

## PSORIASIS RÉVÉLATEUR D'UNE INFECTION À VIH AU STADE SIDA

### PSORIASIS INDICATIVE OF HIV INFECTION PROGRESS TO AIDS

A. Mebazaa<sup>1</sup>, A. Hawilo<sup>1</sup>, R. Abdelmalek<sup>2</sup>,  
R. CheikhRouhou<sup>1</sup>, H. Zribi<sup>1</sup>, S. Trojjet<sup>1</sup>,  
I. Zaraa<sup>1</sup>, D. El Euch<sup>1</sup>, M. Mokni<sup>1</sup>, T. Ben  
Chaabane<sup>2</sup>, A. Ben Osman<sup>1</sup>

1- Service de Dermatologie, Hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie  
2- Service de Maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie

#### Correspondance :

Dr Amel Mebazaa  
Service de Dermatologie.  
Hôpital La Rabta. 1007 Jebbari – Tunis.  
Email: amebazaa@yahoo.fr

Article reçu le 5/04/2010, accepté le 23/10/2010.

#### Résumé :

*Introduction :* Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique pouvant apparaître avant l'infection par le VIH chez un patient aux antécédents personnels ou familiaux de psoriasis ou être déclenché par l'infection VIH chez un sujet auparavant indemne. Au cours de l'infection par le VIH, il est souvent plus sévère et réfractaire aux traitements classiques.

*Nous rapportons un cas de psoriasis ayant révélé une infection VIH au stade SIDA, et discuterons les particularités cliniques et thérapeutiques de cette association.*

*Observation :* Patiente âgée de 40 ans, consultait pour une éruption érythémato-squaméuse non prurigineuse, du visage et du cuir chevelu avec kératodermie palmoplantaire et onychodystrophie des ongles des pieds, évoluant depuis une année. L'examen notait une candidose buccale et une diarrhée liquidienne chronique. Le diagnostic de psoriasis commun était posé et le bilan biologique avait objectivé une lymphopénie à 610/mm<sup>3</sup>. La sérologie VIH était positive avec un taux de CD4 à 31/mm<sup>3</sup> et une charge virale à 31000 copies/ml. La radiographie pulmonaire avait montré une opacité apicale gauche en rapport avec une tuberculose pulmonaire. En quelques jours, le psoriasis s'est étendu à tout le tégument. La patiente était traitée par une trithérapie antirétrovirale, une quadrithérapie antituberculeuse et par des corticostéroïdes locaux et des émoullients pour son psoriasis. L'évolution était rapidement favorable.

*Conclusion :* La survenue récente chez un sujet indemne de psoriasis ou l'aggravation d'un psoriasis ancien doit faire suspecter une immunodépression et faire pratiquer une sérologie VIH.

*Mots clés :* Psoriasis, VIH, SIDA, immunodépression.

#### Abstract:

*Background :* Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis which can appear before HIV infection in a patient with personal or family histories of psoriasis or which can be triggered by the HIV infection in a previously unaffected subject. The psoriasis with HIV is often more severe and refractory to classic psoriasis treatments.

*We report a case of psoriasis that revealed an HIV infection at the AIDS stage, and shall discuss the clinical and therapeutic characteristics of this association.*

*Case report :* A 40-year-old female has presented with a non pruriginous erythematous face and scalp eruption with palmoplantar keratoderma and onychodystrophy of all toe nails evolving for one year. On physical examination, an oral candidosis and chronic diarrhoea were also noted. The diagnosis of common psoriasis was evoked and the investigations had revealed a lymphopenia at 610/mm<sup>3</sup>. The HIV serology was positive with CD4 at 31/mm<sup>3</sup> and viral load at 31,000 copies/ml. A chest radiography had shown an apical left opacity due to pulmonary tuberculosis. In few days, the psoriasis extended to the whole integument. The patient was treated by antiretroviral therapy, antituberculous drugs and local corticosteroids and ointments for her psoriasis. The evolution was quickly favourable.

*Conclusion:* the recent psoriasis developed in an unaffected subject or the exacerbation of a former psoriasis can be associated with immune-suppression. HIV serology is required in such cases.

*Key words :* Psoriasis, HIV, AIDS, immune-suppression.

## INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique dont la prévalence chez les sujets infectés par le VIH semble similaire à celle de la population générale [1, 2]. Il s'agit soit d'une exacerbation d'un psoriasis connu avant l'infection soit d'un déclenchement d'un psoriasis chez un sujet auparavant indemne. Le psoriasis au cours de l'infection par le VIH est souvent plus sévère et réfractaire aux traitements classiques [1]. De plus, plusieurs médicaments, habituellement utilisés dans le traitement du psoriasis, peuvent aggraver l'immunodépression chez le patient infecté par le VIH et induire des interactions avec d'autres médicaments [1].

