance, ou le caractère « inapproprié » des autres traitements (topiques, photothérapie et d'autres systémiques). Le libellé exact de l'AMM varie. L'infliximab et l'ustékinumab sont utilisés de manière exceptionnelle dans le psoriasis de l'enfant.

3. Photothérapie [108]

De nombreuses personnes signalent une amélioration de leur psoriasis après des vacances ensoleillées. Chez les enfants, la photothérapie aux UVB est réservée aux personnes atteintes d'un psoriasis en plaques ou en gouttes sévèrement répandu qui ne répond pas au traitement topique. Il y a lieu de s'inquiéter sur les effets à long terme des traitements de photothérapies répétées à cause de la photocarcinogenèse et du photovieillissement. Les parents et Les enfants doivent donc être pleinement informés des risques potentiels. Il y a aussi les considérations pratiques liées à la surveillance des jeunes des enfants dans des cabines de photothérapie. Les UVB sont généralement administrés trois fois par semaine à des doses croissantes. En combinant les UVB avec La thérapie topique, telle que le goudron ou le calcipotriol, est bien tolérée et efficace. Tubes fluorescents UVB à bande étroite (émettant à 311 nm) sont devenus disponibles récemment, et comme ils ont moins tendance pour provoquer des brûlures, ils ont largement remplacé les UVB à large bande (280-320 nm). Une étude récente sur les UVB chez les enfants a montré que 63 % des patients ont obtenu une autorisation après une médiane de 17,5 traitements. [110]

4. Antibiothérapie [111]

Utilisation de la rifampicine avec la pénicilline et l'érythromycine dans le traitement du psoriasis. Rapport préliminaire : Les neufs patients atteints de psoriasis associé aux streptocoques ont répondu à un traitement de 5 jours de rifampicine (rifampicine) combiné avec 10 à 14 jours de pénicilline orale ou d'érythromycine. L'utilisation d'antibiotiques oraux a été défendue par Rosenberg et collègues. Bien que soutenue par des théories solides et de nombreuses anecdotes, l'utilisation d'antibiotiques pour le psoriasis n'a pas été soutenue par des essais cliniques contrôlés. D'autres infections ont été liées au psoriasis et d'autres agents qui ont été utilisés, notamment la nystatine orale et fluconazole oral ; même l'amygdalectomie a été préconisée.

5. LASER EXCIMER [112]

Efficacité clinique d'un laser excimere de 308 nm pour le traitement de psoriasis vulgaire. Dans cette étude ouverte, 40 patients ont été traités deux fois par semaine pour jusqu'à 15 traitements. Les résultats du PASI se sont améliorés d'environ 90 %. Le laser excimer est une thérapie utile pour les plaques de psoriasis localisées. Son principal effet secondaire est une brûlure cutanée locale

6. Cures thermales [108]

Pour être complet, il faut mentionner les cures thermales qui sont prescrites par certains praticiens avec un objectif de soulagement parental et pour apporter une aide psychologique. Elles sont cependant onéreuses et contraignantes par rapport à l'activité scolaire de l'enfant et l'activité professionnelle des parents.

En raison de l'absence des études d'efficacité et de tolérance, les cures thermales n'ont pas le même niveau de preuve que les traitements médicaux standards.

III. Indications thérapeutiques [108]

Le psoriasis sévère peut altérer le fonctionnement scolaire, social et émotionnel, et retentir sur la qualité de vie. La sévérité du psoriasis dépend de son étendue, des symptômes fonctionnels, de l'atteinte des zones sensibles, et du retentissement social et psychologique. La définition de « zones sensibles » est subjective mais, généralement, le visage, les organes génitaux externes (pour les plus grands), les pulpes des doigts et souvent le cuir chevelu sont admis en tant que tels. Actuellement, il n'existe pas de recommandations pour le traitement du psoriasis pédiatrique validées en France. En fonction des comorbidités, une approche pluridisciplinaire entre dermatologue, pédiatre, rhumatologue et endocrinologue/nutritionniste doit être adoptée [9]. Sont présentées ici de grandes lignes de prise en charge qu'il convient d'adapter à chaque situation.

