

Lupus érythémateux systémique et psoriasis : une association rare.

Systemic lupus erythematosus and psoriasis: a rare association.

Fandresena Arilala Sendrasoa, Irina Mamisoa Ranaivo, Malalaniaina Andrianarison, Onivola Raharolahy, Naina Harinjara Razanakoto, Lala Soavina Ramarozatovo, Fahafahantsoa Rapelanoro Rabenja

Service de Dermatologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta, Befelatanana, Antananarivo 101, Madagascar

Correspondance à :

Fandresena Arilala SENDRASOA
nasendrefa@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4211>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'association lupus érythémateux systémique et psoriasis est rarement rapportée dans la littérature. Elle pose des problèmes pathogéniques et thérapeutiques spécifiques. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 48 ans présentant un psoriasis avec un rhumatisme psoriasique qui sont antérieurs au diagnostic du LES, de bonne évolution sous Méthotrexate. Particulièrement, notre observation illustre l'absence d'aggravation du psoriasis sous Hydroxychloroquine.

Mots-clés : Lupus érythémateux systémique ; psoriasis ; Méthotrexate ; Hydroxychloroquine

ABSTRACT

Few cases of systemic lupus erythematosus (SLE) associated with psoriasis have been published in literature. This association has specific pathogenic and therapeutic problems. We aim to report a case of a 48-year-old woman who presented with psoriasis and SLE, treated by Methotrexate. Specifically, our case shows no worsening of psoriasis by Hydroxychloroquine.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, psoriasis, Methotrexate, Hydroxychloroquine

INTRODUCTION

Le lupus érythémateux systémique et le psoriasis sont deux pathologies à médiation immunologique. L'origine exacte de ces deux pathologies reste inconnue, mais des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux interviennent dans l'apparition de leurs manifestations cliniques. Le psoriasis est un motif de consultation fréquent en dermatologie. Il s'agit d'une dermatose érythématosquameuse chronique évoluant par poussées dont la prévalence est estimée à 2 % à Madagascar. Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune d'expression clinique très variable dont la prévalence est estimée à 0,11 % à Madagascar.

L'association lupus érythémateux systémique et psoriasis est rare. Nous en rapportons l'unique observation tirée d'une série de 128 cas de lupus colligés en 10 ans.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme de 48 ans, n'ayant aucun antécédent personnel particulier, ni familial. Elle était venue en consultation pour une érythrodermie associée à une altération de l'état général, un amaigrissement chiffré à 9 kg en un an. L'histoire de sa maladie se résumait par l'apparition des lésions cutanées érythématosquameuses, non photosensibles, au niveau du poignet droit, depuis 1 an. Puis, ces lésions s'étendaient progressivement sur tout le corps avec atteinte des ongles et du cuir chevelu. En outre, elle a présenté une polyarthralgie d'horaires inflammatoire des petites articulations (interphalangiennes

distales). L'examen physique montrait une fièvre autour de 39°C, une érythrodermie sèche (Figure 1), avec des squames fines facilement décollables, une alopecie diffuse avec un état squameux du cuir chevelu, et une déformation articulaire des doigts.



Figure 1. Erythrodermie sèche.

Par ailleurs, elle présentait une hyperkératose sous-unguéale, une leuconychie avec onycholyse distale (Figure 2). Les examens biologiques révélèrent une anémie normochrome normocytaire (Hb : 86g/L;

Pour citer l'article :

Sendrasoa FA, Ranaivo IM, Andrianarison M, et al. Lupus érythémateux systémique et psoriasis : une association rare. *Batna J Med Sci* 2017;4(2):171-173.
<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4211>

VGM : 89fl ; TCMH : 320g/L), une lymphopénie à 656/mm³, CRP 48 mg/L, VS à 85 mm. L'anticorps anti-nucléaire était positif à 1/1280 avec un aspect de la fluorescence moucheté, antiSSA > 240 UI, antiSSB > 250 UI, l'anticorps anti-ADN natif négatif. Le facteur rhumatoïde et l'anti-CCP étaient négatifs.



Figure 2. Polyarthrite asymétrique et déformante des mains avec des ongles psoriasiques.

