

Erythrodermie psoriasique: Profil épidémiologique-clinique et thérapeutique à propos de 60 cas

Abdelmoati Hawilo*, Inès Zarea*, Rym Benmously**, Amel Mebazaa*, Dalenda El Euch*, Mourad Mokni*, Amel Ben Osman*

* Service de Dermatologie, Hôpital La Rabta

** Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur. Tunis, Tunisie.
Université Tunis El Manar

A. Hawilo, I. Zarea, R. Benmously, A. Mebazaa, D. El Euch, M. Mokni, A. Ben Osman

A. Hawilo, I. Zarea, R. Benmously, A. Mebazaa, D. El Euch, M. Mokni, A. Ben Osman

Erythrodermie psoriasique : Profil épidémiologique-clinique et thérapeutique à propos de 60 cas

Erythrodermic psoriasis: Epidemiological clinical and therapeutic features about 60 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°11) : 841 - 847

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°11) : 841 - 847

R É S U M É

Prérequis : L'érythrodermie psoriasique (EP) est une forme rare mais grave de psoriasis pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

But : Préciser les caractéristiques de cette forme clinique sévère de psoriasis.

Méthodes : Etude rétrospective, colligeant tous les cas d'EP suivis au service de dermatologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 31 ans de janvier 1980 à juin 2010.

Résultats : Soixante patients repartis en 46 hommes et 14 femmes, âgés en moyenne de 53,7 ans ont été inclus. Des antécédents de psoriasis étaient rapportés dans 78 % des cas. Un facteur déclenchant était retrouvé dans 53 % des cas. Le recours à un traitement général a été nécessaire dans 55% des cas. L'évolution était marquée par une amélioration dans 69,4% des cas. Une récurrence de l'EP était observée dans 15% des cas. Trois cas de septicémies et un accident vasculaire cérébral ont été observés.

Conclusion : L'érythrodermie psoriasique est l'étiologie la plus fréquente des érythrodermies. Elle représente à elle seule plus de la moitié des formes graves de psoriasis. Comme le montre notre étude elle atteint essentiellement l'adulte de sexe masculin. Elle complique habituellement un psoriasis commun. Les complications, surtout septiques et thromboemboliques justifient une surveillance rigoureuse.

S U M M A R Y

Background: the erythrodermic psoriasis (EP) is a rare but severe form of psoriasis that may be potentially life-threatening.

Aim: To study the characteristics of this severe form of psoriasis.

Methods: We present a retrospective study, including all cases of EP followed in the dermatology department of the La Rabta hospital of Tunis over a 31-year-period from January, 1980 to June, 2010.

Results: sixty patients were included, concerning 46 men and 14 women, with an average age of 53.7. A history of psoriasis was reported in 78 % of the cases. A triggering factor was found in 53 % of the cases. Systemic treatments were required in 55 % of cases. An improvement was noted in 69.4 % of the cases. A recurrence of the EP was observed in 15% of the cases. Three cases of septicemia and one of stroke were noted.

Conclusion: Erythrodermic psoriasis is the most common etiology of erythroderma. It represents more than half of severe psoriasis. As shown in our study it affects mainly adults' males. It complicates usually a common psoriasis. Septic and thromboembolic complications ones justify a close follow up.

M o t s - c l é s

Erythrodermie- psoriasis-rétinoïdes-septicémie, onychopathie

Key - words

Psoriasis, erythroderma, retinoid

L'érythrodermie psoriasique (EP) est une forme sévère de psoriasis. Elle est rare et ne représente que 1 à 2,25 % des formes cliniques de la maladie. Elle peut survenir sur un psoriasis commun connu, à la suite d'un facteur déclenchant et apparaître alors comme une complication, ou inaugurer de façon plus exceptionnelle, la maladie psoriasique. Cette affection s'observe à tout âge, mais atteint essentiellement l'adulte. Elle pose essentiellement un problème de prise en charge thérapeutique, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le but de notre travail est de discuter les caractéristiques épidémiocliniques et les modalités thérapeutiques de cette forme grave de psoriasis, tout en comparant ces résultats avec les données de la littérature.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous présentons une étude rétrospective colligeant 60 observations d'EP sur une période de 30 ans et 6 mois entre janvier 1980 et juin 2010 menée au service de Dermatologie de l'hôpital La Rabta. Nous avons analysé les données cliniques et para cliniques des malades ainsi que les modalités thérapeutiques, la réponse au traitement et l'évolution.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude 145 érythrodermies (toute étiologie confondue), et 413 cas de psoriasis ont été hospitalisés au service de dermatologie dont 60 pour EP.