A travers l'observation d'une patiente chez qui le psoriasis avait révélé une infection VIH au stade SIDA, nous discuterons les particularités cliniques et thérapeutiques de cette association.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 40 ans, consultait en Dermatologie pour une éruption érythémato-squameuse non prurigineuse, du visage, du cuir chevelu et des paumes et plantes évoluant depuis une année, associée à une candidose buccale et à une diarrhée liquidienne chronique.

L'examen physique notait une patiente en bon état général, présentant de multiples plaques érythémateuses finement squameuses bien limitées du visage et du cuir chevelu avec kératodermie palmo-plantaire hyperkératosique et onychodystrophie de tous les ongles des orteils; les lésions étaient fortement évocatrices de psoriasis commun (figure 1).



**Figure 1 :** Kératodermie palmo-plantaire psoriasique  
**Figure 1 :** Psoriatic palmoplantar keratoderma

Par ailleurs, il existait un hippocratisme digital et une candidose buccale confirmée à l'examen mycologique. Le bilan biologique avait objectivé une lymphopénie à  $610/mm^3$ . La sérologie VIH (Elisa et Western Blot) était positive avec un taux de CD4 à  $31/mm^3$  et une charge virale plasmatique à 31000 copies/ml. La radiographie pulmonaire, avait montré une opacité apicale gauche. Le bilan étiologique de cette opacité pulmonaire avait conclu à une tuberculose pulmonaire. La patiente était classée au stade C3 de la classification de 1993 du CDC d'Atlanta et a été traitée par une trithérapie antirétrovirale (2 inhibiteurs de la transcriptase inverse et 1

inhibiteur de protéase) deux mois après le début d'une quadruple antibiothérapie antituberculeuse.

L'évolution était rapidement marquée par l'extension des lésions de psoriasis commun à tout le tégument (Psoriasis Area Severity Index > 10). La patiente était maintenue sous trithérapie antirétrovirale et le psoriasis était traité par des corticostéroïdes locaux de niveau intermédiaire et des émoullients avec amélioration rapidement favorable du psoriasis et obtention d'une charge virale indétectable.

## DISCUSSION

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique et récidivante qui touche la peau et les articulations. Cette dermatose est habituellement bénigne, à l'origine d'un préjudice surtout esthétique. Dans environ 10% des cas, des formes sévères peuvent se voir (psoriasis pustuleux, érythrodermique ou arthropathique) entraînant un préjudice fonctionnel ou mettant en jeu le pronostic vital. Depuis la 1ère description d'une association psoriasis et VIH en 1985, où il a été noté que l'infection par le VIH pouvait déclencher ou aggraver un psoriasis connu, plusieurs autres cas ont été rapportés confirmant la fréquence de cette association [1-4]. Une étude de 2000 patients infectés par le VIH à San Francisco avait montré une prévalence de 2,5%, comparable à celle de la population générale [2]. Une autre étude de 700 patients infectés par le VIH à Berlin avait rapporté une prévalence de 5%, 3 fois plus élevée que celle de la population générale [5]. Cependant, aucun lien entre le mode de transmission de l'infection et le développement des lésions psoriasiques n'a été démontré [1].

Sur le plan clinique, il est important de distinguer deux groupes de patients atteints de psoriasis. Le premier groupe (< 1/3 des cas) comporte des patients aux antécédents familiaux de psoriasis ou ayant un psoriasis connu commun en plaques avant l'infection par le VIH. Le deuxième groupe (> 2/3 des cas) de patients séropositifs pour le VIH ou au stade SIDA, présente brutalement un psoriasis souvent sévère et étendu, habituellement résistant aux traitements classiques du psoriasis [1, 4]. Une étude effectuée à Singapour sur 96 patients infectés par le VIH avait révélé que 70% des patients avaient développé des lésions au moment du diagnostic ou plus tard, ce qui suggère que le VIH a un effet direct sur l'apparition du psoriasis [6]. Cette association est probablement liée à la surexpression du facteur de nécrose tumorale- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) et de l'interféron- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) [6, 7]. La forme clinique prédominante est le psoriasis commun en plaques mais le psoriasis inversé des plis, le psoriasis du cuir chevelu, les formes palmo-plantaire de psoriasis, le psoriasis pustuleux ou le psoriasis arthropathique représentent des formes significativement plus fréquentes dans la population de patients infectés par le VIH par rapport à la population générale [1, 8].

