



**PRISE EN CHARGE D'UN PSORIASIS ATYPIQUE GESTATIONNEL A LA MATERNITE DE L'HOPITAL MERE-ENFANT HAROUCHI: ETUDE DESCRIPTIVE A PROPOS D'UN CAS**

**L. Nguomo\*, L. Benfdil, S. Bouhya, A. Lamrissi and M. Jalal**

Département de Maternité, Hôpital Mère-Enfant Abderrahim Harouchi, Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

\*Corresponding Author: Dr. L. Nguomo

Département de Maternité, Hôpital Mère-Enfant Abderrahim Harouchi, Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Article Received on 22/03/2023

Article Revised on 12/04/2023

Article Accepted on 02/05/2023

**ABSTRACT**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, génétique et auto-immune à expression principalement cutanée et articulaire. Elle touche 2 à 3 % de la population caucasienne. Le psoriasis peut survenir à tout âge. Toutefois chez la femme la première poussée survient en moyenne à l'âge de 28 ans. Le psoriasis touche dès lors fréquemment des femmes enceintes. Aux Etats-Unis, Horn *et al* estiment que chaque année, 9000 à 15000 naissances le sont d'une mère atteinte d'un psoriasis modéré à sévère. Nous rapportons le cas d'une parturiente de 33 ans présentant une dermite pustuleuse associée à une parakératose feuilletée faisant évoquer un psoriasis atypique colligé au département de la Maternité de l'hôpital Mère-Enfant Abderrahim Harouchi du Chu Ibn Rochd de Casablanca : l'étude de cette observation nous a permis d'analyser cette affection, sa fréquence, sa localisation, les moyens de son diagnostic positif ainsi que la prise en charge adéquate à adopter afin de prévenir les complications qu'il pourrait engendrer.

**INTRODUCTION**

**Psoriasis et statistiques**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, génétique et auto-immune à expression principalement cutanée et articulaire. Elle touche 2 à 3% de la population caucasienne. Le psoriasis peut survenir à tout âge. Toutefois chez la femme la première poussée survient en moyenne à l'âge de 28 ans.<sup>[1]</sup> Le psoriasis touche dès lors fréquemment des femmes enceintes. Aux Etats-Unis, Horn *et al* estiment que chaque année, 9000 à 15000 naissances le sont d'une mère atteinte d'un psoriasis modéré à sévère.<sup>[2]</sup> La sévérité du psoriasis est évaluée par le pourcentage de surface corporelle atteinte (BSA pour body surface area) et/ou le score de sévérité du psoriasis (PASI). Le psoriasis est défini comme modéré à sévère en cas de BSA>10 ou de PASI>10. Ce dernier ne peut la plupart du temps être contrôlé de façon optimale par des traitements topiques. Il nécessite une prise en charge par photothérapie et/ou traitements systémiques. Dans ce type de psoriasis, des traitements biologiques peuvent être prescrits en cas d'échec de la photothérapie et des traitements systémiques classiques (méthotrexate et ciclosporine). Les traitements biologiques ou biothérapies sont par définition, des médicaments obtenus à partir d'une substance biologique (soit par extraction, soit par production). Cette substance peut être de nature

humaine, animale ou micro organique. Ces médicaments biologiques comportent entre autres des médicaments immunologiques, les médicaments dérivés du sang et du plasma, des vaccins, des cellules vivantes utilisées en thérapie cellulaire et autres.

**Psoriasis et grossesse**

Dès lors, Le psoriasis s'améliore généralement durant la grossesse grâce aux changements immunologiques qui permettent à la mère de tolérer le fœtus. Cette amélioration est retrouvée chez un peu plus de 50% des patientes. 16-21% n'observent pas de changements et 23-24% connaissent une aggravation de leur maladie.<sup>[3]</sup>

Le psoriasis peut aussi s'associer au lupus discoïde. Parfois, le lupus apparaît secondairement à l'utilisation d'ultraviolets pour le psoriasis. L'association psoriasis/LED ne semble pas présenter de profil immunologique particulier mais peut poser des problèmes thérapeutiques spécifiques.

**RESULTATS ET DISCUSSIONS**

**Observation**

Il s'agit d'une parturiente âgée de 33 ans, mariée, deuxième geste, deuxième pare, sans antécédents pathologiques particuliers, notamment pas de terrain d'atopie. Elle est suivie pour un lupus érythémateux disséminé depuis 34 semaines d'aménorrhée de sa