1. Psoriasis « léger »

La surface corporelle atteinte est faible et les zones sensibles ne sont pas touchées.

C'est le cas de la plupart des psoriasis de l'enfant ; le traitement local est tout à fait suffisant. L'auteur a tendance à conseiller un dermocorticoïde fort en première intention, associé à un kératolytique en cas de plaques très hyperkératosiques. La forme galénique est à choisir selon la zone à traiter.

Une crème pour la plupart des lésions, dont les plis ; lotion et gel pour le cuir chevelu ; et une pommade pour les lésions épaisses et sèches.

2. Psoriasis en plaques modéré à sévère

Il est généralement défini par une atteinte de plus de 10 % de la surface corporelle, plus d'autres critères selon les scores dermatologiques et de qualité de vie. Dans de telles situations, la poursuite des topiques à tout prix risque d'être nocive ; avec de longs moments quotidiens d'applications locales, une perte du temps et d'énergie de l'enfant et des parents, et le désespoir de voir les lésions récidiver rapidement. Il est possible, dans ce cas, si l'enfant est assez grand, d'essayer la photothérapie, en espérant contrôler une poussée unique. En cas d'impossibilité, d'inefficacité, ou de rechute rapide, on propose un traitement systémique. L'auteur préfère le MTX en première intention ; d'autres dermatologues commencent par l'acitrétine. Il est également possible, surtout en cas d'atteinte initiale très sévère, de débiter par la ciclosporine en traitement d'attaque, et de prendre le relais par l'acitrétine ou le MTX en entretien. Les traitements biologiques ont un très bon profil de tolérance ; on n'hésite pas à les proposer en cas d'échec de la première ligne de traitement systémique. La tendance future sera probablement la prescription de biologiques en première intention.

3. Psoriasis en gouttes

Après un essai de traitement local pendant une courte durée (2–4 semaines), on propose la photothérapie UVB à spectre étroit. Si celle-ci n'est pas faisable (enfant trop petit, cabine non disponible), un traitement systémique de courte durée pourrait être proposé, en fonction de la gêne occasionnée.

4. Psoriasis pustuleux généralisé

En fonction de l'état général de l'enfant, on choisit entre la ciclosporine (immunosuppresseur, efficacité très rapide mais plus de contrainte et d'effets secondaires) et l'acitrétine (début d'action tardif mais moins immunosuppresseur et plus adaptée à un traitement prolongé).

5. Érythrodermie psoriasique

Cette situation rare nécessite la mise en route d'un traitement systémique, que l'on choisit selon le délai d'action souhaité, la qualité de réponse au traitement local et les comorbidités. Tous les traitements systémiques ont été essayés dans cette indication.

La ciclosporine et l'infliximab donnent les meilleurs résultats dans l'érythrodermie psoriasique de l'adulte [109] ; il n'existe pas de données adéquates chez l'enfant.

IV. Suivi, pronostic

Le rythme de suivi est à définir au cas par cas. Les enfants atteints d'un psoriasis léger ne nécessitent pas de suivi étroit ; de simples émollients ou dermocorticoïdes de temps à autres leur suffiront largement. Les situations modérées à sévères, a fortiori lorsqu'il est question d'un traitement systémique, relèvent d'un suivi régulier afin d'évaluer l'efficacité, la tolérance, d'adapter si besoin la dose et de réévaluer le rapport bénéfice/risque si besoin. Il en va de même pour les psoriasis dits «instables», dont l'on ne peut prédire l'étendue quelques semaines plus tard.

En raison du caractère chronique, la durée de traitement est imprévisible. Dans les formes modérées à sévères, un traitement d'entretien prolongé est souvent nécessaire.

Il semble exister certaines formes infantiles spontanément résolutive, dont le psoriasis des langes. En revanche, étant donné Le lien entre le psoriasis en gouttes et la susceptibilité génétique, il n'est pas étonnant qu'environ 40 % de cas évoluent vers une forme en plaques chronique.

Pour finir, il faut insister sur le rôle de tous les praticiens dans l'éducation, le dépistage et la prise en charge des comorbidités, l'accompagnement et le soutien des enfants et leurs proches, surtout dans les formes sévères.