L'échographie abdomino-pelvienne montrait une ascite. La radiographie thoracique montrait une pleurésie unilatérale droite, sans anomalie du parenchyme pulmonaire ni de la silhouette cardiaque. Les explorations de l'ascite et de l'épanchement pleural ont révélé un liquide transudatif, pauvre en cellules. L'examen histologique d'une pièce de biopsie cutanée montrait une acanthose, une hyperkératose parakératosique avec un infiltrat inflammatoire composé de lymphocytes T et de polynucléaires neutrophiles au niveau du derme évocateurs d'un psoriasis. La radiographie des mains montrait des arthrites à tendance destructrice des articulations interphalangiennes proximales et distales (Figure 3).



Figure 3. Arthrite destructrice des articulations interphalangiennes proximales et distales.

Les diagnostics de LES associé à un psoriasis avec un rhumatisme psoriasique ont été retenus. La patiente était

initialement traitée par corticoïdes 1 mg/kg par jour et hydroxychloroquine (400 mg/j). Par ailleurs, elle recevait un traitement topique kératolytique et dermocorticoïde de classe forte pour le psoriasis. Une diminution progressive de la dose de la corticothérapie était envisagée au bout de 6 semaines de traitement parallèlement à l'introduction du Méthotrexate à 7,5 mg/semaine. L'évolution a été marquée par la disparition de fièvre et des polyarthralgies, l'assèchement de l'ascite et de la pleurésie. Les lésions psoriasiques ont été complètement blanchies au bout de 2 mois de traitement par Méthotrexate. Le traitement par hydroxychloroquine est continué avec le Méthotrexate, sans inconvénient majeur, mis à part une poussée de psoriasis en plaques au niveau de l'abdomen au bout de 1 an qui était bien jugulée par les traitements topiques.

DISCUSSION

L'association LES et psoriasis est rarement rapportée. Ainsi, Goucha *et al.* ont trouvé dans une série de 295 cas de LES la présence d'un psoriasis chez un seul patient [1]. D'autres séries ont colligé respectivement cinq cas sur dix ans [2] et trois cas sur sept ans [3]. Particulièrement, l'association du LES à la fois au psoriasis et au rhumatisme psoriasique a été observée chez 41 patients sur treize ans, selon une étude multicentrique menée par Varada *et al.* [4]. Notre observation est le premier cas malgache rapporté sur les 128 cas de lupus érythémateux systémique diagnostiqués au Service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, qui est le seul Centre de référence en Dermatologie dans la capitale de Madagascar.

Il ne semble pas y avoir de profil immunologique particulier au cours de l'association LES et psoriasis. Selon certains auteurs [2, 3], l'âge de début du lupus semblerait plus tardif et la photosensibilité plus fréquente. Dans notre cas, le LES est diagnostiqué à l'âge de 48 ans et survient postérieurement au psoriasis. Selon la littérature, le LES survient après le psoriasis dans 50 % des cas, l'association est simultanée dans 38 % des cas et le psoriasis survient après le diagnostic de LES dans 12 % des cas. La photosensibilité est absente dans notre cas tandis que l'anticorps anti-Ro est positif. L'association entre anticorps anti-Ro et photosensibilité, qui reste un sujet de controverse [2,5,6], n'est pas prouvée dans notre cas.

Le LES et le psoriasis ont chacun leur propre mécanisme physiopathologique tandis que la voie d'activation du système Th17 est impliquée dans ces deux pathologies avec une production excessive de cytokines proinflammatoires, en particulier le TNF- α , l'IL-17, l'IL-23, et l'IL-12[7]. Devant la survenue d'un LES au décours du traitement du psoriasis par la puvathérapie ou par la photothérapie démontrant le rôle des ultraviolets comme facteur déclenchant du LES, certains auteurs ont évoqué une origine iatrogène de l'association LES et psoriasis [2, 8]. Cependant, cette association est souvent décrite en dehors de toute cause iatrogène [1,2] ; ainsi, elle serait fortuite et il n'existe pas de facteurs déclenchants [9]. Notre cas rentre dans cette dernière hypothèse, en effet, le lupus est apparu après le psoriasis alors que la patiente n'a pas eu de photothérapie.

Il est connu depuis des années que les antipaludéens de synthèse, qui sont bénéfiques en cas de lupus érythémateux, sont contre-indiqués chez les patients présentant un psoriasis [10]. Wolf *et al.* a démontré aussi que l'hydroxychloroquine induit des modifications morphologiques sur des cultures de peau de patients psoriasiques, avec prolifération accrue et kératinisation irrégulière [11]. Toutefois, une aggravation du

psoriasis est loin d'être la règle. Comme notre cas, quelques auteurs n'ont rapporté en effet aucune exacerbation du psoriasis par l'hydroxychloroquine chez des patients présentant un rhumatisme psoriasique [12-14]. Pour d'autres auteurs, cet effet secondaire surviendrait dans 18 % des cas [15]. L'association LES-psoriasis présente un autre problème thérapeutique : aggravation du psoriasis voire survenue des formes graves (formes pustuleuses généralisées, érythrodermie psoriasique) lors de la diminution des doses d'une corticothérapie générale [16]. Pourtant, notre cas ne présente aucune aggravation du psoriasis lors de la dégression de la posologie des corticoïdes. Ceci pourrait être expliqué par l'introduction en parallèle du méthotrexate.