Données épidémiocliniques

L'âge moyen de nos patients était de 53,7 ans avec des extrêmes allant de 15 à 86 ans. Soixante huit pour cent des patients avaient un âge compris entre 30 et 69 ans. Une prépondérance masculine (77%) était notée.

Le Délai de consultation moyen était de 1,22 mois avec des extrêmes allant de 2 jours à 6 mois. Parmi ces patients, 47/60 (78 %) avaient des antécédents de psoriasis. Il s'agissait d'un psoriasis commun dans 40 cas, d'un psoriasis du cuir chevelu dans 5 cas et d'une kératodermie palmo-plantaire dans 2 cas. Des antécédents d'EP ont été notés chez 16 patients. Dans 13 cas seulement, l'érythrodermie était inaugurale, Il s'agissait de 11 hommes et 2 femmes, âgés en moyenne de 61,3ans.

Dans notre série un facteur déclenchant de l'EP a été retrouvé dans plus de la moitié des cas (53%) (tableau 1). Il s'agissait essentiellement d'une cause médicamenteuse (18 cas).

Cliniquement l'érythrodermie était sèche dans 97 % (58/60) (figure 1) et 25 patients (42 %) avaient des espaces de peau saine. Seuls deux patients avaient une érythrodermie humide et œdémateuse, il s'agissait d'une EP compliquée de septicémie. Le principal signe fonctionnel rapporté était le prurit (52%). L'érythrodermie était associée principalement à une onychopathie (45 cas) (figure 2a), et à une kératodermie palmo-plantaire (35 cas) (figure 2b). Les muqueuses étaient concernées dans 39 cas (tableau 2). L'EP était associée à un syndrome métabolique dans 14 % des cas.

Tableau 1 : Facteurs ayant déclenché l'érythrodermie psoriasique

Facteurs déclenchants	Nombre de cas
Prise médicamenteuses	
Corticoïdes systémiques	2
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	4
Captopril	1
Application d'un shampooin à l'huile de cade	1
Arrêt traitement	
Rétinoïdes	6
Méthotrexate	3
Dermocorticoïdes	1
Infections	9
Stress ou choc psychoaffectif	5
Total	32

Figure 1 : Corrélation entre l'âge et le risque de stéatose en analyse multivariée



Figure 2a : Onychopathie psoriasique



Figure 2b : Kératodermie plantaire dans le cadre d'une érythrodermie psoriasique**Tableau 2** : Signes cliniques au cours de l'érythrodermie psoriasique

Signes cliniques	Fréquence (pourcentage %)
Atteinte des phanères	49
Alopécie	4 (9,7)
Onychopathie	45 (75)
• Dépressions ponctuées	15
• Hyperkératose sous unguéale	15
• Stries longitudinales	10
• Pachyonychie	10
• Onycholyse	5
Atteinte des muqueuses	39
Ectropion	11(18,3)
Chéilite	9 (15)
Langue plicaturée	9 (15)
Langue géographique	4 (6,6)
Langue fissurée	3 (5)
Eclabion	2 (4,8)
Blépharite	1 (2,4)
Kératodermie palmo-plantaire	35 (58,3)
Prurit	31(51,6)
Réserves de peau saine	25(41,6)
œdème	11(18,3)
Fièvre	10(16,6)
Adénopathie	7 (11,6)

Données histologiques

La biopsie cutanée a été pratiquée chez 43/60 patients (71,6%). Elle a permis de retenir le diagnostic de psoriasis dans 28/43 des cas (65%). Il s'agissait essentiellement d'une acanthose, d'une parakératose et d'un infiltrat inflammatoire dermique superficiel. Dans 5 cas, l'aspect était en faveur d'un eczéma chronique et dans les 10 autres cas, l'aspect était non spécifique.

Données thérapeutiques et évolutives

L'hospitalisation était systématique dans tous les cas.

Le traitement a fait systématiquement appel aux soins locaux

(bains antiseptiques, kératolytiques et émollients). Un dermocorticoïde était appliqué dans 41 cas, associé aux traitements systémiques dans 14 cas. Un traitement systémique était prescrit dans 33 cas (rétinoïdes: 21 cas, méthotrexate: 10 cas, Ré-puva= 1 cas). La durée du traitement systémique variait de 3 mois à 5 ans avec une moyenne de 23 mois.