Conclusions

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique d'étiologie multifactorielle, avec des origines génétiques et environnementales.

L'incidence du psoriasis chez l'enfant serait en augmentation depuis environ 30 ans.

Son diagnostic est le plus souvent clinique. Il existe plusieurs formes cliniques, la majorité commune entre enfant et adulte.

Le psoriasis de l'enfant a des particularités cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Le psoriasis de l'enfant, au même titre que d'autres maladies chroniques, peut retentir de manière importante sur la qualité de vie de l'enfant et des parents. La gêne peut être fonctionnelle, scolaire, sociale, psychologique.

Le psoriasis de l'enfant est associé à diverses comorbidités qui sont de plus en plus reconnues.

Les outils thérapeutiques sont les topiques, la photothérapie et les traitements par voie générale.

La prise en charge de l'enfant et des parents repose sur une relation de confiance, pour suivre des problèmes chroniques liés à cette pathologie bénigne et pour adapter et optimiser le traitement.

A retenir :

Évoquer le diagnostic de psoriasis devant des lésions érythémateuses chroniques des antécédents familiaux, des lésions extra cutanées.

Résumés

Résumé

Titre : Psoriasis chez l'enfant aspects dermatologiques et nouveautés thérapeutiques.

Rapporteur : Pr Badr Sououd Benjelloun Dakhama

Auteur : Rbouhate Ali

Mots-clés : psoriasis – enfant – aspects dermatologiques – iconographie – traitement

Le psoriasis est l'une des affections cutanées les plus communes, affectant environ 3% de la population mondiale.

C'est une dermatose érythématosquameuse inflammatoire chronique non contagieuse, pouvant débuter à n'importe quel âge, en général sur un terrain prédisposé génétiquement, son mécanisme étiopathogénique restant encore mal connu.

Chez l'enfant, il représente environ 5°/° des affections dermatologiques pédiatriques ; un début dans l'enfance existe chez 30 à 50°/° des patients, elle touche le petit enfant tout autant que l'adolescent. Notre objectif est d'étudier les différents aspects dermatologiques du psoriasis chez l'enfant, leurs iconographies, et les nouveaux traitements le concernant.

Le diagnostic du psoriasis est le plus souvent clinique et pour ce dernier existe plusieurs formes. En raison des formes débutantes, des diagnostics différentiels peuvent se poser.

Le traitement n'est pas codifié et peu d'études ont été publiées. Il faut tenir compte du meilleur pronostic évolutif chez l'enfant avec d'emblée un traitement agressif.

Les traitements locaux comprennent les dermocorticoïdes, le calcipotriol et les émoullients. Ces derniers sont réservés aux formes modérées. La photothérapie peut être utilisée à partir de l'âge de 6 ans, en traitement d'entretien. Dans les formes graves, les rétinoïdes, la ciclosporine et le méthotrexate ont montré leur efficacité mais leur utilisation au long cours est limitée par leurs effets indésirables. Les anti-TNF Alpha semblent également efficaces et assez bien tolérés mais le recul est actuellement insuffisant.

Un foyer infectieux streptococcique pouvant entretenir la maladie est toujours recherché.

En définitive, nous avons réalisé une revue de littérature détaillant les aspects dermatologiques du psoriasis chez l'enfant avec leurs iconographies respectives ainsi que leurs traitements.

ABSTRACT

Title: Psoriasis in children dermatological aspects and therapeutic novelties.

Reporter: Pr Badr Sououd Benjelloun Dakhama

Author: Rbouhate Ali

Keywords: psoriasis – children – dermatological aspects – iconography - treatment.

Psoriasis is one of the most common skin conditions, affecting about 3% of the world's population.

It is a chronic, non-contagious, inflammatory erythematous dermatosis that can begin at any age, usually in genetically predisposed terrain, its etiopathogenic mechanism still being poorly understood.

In children, it represents about 5% of pediatric dermatological affections; an onset in childhood exists in 30 to 50% of patients, it affects the small child as much as the adolescent. Our objective is to study the different dermatological aspects of psoriasis in children, their iconography, and the new treatments concerning it.

