Vraies et fausses idées sur...

le psoriasis

LEO®

Introduction

■ Dermatose chronique évoluant par poussées, faite de plaques érythémato-squameuses bien limitées, le psoriasis ne s'est distingué du groupe des dermatoses rassemblées sous le nom de lèpre qu'en 1805.

■ Les patients atteints de psoriasis ont donc été longtemps considérés comme des lépreux et astreints aux mêmes contraintes que ces derniers, en particulier la réclusion dans les ladreries. Contre toute attente, ce sort était à l'époque plutôt enviable : logis, nourris, blanchis, et sachant que la lèpre est considérée comme la moins contagieuse des maladies infectieuses, leur espérance de vie était bien supérieure à celle de la population générale.

■ Le psoriasis fut traité dans l'Antiquité par l'application de préparations allant du très improbable excrément de scribe mélangé à du lait frais au très ambitieux excrément de guêpe mélangé à du lait de sycomore. Ce n'est qu'au début du 20e siècle que des traitements suffisamment efficaces pour être encore utilisés aujourd'hui, comme la photothérapie ou l'anthraline, seront introduits, en attendant la révolution que constituera au début des années 50 la commercialisation des dermocorticoïdes. Suivront les rétinoïdes puis les dérivés de la vitamine D3 et associations dermocorticoïde-vitamine D3. Enfin sont apparues depuis une quinzaine d'années les biothérapies à l'efficacité souvent qualifiée de "magique" par les patients.

■ La richesse de cet arsenal thérapeutique permet maintenant de proposer aux patients un traitement efficace, richesse qui justifie une collaboration médecin traitant-dermatologue plus étroite que jamais. En effet, parce que le psoriasis concerne 2 % de la population européenne, c'est le médecin traitant qui est bien sûr le praticien le plus souvent concerné par cette maladie, et ce même dans ses formes les plus sévères.

■ L'objectif de ces "Vraies et fausses idées sur le psoriasis" est de proposer un état des lieux des connaissances, à travers un panorama de thématiques qui vont des aspects thérapeutiques les plus concrets aux connaissances physiopathologiques les plus récentes, sans oublier les réponses aux interrogations des patients.

Auteur

■ Dr Fabien GUIBAL
Service de Dermatologie
Hôpital Saint-Louis, Paris

Les informations, analyses et autres présentations à caractère scientifique, contenues dans cette publication, n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne sauraient impliquer la responsabilité des sociétés dont les médicaments sont évoqués à titre informatif. Le contenu de cet ouvrage est le reflet des connaissances et de l'expérience scientifiques de l'auteur en l'état actuel de la science. Elles ne sauraient se substituer aux informations figurant dans les dictionnaires et publications scientifiques, en particulier celles relatives aux conditions d'utilisation, indications et contre-indications des médicaments cités, auxquels le lecteur devra exclusivement se référer afin de déterminer la sécurité à laquelle il peut légitimement s'attendre du fait des médicaments, méthodes ou traitements évoqués.

Sommaire

1

En 2014, la photothérapie est devenue obsolète. 5

2

Les bêtabloquants sont des déclencheurs classiques d'apparition du psoriasis. 7

3

Le rhumatisme psoriasique ne touche qu'une infime minorité des patients souffrant de psoriasis cutané. 9

4

Le psoriasis de l'enfant est exceptionnel. 11

5

Les dermocorticoïdes de très forte activité sont le traitement de première intention du psoriasis léger à modéré. 13

6

Les dérivés de la vitamine D3 ont révolutionné le traitement topique du psoriasis. 15

7

Le psoriasis familial ne concerne qu'une minorité de patients. 17

8

Même si les corticoïdes sont la base du traitement topique du psoriasis, les corticoïdes par voie systémique sont strictement contre-indiqués. 19

9

Le psoriasis du cuir chevelu est maintenant presque toujours contrôlé par les nouveaux traitements topiques. 20

10

Les biothérapies peuvent être prescrites en première intention par les médecins hospitaliers. 22

11

Le syndrome métabolique est beaucoup plus fréquent chez les patients qui souffrent de psoriasis sévère. 23

12

L'altération de la qualité de vie rapportée par les patients souffrant de psoriasis cutané est supérieure à celle des patients ayant eu un infarctus. 25

13

Les lésions cutanées précèdent l'apparition du rhumatisme de 10 ans en moyenne. 27

14

Le rhumatisme psoriasique nécessite absolument un traitement systémique car il détruit les articulations. 29

15

Certaines formes de psoriasis sont potentiellement mortelles. 31

1

EN 2014, LA PHOTOTHÉRAPIE EST DEVENUE OBSOLÈTE.