En cours d'hospitalisation, une amélioration a été notée dans 69,4% des cas, un blanchiment dans 24% des cas et une aggravation dans 6,6% des cas (4 cas). La durée moyenne de suivi était de 52 mois [1 mois-12 ans]. Une récurrence de l'EP était observée dans 9 cas (15%). Quatre patients avaient présenté des complications (3 septicémies à staphylocoque aureus dans 3 cas, et un accident vasculaire cérébral). Aucun décès n'était observé dans notre série.

DISCUSSION

L'érythrodermie est un syndrome cutané rare et grave. Elle se définit cliniquement par la présence d'un érythème confluent associé à une desquamation touchant l'ensemble du tégument (plus de 90 % de la surface corporelle) et d'évolution prolongée. Les données épidémiologiques proviennent essentiellement de séries hospitalières, pour la plupart rétrospectives, manquant de précision avec des échantillons comprenant à la fois adultes et enfants et regroupant des étiologies variées congénitales et acquises (1-14). Son incidence annuelle est variable selon les pays. Elle est estimée à 1-2 cas/100 000 habitants/an en Europe et aux USA (15). L'étiologie psoriasique est diversement rapportée dans les différentes séries de la littérature. Sa fréquence varie de 8,8% à 44,9% des cas d'érythrodermies (Tableau 3). L'origine psoriasique paraît plus fréquente en Asie du sud en Amérique latine et au Maghreb, notamment en Tunisie (33 % à 51,25% des érythrodermies) (12-14).

L'EP est une forme clinique rare et sévère du psoriasis. La revue de la littérature ne retrouve que 3 études toutes rétrospectives, colligeant respectivement 22, 21 et 50 cas d'EP. La prévalence de l'EP a été estimée de 1% à 2,25% des patients atteints de psoriasis (16-18). Dans une étude menée au Maroc, colligeant 160 cas de psoriasis grave, l'EP représentait la forme clinique la plus fréquente (87 cas: 53 %) (19).

Dans notre série, nous avons recensé 60 cas d'EP parmi 413 cas de psoriasis hospitalisés (14,5%) et 145 érythrodermie (toute étiologie confondue) (41,3%) sur 30 ans et 6 mois soit 2 cas/an. L'EP s'observe à tout âge mais atteint essentiellement l'adulte de sexe masculin. L'âge moyen dans les différentes séries publiées varie de 41 à 55 ans avec un sex ratio variant de 1,2 à 2,1 (16-18). Nos résultats sont concordants avec ceux de la littérature avec un âge moyen de 53,7 ans et un sex ratio de 3,3. La durée d'évolution moyenne de la maladie psoriasique varie de 14 ans à 18 ans (3 semaines-42 ans). Parmi nos 47 patients ayant des antécédents de psoriasis, la durée d'évolution paraissait plus courte avec une durée moyenne de 11 ans avec des extrêmes allant de 1 à 36 ans, dont 16 rapportait déjà des antécédents d'érythrodermie. L'EP paraît compliquer souvent l'évolution d'un psoriasis commun (59,2% à 66,6%). Comme

Tableau 3 : Fréquence de l'érythrodermie dans la littérature

Pays (Réf)	Nature de l'étude [Nb de cas] (durée)	SR (H/F)	Age (ans)	Fréquence	EP nb cas (%)
Finlande (1)	R [50] (1973-1980 : 8 ans)	1,94	61,2	1-2 cas/100000 habitants	5 (10%)
Inde (2)	P [80] cas en 5ans	2,6	41,9	35cas/100000 consultants/an	25 (31%)
Danemark (3)	R [204] (1972-1986 :15ans)	2,7	54	13,6 cas/an	52 (25%)
Brésil (4)	R [247] (1962-1985 :23ans)	2	16-60	10,7cas/an	112 (44,9%)
Inde (5)	Randomisée [30]	2,75	51,5	----	12 (40%)
Holland (6)	R [102] (1977-1994 :18ans)	2,2	61	5,66 cas/an	9 (8,8%)
Pakistan (7)	R [90] (1992-1995 :4ans)	2,8	41,6	22,5 cas/an	34 (37,8%)
Afrique du sud (8)	P [138] (1996-1997 :1,5ans)	1,9	34,7	550 cas/100000 consultants/an	34 (23,9%)
Inde (9)	R [25] (avril1998- mars1999 :1an)	1,5	0-72	----	32%
Iran (10)	R [97] (1996-2002 :6ans)	1,85	46,2	13,85 cas/an	27 (27,8%)
Mexique (11)	R [66] (1996-2007 :12ans)	2,4	44	5,5cas/an	30 (46%)
Tunisie (12)*	R [127] (1995-1999 :5ans)	1,54	39	25,4cas/an	41,5%
Tunisie (13)	R [80] (1981-2000 :20ans)	2,2	53,78	4 cas/an	41 (51,25%)
Tunisie (14)	R [82] (1995-2007 :13ans)	1	55,13	6,3 cas/an	27 (32,9%)