The diagnosis of psoriasis is most often clinical and there are several forms of psoriasis. Due to the early forms, differential diagnoses may occur.

The treatment is not codified and few studies have been published. The best prognosis for the development of psoriasis in children must be taken into account, with aggressive treatment from the outset.

Local treatments include dermatocorticoids, calcipotriol and emollients. The latter are reserved for moderate forms. Phototherapy can be used from the age of 6 years as a maintenance treatment. In the severe forms, retinoids, cyclosporine and methotrexate have shown their effectiveness but their long-term use is limited by their side effects. The anti-TNF Alpha drugs also seem to be effective and fairly well tolerated, but there is currently insufficient evidence of their effectiveness.

A streptococcal infectious focus that can sustain the disease is still being sought.

Finally, we have completed a literature review detailing the dermatological aspects of psoriasis in children with their respective iconography and treatments.

ملخص

العنوان: الصدفية في الجوانب الجلدية للأطفال و المستجندات العلاجية

المشرف: الأستاذة بدر سعود ضخامة بنجلون

الكاتب : اربوحات علي

الكلمات الرئيسية : الصدفية - الجوانب الجلدية للطفل – الايقونات - العلاج

الصدفية هي واحدة من أكثر الأمراض الجلدية شيوعاً، حيث تصيب حوالي 3٪ من سكان العالم وهو مرض جلدي حمامي حربي التهابي مزمن غير معدي، ويمكن أن يبدأ في أي عمر، عادةً في منطقة مهيأة وراثيًا، ولا تزال آليته المسببة للأمراض غير مفهومة جيداً

في الأطفال ، يمثل حوالي 5 درجات / درجة من الأمراض الجلدية للأطفال ؛ تحدث البداية في الطفولة عند 30 إلى 50 درجة / درجة من المرضى ، وهي تؤثر على الطفل الصغير مثل المراهق. هدفنا هو دراسة الجوانب الجلدية المختلفة لمرض الصدفية عند الأطفال، والأيقونات الخاصة بهم، والعلاجات الجديدة المتعلقة بها

غالبًا ما يكون تشخيص الصدفية إكلينيكيًا وهناك عدة أشكال للأخيرة. بسبب الأشكال المبكرة ، قد تنشأ التشخيصات التفاضلية العلاج غير مقنن وقد تم نشر القليل من الدراسات. من الضروري أن تأخذ في الاعتبار أفضل تشخيص تطوري لدى الأطفال الذين يعانون من العلاج المكثف منذ البداية

تشمل العلاجات المحلية الكورتيكوستيرويدات الموضعية وكالسيبوترينول والمطريات. هذه محجوزة لأشكال معتدلة. يمكن استخدام العلاج بالضوء من سن 6 سنوات كعلاج وقائي. في الأشكال الشديدة ، أظهرت الريتينويدات والسيكلوسبورين والميثوتريكسات إليها فعال وجيد التحمل إلى حد NFفعاليتها ، لكن استخدامها على المدى الطويل محدود بسبب آثارها الجانبية. يبدو أيضًا أن مضاد ط ما ، لكن المتابعة غير كافية حاليًا

دائمًا ما يتم البحث عن تركيز معدي للمكورات العقدية يمكنه الحفاظ على المرض

أخيرًا، قمنا بمراجعة الأدبيات التي توضح بالتفصيل الجوانب الجلدية لمرض الصدفية عند الأطفال مع الأيقونات الخاصة بكل منهم وكذلك علاجاتهم