Le méthotrexate, efficace dans le LES ainsi que dans le psoriasis et le rhumatisme psoriasique, pourrait être une indication privilégiée en cas d'association LES-psoriasis [17].

CONCLUSION

Bien que l'association LES et psoriasis est rare, elle pose des problèmes thérapeutiques, nécessitant le recours aux multiples médicaments immunosuppresseurs avec leur toxicité cumulative à long terme. A Madagascar, où la biothérapie n'est pas encore disponible, le méthotrexate tient sa place devant cette association.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Goucha S, Hamzaoui S, Abdallah M, Bouslama K, Harmel A, Ennaffaa M, Hamzaoui A, Mrad S. Association lupus érythémateux systémique et psoriasis. A propos d'une observation. *Rev Med Int* 2005 ; 26 : 429-36.
- Zalla MJ, Muller SA. The coexistence of psoriasis with lupus erythematosus and other photosensitive disorders. *Acta Derm Venereol* 1996; 195: 1-15.
- Astudillo L, Sailer L, Carreiro M, Dahan S, Ollier S, Arlet P. Psoriasis et lupus érythémateux disséminé : une association rare, des problèmes thérapeutiques spécifiques. *Ann Med Int* 2003 ; 154 : 3-6.
- Varada S, Gottlieb AB, Merola JF, Saraiya AR, Tintle SJ. Treatment of coexistent psoriasis and lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 253-60.
- Podrebarac TA, Boisert DM, Goldstein R. Clinical correlates, serum antibodies and the role of the major histocompatibility complex in French Canadian and non-French Canadian Caucasians with SLE. *Lupus* 1998; 7: 183-91.
- Hoffman IEA, Peene I, Meheus L, Huizinga TWJ, Cebeacuer L, Isenberg D, Bosschere K, Hulstaert F, Veys EM, Keyser F. Specific antinuclear antibodies are associated with clinical features in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1155-8.
- Asarch A, Barak O, Loo DS, Gottlieb AB. Th17 cells: a new therapeutic target in inflammatory dermatoses. *J Dermatolog Treat* 2008; 19(6) : 318-26.
- Pirner K, Rubbert A, Salinger R, Kalden JR, Manger B. Significance of ultraviolet light in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus : case report and discussion of the literature. *Z Rheumatol* 1992; 51 : 20-4.
- Ghuilhou JJ. Psoriasis : diagnostic et étiopathogénie. *Encycl Med Chir Dermatol* 2000 ; 98-190-A-10, 17p.
- Combleet T. Action of synthetic antimalarial drugs on psoriasis. *J Invest Dermatol* 1956; 26 : 435-6.
- Wolf R, Schiavo A, Lombardi ML, De Angelis F, Ruocco V. The in vitro effect of hydroxychloroquine on skin morphology in psoriasis. *J Invest Dermatol* 1999; 38: 154-7.
- Sayer ME, Mazanec DJ. Use of antimalarial drugs for the treatment of psoriatic arthritis. *Am J Med* 1992; 93: 474-5.
- Sorbara S, Cozzani E, Rebori A, Parodi A. Hydroxychloroquine in psoriasis : is it really harmful? *Acta Derm Venereol* 2006; 86 : 450-1.
- Dhaou BB, Aydi Z, Baili L, Ketari S, Boussema F, Rokbani L. Lupus érythémateux systémique et le psoriasis : Un nouveau cas. *Tunis Med* 2013 ; 91 : 737.
- Wolf R, Ruocco V. Triggered psoriasis. *Adv Exp Med Biol* 1999; 455: 221-5.
- Jullien D. Psoriasis. In: Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. Paris , Masson ; 2009 : 269-80.
- West J, Ogston S, Foerster J. Safety and efficacy of methotrexate in psoriasis : a meta-analysis of published trials. *PLoS ONE* 2016; 11 (5): 1537-40. doi: 10.1371/journal.pone.0153740

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