R: rétrospective, P: prospective, SR: sex-ratio, *étude multicentrique, EP : érythrodermie psoriasique

dans notre étude, les autres formes cliniques de psoriasis étaient plus rare: kératodermie palmo-plantaire psoriasique (2cas), et psoriasis du cuir chevelu (5 cas). Rarement, l'EP survient sur un mode inaugural (19,55 à 22,2 %), posant alors un problème de diagnostic étiologique (21,6% dans notre série).

Un facteur déclenchant doit toujours être recherché et traité pour ne pas entretenir l'érythrodermie (7, 18, 19, 20). Une infection intercurrente ou un facteur médicamenteux sont les facteurs les plus souvent incriminés, plus rarement un stress ou un choc psychoaffectif. Dans notre série, un facteur déclenchant a été retrouvé dans plus de la moitié des cas (53%). Il s'agissait d'une cause médicamenteuse (18 cas), d'une infection récurrente (9 cas), et d'un conflit ou choc émotionnel dans 5 cas.

Cliniquement l'EP est souvent sèche (13). Les signes généraux sont minimes et l'état général est souvent conservé. Dans notre série, 96,7 % des patients présentaient une érythrodermie exfoliante sèche. Seuls 2 patients avaient une érythrodermie humide et œdémateuse (septicémie à staphylocoque). Cette forme plus sévère est due à des facteurs surajoutés surtout les traitements locaux ou généraux pouvant altérer l'état général avec apparition de fièvre, troubles digestifs, oligurie et amaigrissement. Dans notre série, ainsi que dans les autres séries tunisiennes (12-14), la kératodermie palmo-plantaire (58,3%), et l'onychopathie (75%) étaient significativement associées à l'EP. D'autres manifestations peuvent également être observées comme une atteinte articulaire inflammatoire et/ou une langue géographique et/ou un casque squameux du cuir chevelu. Ces signes, pourraient donc orienter le diagnostic étiologique vers un psoriasis dans les formes inaugurales. Le principal signe fonctionnel observé dans notre série était le prurit (51,6%).

Le diagnostic est clinique et le recours à l'histologie n'est pas systématique. En effet l'examen histologique est souvent non

spécifique, car le caractère érythrodermique modifie souvent de manière très importante les signes histologiques habituels de psoriasis, en raison notamment d'une fréquente eczématisation pouvant donner un aspect de spongieuse épidermique et d'exocytose lymphocytaire intra-épidermique. Néanmoins, selon certains auteurs, le diagnostic histologique semble plus facile pour l'EP que pour d'autres étiologies d'érythrodermie (22). Dans les deux études faites par Walsh et Prakash, la corrélation histo-clinique était observée dans le psoriasis dans 56% et 50% des cas respectivement (23, 24). Dans notre série, l'étude histopathologique a été contributive dans 65% des cas. Certaines conclusions histopathologiques semblent être influencées par les renseignements cliniques. Ceci a été bien illustré par l'étude de Zip et al., qui ont trouvé un taux de corrélation histo-clinique dans 66% avant la connaissance des renseignements cliniques et 86% après (22). Ainsi le diagnostic d'EP n'est parfois retenu qu'au cours de l'évolution quand persistent ou réapparaissent des lésions évocatrices de psoriasis. Le psoriasis est une maladie affichante, invalidante qui peut avoir un impact sur la qualité de vie des patients. La souffrance psychologique associée au psoriasis retentit sur toutes les dimensions de la vie. Les patients atteints de psoriasis ont un risque accru de dépression, d'exclusion sociale et de conduites à risque comme la consommation d'alcool ou de tabac pouvant aggraver le pronostic de cette maladie. En effet il a été démontré que le psoriasis sévère et notamment l'EP était associé à une mortalité accrue, particulièrement chez le sujet jeune, probablement en rapport avec les complications cardiovasculaires.