Références

- [1]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture 2004 p 280-386.
- [2]. F BERARD, J-F. NICOLAS. Le psoriasis en question. Ann. Dermato Venereol 2003 ; 130 : 837-42.
- [3]. Jean-François Nicolas, Jean Thivolet. Psoriasis de la clinique à la thérapeutique. Chapitre2 : Historique ; p : 20-22
- [4]. Daniel Wallach. Histoire du diagnostic et des traitements du psoriasis. Journées Dermatologiques de Paris. 3 Décembre 1997. P : 3-6.
- [5]. Léauté-Labrèze C. Traitement du psoriasis chez l'enfant. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 2004; 128: 286-90.
- [6]. Janniger CK., Schwarte RA., Musumeci ML., Tedeschi A., Mirona B., Micali G. Infantile Psoriasis. Cutis. 2005; 76: 173-177.
- [7]. Beylot c. Puissant A., Boulac P, et al. Particular clinical features of psoriasis in infants and children. Acta dermatologica venereology. 1979; 87: 95-97.
- [8]. Verbov J. Psoriasis in childhood. Archives of disease in Childhood. 1992; 67: 75-76.
- [9]. Dereure O, Gulthou JJ. Epidémiologie, histologie et génétique du psoriasis. Ann Dermatol Venereol 2003;130: 829-36.
- [10]. www.chabanaa.skyrock.com/2838919238-HISTOLOGIE-DE-LA-PEAU.html
- [11]. www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fassistancetaysir.blogspot.com%2F2011%2F01%2Fhistologie-de-la-peau.
- [12]. Larregue ,m.vabres, P.,Guilhou, J-J. Le psoriasis chez l'enfant. Rev.Int.Pédiatr., 1999, No 295, p : 32-35.

- [13]. Fond, L., Michel, J.L., Gentil-Pierret, A. Psoriasis chez l'enfant. Archives de pédiatrie, 1999, vol.6, No 6, p :669-674.
- [14]. Jonca, N., Guerrin, M., Simon, M. Génétique du psoriasis .Object. Peau(Paris), 2004, Vol.10, No 71, p :51-53 .
- [15]. Guilhou, J.J., Moles, J.P. Pathogénie du psoriasis :Actualités .Object. Peau(Paris), 2004, Vol.10, No 71, p :46-50.
- [16]. Kharfi, M., Zghal, Mohamed, Kamoun, M., Ridha .Le psoriasis:Actualités.Tunis.Méd., 2003, Vol .81, No 6, p :363-367.
- [17]. Mahe, E., Prost, Y. De. Psoriasis de l'enfant .Journal de pédiatrie et de puériculture, 2004, 128 p :418-422.
- [18]. Elder, J.T., Nair, R.P., Henseler, T. The genetics of psoriasis 2001 :The odyssey continues .Arch .Dermatol ., 2001, 137(11):1447-1454.
- [19]. Paul, C., Dubertret, L. Psoriasis: physiopathologie et génétique.Médecine Thérapeutique, 1997, Vol .3, No3 .
- [20]. Berntson, L., Fasth, A., Andersson-Gare, B. The influence of heredity for psoriasis on the ILAR classification of juvenile idiopathic arthritis.J.Rheumatol. 2002, 29(11):2454-2458.
- [21]. Berard, F., Guillot, I., Saad, N. Comment comprendre le psoriasis ? Rev.Prat. ;(Paris), 2004, Vol.54, No1, p :28-34.
- [22]. Juillien, D. Psoriasis : immunologie.Nouv.Dermatol., 2003, Vol.22, No 4, p :242-248.
- [23]. Couligaly, Eva, Marcil, I. Le psoriasis : ou comment vivre avec cette dermite capricieuse !.le médecin du Québec, 2004, Vol.40, No 4, P.41-46 .
- [24]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture 17(2004) 380–386.
- [25]. www.monpso.net.

- [26]. JJ Guilhou, L Dubertret et al.
- [27]. Bens, G., Maccari, F., & Estève, É. (2012). Psoriasis : une maladie systémique. *LaPresse Médicale*, 41(4), 338–348. doi:10.1016/j.lpm.2011.09.026
- [28]. Bens, G., Maccari, F., & Estève, É. (2012). Psoriasis : une maladie systémique. *LaPresse Médicale*, 41(4), 338–348. doi:10.1016/j.lpm.2011.09.026
- [29]. Guilhou JJ. Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie. *Encyclopédie médico chirurgicale, Dermatologie 2000 ; 98-190-A : 17p.*
- [30]. Guilhou JJ, Dr Assame kanc. Psoriasis : Diagnosis, development, prognosis, treatment; *Rev-Prat.1996-46.*
- [31]. Jean- François Nicolas, Jean Thivolet. Psoriasis de la clinique à la thérapeutique chapitre 19 ; Frédéric Cambazard : psoriasis de l'enfant ; p: 35-37
- [32]. Brandrup F, Holm N, Grunnet N, Henningsen K, Hansen HE. Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Derm Venereol* 1982; 62:229-36. (2004) 380–386.
- [33]. Fond L, Michel JL, Gentil-Perret et al. Psoriasis in childhood. *Arch Pediatr* 1999; 6:669 74.
- [34]. Kettani Narjisse Psoriasis de l'enfant Thèse Doctorat de médecine, Fès, 2009, page :54
- [35]. Fond L, Michel JL, Gentil-Perret et al. Psoriasis in childhood. *Arch Pediatr* 1999;6:669 74.
- [36]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 17