Le diagnostic de psoriasis est clinique, il est souvent évident. Certaines formes atypiques au cours de l'infection par le VIH font discuter d'autres diagnostics notamment la dermatite séborrhéique, qui peut elle-même s'associer au psoriasis, le pityriasis rubra-pilaire, la dermatophytie ou l'eczéma nummulaire [1, 9]. Dans ce cas, l'histologie peut être utile, montrant le même aspect histologique que le psoriasis des patients non infectés par le VIH. Toutefois, l'acanthose est plus irrégulière, l'amincissement de la couche supra-basale est moins évident et les micro-abcès de Monro Sabourraud sont moins fréquents chez les patients infectés par le VIH. Dans le derme, l'infiltrat cellulaire est plus riche en plasmocytes et en

histiocytes chez les patients séropositifs pour le VIH [9].

Le psoriasis chez les patients infectés par le VIH ne met pas particulièrement en jeu le pronostic vital mais altère considérablement la qualité de vie des patients qui en sont atteints par le préjudice esthétique et parfois fonctionnel qu'il entraîne. Par ailleurs, certains traitements immunosuppresseurs ou immunomodulateurs habituellement indiqués dans le psoriasis sont susceptibles d'aggraver l'immunosuppression chez ces sujets et peuvent interagir avec d'autres médicaments [10].

Le choix du traitement du psoriasis doit donc tenir compte du rapport bénéfice risque du médicament prescrit. Récemment, "the National Psoriasis Foundation" a émis des recommandations en matière de prise en charge du psoriasis chez le patient infecté par le VIH [10]. Elle propose un traitement topique en première intention (corticoïdes ou vitamine D topique ou association vitamine D corticoïdes ou kératolytiques) pour le psoriasis léger à modéré et la photothérapie à spectre étroit (UVB TLO1) associée aux antirétroviraux en cas de psoriasis sévère [10]. Les rétinoïdes oraux (acitrétine) sont indiqués comme traitement de deuxième intention. Pour les cas réfractaires, un traitement par ciclosporine, méthotrexate, ou anti-TNF- $\alpha$  sont proposés aux prix d'une surveillance clinique et biologique prudente [10]. Chez notre patiente, le psoriasis était survenu au stade de sida, il avait d'abord débuté comme un psoriasis commun en plaques et s'était rapidement étendu à tout le tégument. Les antirétroviraux associés à des corticostéroïdes topiques et à des émoullissants, parallèlement au traitement de la tuberculose pulmonaire avaient conduit à un blanchiment rapide et total du psoriasis.

## CONCLUSION

L'apparition récente ou l'aggravation (extension, survenue d'une forme sévère sans cause évidente) d'un psoriasis ancien doit faire suspecter une immunodépression et faire pratiquer une sérologie VIH.

## Références

- 1- Leal L., Ribera M., Daudén E. Psoriasis and HIV Infection. *Actas Dermosifiliogr* 2008 ; 99 : 753-63.
- 2- Obuch ML, Maurer TA, Becker B, Berger TG. Psoriasis and human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol*. 1992 ; 27 : 667-73.
- 3- Johnson TM, Duvic M, Rapini RP, Ríos A. AIDS exacerbates psoriasis. *N Engl J Med* 1985 ; 313 : 1415.
- 4- Mallon E, Bunker CB. HIV-associated psoriasis. *AIDS Patient Care STDs*. 2000 ; 14 : 239-46.
- 5- Wölfer LU, Djemadji-Oudjijel N, Hiletework M. HIV-assozierte Psoriasis. Klinische und histologische Beobachtungen an 36 Patienten. *Hautarzt*. 1998 ; 49 : 197-202.
- 6- Goh BK, Chan RKW, Sen P, Theng CTS, Tan HH, WuYJ, et al. Spectrum of skin disorders in human immunodeficiency virus-infected patients in Singapore and the relationship to CD4 lymphocyte counts. *Int J Dermatol* 2007 ; 46 : 695-9.
- 7- Etehadí P, Greaves MW, Wallach D, Aderka D, Camp RD. Elevated tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha) biological activity in psoriatic lesions. *Clin Exp Immunol* 1994 ; 96 : 146-51.
- 8- Mamkin I, Mamkin A, Ramanan S. HIV-associated psoriasis. *Lancet Infect Dis*. 2007 ; 7 : 496.
- 9- Sadick NS, McNutt S, Kaplan MH. Papulosquamous dermatoses of AIDS. *J Am Acad Dermatol* 1990 ; 22 : 1270-7.
- 10- Menon K. ,Van Voorhees A S. , Bebo Jr B F.,Gladman D D. ,Hsu S , Kalb RE., Lebwohl M G., Strober B E.. Psoriasis in patients with HIV infection : from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2010 ; 62 : 291-9.