Le facteur principal permettant d'expliquer cette mortalité accrue est la forte prévalence au cours du psoriasis de comorbidités conférant un risque cardiovasculaire augmenté: syndrome métabolique, hypertension artérielle, diabète, obésité, hyperlipidémie. Dans notre étude la fréquence du syndrome

métabolique (14 %) est beaucoup moins importante que dans l'étude cas-témoin de Mebazaa et al (35,5%) (25), ceci peut être expliqué par la nature rétrospective de notre travail.

L'EP est une urgence dermatologique, dont la prise en charge s'organise en milieu hospitalier associant un traitement symptomatique (soins locaux, hydratation cutanée, rééquilibration des troubles hydro-électrolytiques et traitement des éventuelles défaillances viscérales) et un traitement étiologique.

Une corticothérapie locale de niveau I peut être utilisée, permettant une amélioration symptomatique rapide (26, 27). Mais les effets indésirables ainsi qu'une corticodépendance sont à craindre en cas d'applications prolongées. En effet, le passage systémique à travers une peau érythrodermique, est non négligeable. Aolto-K et al. signalent une absorption percutanée accrue, des dermocorticoïdes chez les patients atteints d'érythrodermie comparativement à ceux qui sont indemnes de toute dermatose (4% à 19% versus 1%) (26). Dans notre série, tous les patients étaient hospitalisés avec une amélioration dans

69,4% des cas et un blanchiment des lésions dans 24% des cas. Un traitement systémique de l'EP permet à la fois d'éviter les complications systémiques, et écourter la durée de l'érythrodermie. Les options thérapeutiques sont l'acitrétine, le méthotrexate, la ciclosporine et la photothérapie (tableau 4). Par contre, la corticothérapie par voie générale est contre indiquée vue le risque de pustulisation et de rebond à l'arrêt (28).

Les rétinoïdes sont habituellement utilisées à faibles doses (20 mg/j) avec une surveillance rigoureuse, car des doses élevées risquent d'entraîner une érythrodermie suintante particulièrement grave. Leur délai d'efficacité est long (de 3 à 4 semaines). Sur un terrain d'érythrodermie, les rétinoïdes entraînent une fragilité cutanée avec un risque élevé de colonisation par le staphylocoque aureus. Le risque tératogène limite son utilisation chez la femme jeune. Dans notre série, les rétinoïdes ont été utilisés chez 21 patients et les doses avoisinaient 0,5 mg/kg/j. Bien que dépassent les doses habituellement utilisées dans la littérature, une amélioration a été notée dans 33 cas; celle-ci est survenue entre 14 et 30 jours

Tableau 4 : Différents traitements de l'EP dans la littérature

Auteurs (Réf)	Etude	Nb cas	Type de traitement	Dosage	Evolution
SIMPSON/30	Multicentrique	33	cyclosporine	DI:4,2mg/kg/j DM:0,5mg/kg/2s	Rémission complète: 67% Favorable: 27%
Collins et Rogers/31	Rétrospective	7	Méthotrexate	10mg/s	Très favorable: 4cas Bonne: 2cas Echec: 1cas
Van Dooren-Greebe /32	Rétrospective	10	Méthotrexate	7,5-15mg/s	Bonne: 9cas Moyenne: 1cas
Haustein /33	Rétrospective	36	Méthotrexate	DI:7,5-40mg/s DM:7,5-15mg/s	Bonne: 28 cas Moyenne: 6 cas
Geiger /34	Méta-analyse	12	Acitrétine	25-35mg/j	Remission: 83,3%
Poulalhon /35	Ouverte	5	Infliximab	5mg/kg	-----
Esposito/36	Ouverte	10	Etanercept	25mgx2/s	6/10: PASI75 2/10: PASI50
Takahashi /37	Ouverte	7	Infliximab+Méthotrexate	5mg/kg 15mg/s	Excellente
Heikkila/38	Ouverte	4	Infliximab+ Méthotrexate	2,7-4,4mg/kg 5-7,5mg/s	Excellente:3 cas
Takahashi/37	Ouverte	4	Infliximab+Acitrétine	5mg/kg 0,3-0,6mg/kg	Excellente
Korstanje/39	Rétrospective	1	Cyclosporine+Etrétinate*	5mg/kg/j 0,7mg/kg/j	Excellente
Kokelj/40	Rétrospective	3	Cyclosporine+Etrétinate	3,5-4mg/kg/j 0,5-0,6mg/kg/j	Excellente
Brechtel B/41	Rétrospective	2	Cyclosporine+Etrétinate	2mg/kg/j 25-30/j	Excellente
Aydin/42	Prospective	2	Cyclosporine+Méthotrexate	3,5mg/kg/j 10mg/s	bonne
Prossick/43	Rétrospective	1	Cyclosporine puis Alefacept	Alefacept: 15mg/s	bonne