- [37]. Emmanuel Laffitte. Psoriasis de l'enfant. Formation continue pediatria Vol. 17 No.6 2006.
- [38]. www.dermis.net
- [39]. E. Mahé, P. Gnossike, M.-L. Sigal. Childhood psoriasis. Archives de Pédiatrie 2014;21:778 -786.
- [40]. Morris A, Rogers M, Fischer G, et al. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. Pediatr Dermatol 2001; 18:188-98.
- [41]. Verbov J. Psoriasis in childhood. Archives of disease in Childhood. 1992; 67: 75-76.
- [42]. Verbov J. Psoriasis in childhood. Archives of disease in Childhood. 1992; 67: 75-76.
- [43]. Fond L., Michel JL., Gentil-Perret A., Eve B., Montélimard N., Perrot JL. et Coll. Psoriasis chez l'enfant. Archives de pédiatrie.1999; 6:669-74.
- [44]. Larrègue P., Vabres P., Guilhou J1. Psoriasis de l'enfant. Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1997. Flammarion Médecine-Sciences.
- [45]. Emmanuel Laffitte. Psoriasis de l'enfant. Formation continue pediatria Vol. 17 No. 6. 2006.
- [46]. Fond L., Michel JL., Gentil-Perret A., Eve B., Montélimard N., Perrot JL. et Coll. Psoriasis chez l'enfant. Archives de pédiatrie.1999; 6: 669-74.
- [47]. Lewkowicz D., Gottlieb AB. Pediatric psoriasis and psoriatic arthritis. Dermatology Therapy.2004; 17: 364-375.
- [48]. Larrègue P., Vabres P., Guilhou J1. Psoriasis de l'enfant. Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1997. Flammarion Médecine-Sciences.
- [49]. Morris A, Rogers M, Fischer G, et al. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. Pediatr Dermatol 2001; 18:188-98.

- [50]. Morris A, Rogers M, Fischer G, et al. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:188-98.
- [51]. Fond L, Michel JL, Gentil-Perret et al. Psoriasis in childhood. *Arch Pediatr* 1999; 6:669-74.
- [52]. Emmanuel Laffitte. Psoriasis de l'enfant. *Formation continue pediatrica* Vol. 17 No.6 2006.
- [53]. Guilhou JJ. Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie. *Encyclopédie médico chirurgicale, Dermatologie* 2000 ; 98-190-A : 17p.
- [54]. C.LEAUTE-LABREZE. Traitement du psoriasis de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128 :286-90.
- [55]. K. SENOUCI-BELKHADIR, F. BENNOUNA- BIAZ, B. HASSAM, A. YAZIDI, M. AITOUGHROUIL. Le psoriasis de l'enfant. *Medecine du Maghreb* 1992, n 35.
- [56]. K. SENOUCI-BELKHADIR, F. BENNOUNA- BIAZ, B. HASSAM, A. YAZIDI, M. AITOUGHROUIL. Le psoriasis de l'enfant. *Medecine du Maghreb* 1992, n 35.
- [57]. Fond. L, Michel JL, Gentil-Perret A, Eve B, Montélimard N., Perrot JL et al. Psoriasis chez l'enfant. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 : 669-74.
- [58]. Fond. L, Michel JL, Gentil-Perret A, Eve B, Montélimard N., Perrot JL et al. Psoriasis chez l'enfant. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 : 669-74.
- [59]. Emmanuel Lalfite.; Jan Izakovic. Psoriasis de l'enfant ; *PAEDIATRICA* vol 17, n 6 ; 2006.
- [60]. ISABELLE CORIN. Diagnostic: psoriasis inversé. *La revue du Praticien-Médecine générale* 2003; 17: 1003.
- [61]. Morris A, Rogers M, Fischer G, et al. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:188-98.