grossesse actuelle, mise sous (plaquenil 400mg/jr, cortancyl 10mg/jr et kardegic) après consultation en médecine interne, par ailleurs la parturiente a présenté des lésions prurigineuses cinq jours avant son admission à la maternité, faisant évoquer une lésion cutanée d'origine herpétique, une toxidermie ou bien un psoriasis dans une forme atypique. L'examen à l'admission trouve des lésions maculeuses érythémateuses grossièrement ovalaires, regroupées en placards en regard du tronc, de l'abdomen, et au niveau du pubis, les membres inférieurs et la face surmontées de pustules annulaires en périphérie, paroxystique de papules rougeâtres prurigineuses, l'examen des muqueuses était sans particularité, le tout évoluant dans un contexte apyrétique, l'examen obstétrical trouve une patiente en dehors du travail, à membranes intactes, à l'échographie obstétricale : la grossesse est estimée à 37 semaines d'aménorrhée, la placenta est normo-inséré, le liquide amniotique de quantité suffisante, les tracés au cours de son hospitalisation étaient sans anomalies, la patiente a bénéficié d'un bilan biologique composé de numération sanguine, bilan d'hémostase, fonction hépatique, rénale, et bilans infectieux, le résultat des bilans biologique était sans anomalies sauf des transaminases augmentées, pour ceci un avis auprès du service de gastrologie a été sollicité, lequel a recommandé des sérologies hépatiques et une échographie abdominale, les sérologies sont revenues négatives et concernant l'échographie, une splénomégalie homogène a été décrite, sans autres anomalies. La patiente a été vu par les dermatologues qui ont indiqué une biopsie cutanée et la mise sous corticothérapie et antibiothérapie, tandis que le plaquenil et le kardegic ont été suspendu. L'extraction était programmée à 38 semaines par césarienne d'une fille de 3000 g, avec bonne adaptation à la vie extra-utérine, le reste de l'examen est sans particularité. Le résultat histologique montrait par la suite une dermite pustuleuse associée à une parakératose feuilletée faisant évoquer un psoriasis atypique.

## DISCUSSIONS

Notre cas nous permet de considérer que le psoriasis pustuleux se déclenche ou s'aggrave au cours de la grossesse. On évoque dans sa pathogénie un rôle majeur de la TNF $\alpha$  qui est augmenté au cours de la grossesse. Dans la plupart des cas, les éruptions psoriasiques sont identifiées après une inspection visuelle. Des analyses sont prescrites dans le cas où il est impossible de diagnostiquer par des signes extérieurs.<sup>[4]</sup> Le diagnostic se fait en se basant sur un test sanguin général est effectué pour exclure les réactions allergiques. L'apparition de la maladie peut être associée à la leucocytose et à l'anémie. Avec des lésions étendues, le trouble affecte l'équilibre salin du sang, provoquant la déshydratation. Au cours de l'étude, l'accent est mis sur les leucocytes et le taux de sédimentation des érythrocytes. L'étude du facteur rhumatoïde vise à identifier la protéine qui accompagne les processus inflammatoires. Dans le psoriasis, il devrait être négatif, les valeurs positives

indiquent la polyarthrite rhumatoïde. Il faut demander également un bilan hépatique détaillé.

Après le complexe donné des analyses, on peut fixer les études supplémentaires, selon leurs résultats le médecin fait le plan du traitement. L'examen du psoriasis à l'aide de divers appareils et instruments mécaniques est un diagnostic instrumental. Au cours de l'étude, les procédures suivantes peuvent être effectuées : La biopsie de la peau est l'une des méthodes les plus précises. Le médecin enlève le tissu endommagé (pas plus de 6 mm) et examine à un niveau microscopique ce qui a été réalisée chez notre patiente. La radiographie est une procédure nécessaire à la détection de l'arthrite psoriasique. Le médecin examine les articulations, en déterminant le degré de dommages au tissu osseux, car il peut se produire dans n'importe quelle forme de psoriasis, pour notre parturiente l'examen articulaire était sans particularité. Outre les deux grandes méthodes instrumentales, un médecin peut prélever un tissu histologie pour déterminer ces changements: augmentation de la vascularisation, l'absence d'une couche granulaire, l'amincissement de la couche épidermique sur la pousse microabcès allongée de Munro.

En cas de psoriasis sévère chez une femme enceinte, **le traitement de choix reste l'association de dermocorticoïdes et d'UVB**. Néanmoins, si une patiente est sous traitement biologique pour un psoriasis sévère difficile à contrôler, il est envisageable de poursuivre celui-ci jusqu'à 30 semaines de grossesse.<sup>[7]</sup>



Figure 1: Lésions annulaires au niveau de laface.



Figure 2: Lésions maculeuses érythémateuses au niveau desmembres inférieurs.

## CONCLUSION

En cas de psoriasis sévère chez une femme enceinte, le traitement de choix reste l'association de dermocorticoïdes et d'UVB. Néanmoins, si une patiente est sous traitement biologique pour un psoriasis sévère difficile à contrôler, il est envisageable de poursuivre celui-ci jusqu'à 30 semaines de grossesse (26). Au-delà de cette date le passage transplacentaire est maximal (à l'exception de l'étanercept) et le risque d'immunosuppression du nouveau-né augmente fortement. Ce dernier ne pourra en aucun cas recevoir de vaccin vivant avant l'âge de 6 mois. L'étanercept reste par ailleurs le biologique le plus sûr pendant la grossesse.

## Remerciements

Ce travail a été encouragé par le chef de service Professeur Bouhya et maîtres Professeur Lamrissi et Professeur Jalal dans le cadre de l'initiative commune de formation professionnelle des résidents du département de la maternité. Nous remercions aussi tout le staff du centre pour la grande coopération et la contribution apportées.

Janvier 2023.