de traitement. Un échec des rétinoïdes (résistance) a été constaté chez 2 patients nécessitant leur mise sous méthotrexate. En cas d'échec des traitements précédents, on utilisera le méthotrexate ou la ciclosporine en respectant les contre-indications, les règles d'utilisation et avec une surveillance précise en milieu spécialisé (19, 29).

Le méthotrexate s'avère particulièrement intéressant dans le traitement d'EP avec des doses allant de 25 à 50 mg/semaine, en monothérapie, avec ou sans atteinte articulaire (29, 30).

Son efficacité est liée à son action cytostatique et immunosuppressive. Le coût de ce traitement est abordable pour la majorité des malades et les résultats obtenus avec ce traitement sont satisfaisants. Il a été efficace chez 10 de nos patients avec une dose allant de 15 à 25mg/semaine. L'effet était rapide et spectaculaire à partir de la 2^e ou 3^e administration. Il a été utilisé en première intention chez 8 d'entre eux. Dans les 2 autres cas, il a été prescrit après échec des rétinoïdes. Les effets secondaires sont bien connus. Dans notre série, La survenue d'une cytolysse et d'une cholestase hépatique associées à une neutropénie chez 2 de nos patients a nécessité l'arrêt de ce médicament.

La photothérapie est déconseillée en phase aigue car elle risque d'aggraver l'érythème. Elle ne sera utilisée qu'après régression partielle de celui-ci (15). La Ré-puva a été utilisée chez un seul patient dans notre série avec une amélioration partielle.

Nous n'avons pas d'expérience avec la ciclosporine dans notre série. Aucun de nos patients n'a eu ce traitement. Les troubles métaboliques et la diminution fréquente de la perfusion rénale du fait de la déshydratation doivent inciter à la prudence et à commencer par de doses faibles (2 ou 2,5 mg/kg/j) (29, 30). Le risque de lymphome est réel mais faible. Elle n'a pas trouvé sa place dans nos indications thérapeutiques essentiellement du fait de ses effets secondaires.

D'après les résultats d'une étude ouverte multicentrique faite par le groupe italien d'étude de psoriasis (SIMPSO) (31), la ciclosporine semble donner de bons résultats puisque 67% des patients ont évolué vers la résolution complète sous des doses plus élevées (3 à 3,5 mg/kg/j).

L'arsenal thérapeutique s'est élargi avec l'introduction de nouvelles molécules coûteuses. Aussi bien les anti-TNF- α (étanercept, infliximab et adalimumab), que les anti-lymphocytaires (éfalizumab, aléfacept) constituent une alternative thérapeutique intéressante dans l'EP (29). Ils sont indiqués en cas d'échec des autres moyens thérapeutiques, ou chez les patients ne pouvant pas bénéficier d'au moins de 2 des 3 traitements suivants : ciclosporine, photothérapie et méthotrexate. Une évaluation préalable du risque infectieux et

néoplasique, est nécessaire avant leur prescription. Ces nouveaux médicaments sont coûteux, non encore utilisés en dermatologie dans notre pays, et nécessitent un suivi très rapproché.

Rosenbach et al. ont réalisé en 2010 une revue systématique de la littérature incluant tous les articles concernant le traitement d'EP. Ils ont conclu que l'acitrétine, le méthotrexate, la ciclosporine et l'infliximab étaient également utilisés comme traitement de première intention, tandis que l'étanercept ou la combinaison des différents traitements cités ci-dessus ont été proposés en deuxième intention (32-44).