- [62]. Ruiz-Maldonado R, Tamayo-Sanchez L, Orozco-Covarrubias ML. The use of retinoids in the pediatric patient. *Dermatol Clin* 1998; 16: 553-69
- [63]. Guillot B, Guilhou JJ. Le psoriasis et son traitement. *Rev Rhum* 2002; 69: 615-23.
- [64]. C. RENAUD-VILMER. Langue géographique. Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2001.
- [65]. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, Francis N, Fearfield L, Newson R, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol* 2000; 136:350-4.
- [66]. J.-M. Bonnetblanc. Pathologie de la muqueuse génitale psoriasis. *Ann Dermatol Vénéréol* 2006; 133:298-9e la muqueuse génitale.
- [67]. Fond L, Michel JL, Gentil-Perret et al. Psoriasis in childhood. *Arch Pediatr* 1999; 6:669 74.
- [68]. Emmanuel Laffitte. Psoriasis de l'enfant. Formation continue pédiatrique Vol. 17 No. 6 2006.
- [69]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 17 (2004) 380–386.
- [70]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 17 (2004) 380–386.
- [71]. A. Clabaut, V. Viseux. Prise en charge du psoriasis de l'enfant ; la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2010) 137,408—
- [72]. Guilhou JJ. Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie. *Encyclopédie médico chirurgicale, Dermatologie* 2000 ; 98-190-A : 17p415.
- [73]. Guillot B, Guilhou JJ. Le psoriasis et son traitement. *Rev Rhum* 2002; 69: 615-23.

- [74]. Fan X, Xiao FL, Yang S, Liu JB, Yan KL, Liang YH, et al. Childhood psoriasis: a study of 277 patients from china, J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21: 762 -5.
- [75]. Fond L, Michel JL, Gentil-Perret et al. Psoriasis in childhood. Arch Pediatr 1999; 6:669 74.
- [76]. Neville EA, Finn OA. Psoriasiform napkin dermatitis-a follow-up study. Br J Dermatol 1975; 92: 279–85.
- [77]. R.E Petty, T.R Southwood, J Baum, E Bhattay, D.N Glass, P Manners et al.Revision of the proposed clasification critera for juvenile idiopathic arthritis : Durban 1997 J Rheumatol, 25 (1998), pp. 1991–1994.
- [78]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture 17 (2004) 380–386.
- [79]. Emmanuel Laffitte. Psoriasis de l'enfant. Formation continue pediatria Vol. 17 No.6 2006.
- [80]. A. Levy, L. Le Cleach. Lichen plan et dermatoses lichénoides. EMC, Dermatologie, 98-525-A-10, 2005.
- [81]. BERNARD Guillot. Psoriasis : Diagnostic, évolution, principes de traitement. La revue du praticien 1999 ; 49 : 1473-1479.
- [82]. Christian Lefebvre, M.D., FRCPC. Les eczémas : des entités distinctes à ne pas confondre. Le clinicien Juillet 2001 ; p : 75-84.
- [83]. E. Lalfitte, D. Hohl. Pityriasis rubra pilaire. EMC, Dermatologie, 98-200-A-10,2006.
- [84]. F. AUGÉY. Faut-il encore distinguer dermatite séborrhéique et psoriasis AnnDermat Venereol. 2002; 129 : 1415-9.