L'EP est une pathologie grave pouvant menacer le pronostic vital de part les complications métaboliques et infectieuses avec surinfection, septicémie en particulier à *Staphylococcus aureus*, troubles de la thermo- régulation, défaillance cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë, anémie, modifications hydro-électrolytiques et hypo protidémie. Dans notre série, quatre patients avaient présenté des complications (3 septicémie à *staphylocoque aureus*, et un accident vasculaire cérébral). Les récides ne sont pas rares. Elles peuvent apparaître à l'arrêt, ou lors de la dégression du traitement ou après une infection. Dans notre série, la notion de récide de l'EP était notée dans 15 % des cas (9 cas). La mort peut survenir à la suite de l'une de ces complications ou après une longue évolution cachectisante. Cependant, le pronostic a été nettement amélioré par les traitements systémiques.

En plus des récides ou d'une issue fatale, l'évolution d'une EP est émaillée par l'installation de complications non spécifiques dans 32 à 50 p. 100 des cas notamment la surinfection, l'amylose, l'insuffisance rénale chronique et les complications en relation avec le traitement. Nous avons noté des pourcentages moins importants dans notre série, les raisons en sont multiples notamment le nombre de malades perdus de vue et le fait que certains malades arrêtaient leur traitement sans avis médical. Ces deux derniers points s'expliquent par le coût global du traitement, l'éloignement par rapport aux centres de soins et le découragement devant le caractère récidivant de la maladie.

CONCLUSION

L'EP est une affection particulière grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital, et comporte une morbidité importante et un risque accru de mortalité comparativement à d'autres formes de psoriasis. Le traitement est difficile, parfois décevant, il repose sur des thérapeutiques souvent onéreuses et agressives requérant une surveillance rapprochée.

Références

1. Hasan T, Jansen CT. Erythroderma: a follow-up of fifty cases. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 836-840.
2. Sehgal VN, Srivastava G. Exfoliative dermatitis. A prospective study of 80 patients. *Dermatologica* 1986; 173: 278-84.
3. Thestrup-Pedersen K, Halkier-Sorensen L, Sogaard H, Zachariae H. Exfoliative dermatitis of unknown etiology: A description and

- follow-up of 38 patients. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:1307-312.
4. Vasconcellos C, Dominguez PP, Aoki V, et al. Erythroderma: analysis of 247 cases. *Rev Saudi Publica*1995; 29: 177-182.
5. Chaudhary A, Gupta PD. Erythroderma: a study of incidence and aetiopathogenesis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1997; 63: 38-39

6. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, et al. A clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 53-57.
7. Pal S, Haroon TS. Erythroderma: a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol* 1998; 37: 104-107.
8. Morar N, Dlova N, Gupta AK, Naidoo DK, Aboobaker J, Ramdial PK. Erythroderma: a comparison between HIV positive and negative patients. *Int J Dermatol* 1999; 38: 895-900.
9. Sudho R, Hussain SB, Bellraj E, et al. Clinicopathological study of exfoliative dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2003; 69: 30-31.
10. Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: A clinical study of 97 cases. *BMC Dermatology* 2005; 5: 5.
11. Torres-Camacho P, Tirado-Sanchez A, Ponce-Olivera RM. Erythroderma: Clinical and laboratory follow up of 66 Mexican patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; 75:522-23.
12. El Euch D, Zeglaoui F, Benmously R, et al. Erythroderma. A clinical study of 127 cases and review of the literature. *Exog Dermatol* 2003; 2:234-39.
13. Benmously MR, Mokni M, Zouari B, et al. Erythroderma in adults: a report of 80 cases. *Int J Dermatol* 2005; 44: 731-35.
14. Khaled A, Sellami A, Fazaa B, Kharfi M, Zeglaoui F, Kammoun MR. Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2010; 24: 781-88.
15. Bachot N. Erythrodermie: *Encycl Med Chir (paris), Dermatologie*, 98-160 A-10, 2002.
16. Goeckerman WH, O'Leary PA. Erythroderma psoriaticum: a review of twenty-two cases. *JAMA* 1932; 99: 2102-105.
17. Marks J. Erythrodermas and uric acid aberrations in psoriasis. In: Farber EM, Cox AJ, eds, *Psoriasis: proceedings of the international symposium*. Stanford: Stanford University Press, 1971: 89 -98.
18. Boyd AS, Menter A. Erythrodermic psoriasis: precipitating factors, course, and prognosis in 50 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:985-91.
19. Jalal O, Houass S, Laissaoui K, Hocar O, Charioui S, Amal S. Formes graves de psoriasis: 160 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132: 126-28.
20. Roth PE, Grosshans E, Bergoend H. Psoriasis: development and fatal complications. *Ann Dermatol Venereol* 1991;118: 97-105.
21. Wilson DC, Jester JD, King LE Jr. Erythroderma and exfoliative dermatitis. *Clin Dermatol* 1993; 11: 67-72.
22. Zip C, Murray S, Walsh NMG. The specificity of histopathology in erythroderma. *J Cutan Pathol* 1993; 20: 393-398.
23. Walsh NMG, Prokopetz R, Tron VA, et al. Histopathology in erythroderma: review of a series of cases by multiple observers. *J Cutan Pathol* 1994; 21: 419-423.
24. Prakash BV, Sirisha NL, Satyanarayana VV, Sridevi L, Ramachandra BV. Aetiopathological and clinical study of erythroderma. *J Indian Med Assoc*. 2009; 107: 100, 102-103.
25. Mebazaa A, El Asmi M, Zidi W et al. Metabolic syndrome in Tunisian psoriatic patients: prevalence and determinants. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 705-9.
26. Aalto-Korte K, Turpeinen M. Quantifying systemic absorption of topical hydrocortisone in erythroderma. *Br J Dermatol* 1995;133: 403-408.
27. Marks J. Erythroderma and its management. *Clin Exp Dermatol* 1982;7: 415-22.
28. Bonnetblanc JM. Erythrodermies: orientation diagnostique. *Ann Dermatol Vénérol* 2008; 135: SF214—F217.
29. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: From the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 655-62.
30. Qureshi AA, Husni ME, Mody E. Psoriatic Arthritis and Psoriasis. Need for a Multidisciplinary Approach. *Semin Cutan Med Surg* 2005; 24: 46-51.
31. Studio Italiano Multicentrico nella Psoriasi (SIMPSO). Management of erythrodermic psoriasis with low-dose cyclosporine. *Dermatology* 1993; 187: 30-37.
32. Collins P, Rogers S. The efficacy of methotrexate in psoriasis a review of 40 cases. *Clin Exp Dermatol* 1992; 17: 257-60.
33. Van Dooren-Greebe RJ, Kuijpers AL. Methotrexate revisited: effects of long-term treatment in psoriasis. *Br J Dermatol* 1994; 130: 204-10.
34. Hausteine UF, Rytter M. Methotrexate in psoriasis: 26 years' experience with low-dose long-term treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 382-88.
35. Geiger JM, Czarnetzki BM. Acitretin (Ro 10-1670, etretin): overall evaluation of clinical studies. *Dermatologica* 1988;176:182-90.
36. Poulalhon N, Begon E, Lebbe C, et al. A follow-up study in 28 patients treated with infliximab for severe recalcitrant psoriasis: evidence for efficacy and high incidence of biological autoimmunity. *Br J Dermatol* 2007; 156: 329-36.
37. Esposito M, Mazzotta A. Treatment of erythrodermic psoriasis with etanercept. *Br J Dermatol* 2006; 155: 156-59.
38. Takahashi MDF, Castro LG, Romiti R. Infliximab, as sole or combined therapy, induces rapid clearing of erythrodermic psoriasis. *Br J Dermatol* 2007; 157: 828-31.
39. Heikkila H, Ranki A, Cajanus S, Karvonen SL. Infliximab combined with methotrexate as long-term treatment for erythrodermic psoriasis. *Arch Dermatol* 2005; 141: 1607-10.
40. Korstanje MJ, Bessems PJ, van de Staak WJ. Combination therapy ciclosporin-etretinate effective in erythrodermic psoriasis. *Dermatologica* 1989; 179: 194.
41. Kokelj F, Plozzer C, Torsello P, Trevisan G. Efficacy of cyclosporine plus etretinate in the treatment of erythrodermic psoriasis (three case reports). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998; 11: 177- 79.
42. Brechtel B, Wellenreuther U, Toppe E, Czarnetski BM. Combination of etretinate with cyclosporine in the treatment of severe recalcitrant psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1994;30: 1023-24.
43. Aydin F, Canturk T, Senturk N, Turanli AY. Methotrexate and cyclosporin combination for the treatment of severe psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31: 520-24.
44. Prossick TA, Belsito DV. Alefacept in the treatment of recalcitrant palmoplantar and erythrodermic psoriasis. *Cutis* 2006;78: 178-80.