- [85]. Gollnick H, Menke T. Current Experience with Tacalcitom ointment in the treatment of Psoriasis. *Current Medical Research and Opinion* 1998; 4:213-218.
- [86]. Guilhou JJ. Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie. *Encycl Méd Chir, Dermatologie*, 98-190-A-10, 2000.
- [87]. ISABELLE GORIN. Diagnostic : psoriasis des langes. *La revue Praticien- Médecine générale* 2003 ; 17 : 982.
- [88]. Ishida-Yamamoto A, Takahashi H, Iizuka H. Lessons from disorders of epidermal differentiation – associated keratins. *Histol Histopathol* 2002 ; 17 : 331-8.
- [89]. Jean François Nicolas, Jean Thivolet Psoriasis : de la clinique à la thérapeutique, chapitre 26 : Lichen plan, p : 118 119.
- [90]. J-J. Guilhou, L. DUBERTERT, B. CRICKX, E. GROSSHANS. Psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 2S113-2S118.
- [91]. K SENOUCI-BELKHADIR, F. BENNOUNA-BIAZ, B. HASSAM, A. YAZIDI, M. AITOUGHROUIL. Le psoriasis de l'enfant. *Medecine du Maghreb* 1992, n 35.
- [92]. Joyce Leman and David Burden. Psoriasis in Children. A Guide to its Diagnosis and Management. *Paediatr Drugs* 2001; 3 (9): 673-680.
- [93]. Pr Gérard Lorette, Pr Jean-Philippe Lacous. *Dermatologie pédiatrique*. Chapitre 10 p 91, Edition 2007.
- [94]. www.atlas-dermato.org
- [95]. www.medecine.ups-tlse.fr
- [96]. www.dermatologie.free.fr
- [97]. www.dermatomaroc.com
- [98]. www.dermis.net.

- [99]. www.fmp-usmba.ac.ma (thèses en ligne : psoriasis de l'enfant)
- [100]. www.medecine.ups-tlse.fr
- [101]. www.therapeutique-dermatologique.org.
- [102]. www.umvf.univ-nantes.fr/dermatologie
- [103]. www.urgences-serveur.fr
- [104]. www.uvp5.univ-paris5.fr
- [105]. www.vulgaris-medical.com/images/dermatologie-14/eczema-psoriasisiforme
- [106]. www2.biusante.parisdescartes.fr
- [107]. E. Mahé, Y. de Prost. Psoriasis de l'enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture 17 (2004) 380–386.
- [108]. Dadban A. Psoriasis chez l'enfant. EMC - Pédiatrie 2016;11(4):1-8 [Article 4-113-D-40].
- [109]. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Bebo BF, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol 2010;62:655–62.
- [110]. Symposium: dermatology Recognition and treatment of psoriasis in children S K Siddha A D Burden
- [111]. Cordoro KM. Management of childhood psoriasis. Adv Dermatol 2008;24:125–69.
- [112]. He YL, Zhang XY, Dong J, Xu JZ, Wang J. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2007 ; 23 : 238-4
- [113]. Mr. Hicham EL MAJDOUBI: ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DU PSORIASIS CHEZ L'ENFANT , ANNEE: 2013 THESE N°:26
- [114]. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/lenfant-avec-des-taches-blanches-un-apercu-diagnostique/>

- [115]. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Teigne_\(maladie\)#Sympt%C3%B4mes](https://fr.wikipedia.org/wiki/Teigne_(maladie)#Sympt%C3%B4mes)
- [116]. Lebrun-Vignes B, Valeyrie-Allanore L. Toxidermies. Rev Med Interne (2014), es B, Valeyrie-Allanore L. Toxidermies. Rev Med Interne (2014),<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2014.10.004>
- [117]. <https://www.chu-rouen.fr/page/erytheme-fessier>
- [118]. <https://www.carenity.com/infos-maladie/psoriasis/psoriasis-de-l-enfan>

Serment d' Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية

جامعة محمد الخامس بالرباط

كلية الطب والصيدلة



أطروحة رقم: 96

سنة: 2021

الصدفية في الجوانب الجلدية للأطفال والمستجدات العلاجية

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: / / 2021

من طرف

السيد علي اربوحيات

المزداد في 23 أبريل 2020 بالقنيطرة

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الصدفية؛ الجوانب الجلدية للطفل؛ الأيقونات؛ العلاج

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيدة أسماء مدغري علوي
أستاذة في طب الأطفال

مشرف

السيدة بدر السعود بنجلون الضخامة
أستاذة في طب الأطفال

عضو

السيدة نزهة ديني
أستاذة في طب الأطفال