FAUX

La photothérapie reste l'un des traitements du psoriasis d'intensité modérée à sévère.

Psoriasis en gouttes du membre inférieur.

Il existe deux types de photothérapies : la photothérapie UVB et la PUVAthérapie. Dans les deux cas, elles utilisent les propriétés biologiques des ultraviolets pour des buts thérapeutiques mais reposent sur des mécanismes d'action complètement différents, modifications directes de cibles biologiques d'une part, photo-activation d'un médicament d'autre part.

En ce qui concerne les UVB, ils vont créer des lésions dans l'ADN, inactiver différentes protéines dans la cellule et avoir de ce fait une action antimitotique, anti-inflammatoire et immunosuppressive. Les UVB à spectre étroit, centrés sur 311 nanomètres et disponibles grâce aux tubes TL01 d'un grand fabricant de matériel médical, offrent le meilleur rapport efficacité/tolérance puisque ses résultats sont proches de ceux de la PUVA pour une meilleure tolérance (moindre risque érythématogène) et moins de contraintes (absence d'utilisation de psoralènes).

■ Pour ce qui est de la PUVAthérapie, les ultraviolets A sont associés à un médicament, qui sera appliqué ou ingéré avant l'irradiation, qui va les absorber. Ce médicament, inactif dans le noir, une fois activé par la lumière, va acquérir certaines propriétés : activité antimitotique par interaction directe avec l'ADN, photo-inactivation de protéines, immunosuppression.

■ À proprement parler, la PUVAthérapie est donc une chimiothérapie photoactivée plus qu'une photothérapie. En termes d'efficacité, au rythme de trois séances par semaine, la PUVA permet d'obtenir un blanchiment complet ou quasi complet dans 80 à 90 % des cas après 15 à 25 séances avec des rémissions supérieures à un an chez 30 % des patients.

■ Les limites de la photothérapie sont la difficulté à trouver des cabines (la liste des dermatologues qui en possèdent est consultable dans l'annuaire du syndicat des dermato-vénéréologues à l'adresse www.sndv.fr) et surtout, en particulier pour la PUVA, une dose totale d'irradiation à ne pas dépasser, ce que les dermatologues surveillent étroitement.

Références

1. Schmutz JL, Jeanmougin M, Martin S, Amblard P. Recommandations de la société française de photodermatologie pour la PUVA systémique dans le psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2000; 127 : 753-61.
2. Béani JC, Jeanmougin M. Photothérapies du psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2011; 138 : 826-8.

2

LES BÊTABLOQUANTS SONT DES DÉCLENCHEURS CLASSIQUES D'APPARITION DU PSORIASIS.

VRAI

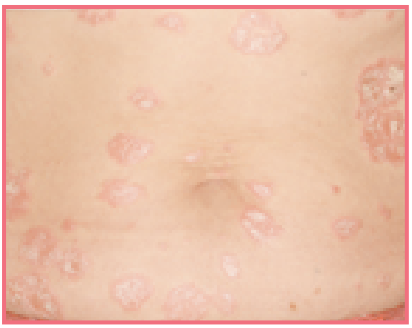
■ Il est connu depuis plusieurs décennies que certains médicaments peuvent avoir un rôle déclenchant ou aggravant du psoriasis.

■ Les molécules les plus souvent en cause sont les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), le lithium, l'interféron, le G-CSF, l'imiquimod, l'interleukine 2, et plus rarement les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antipaludéens de synthèse.

■ Tous les membres de chacune de ces familles de médicaments sont susceptibles d'induire l'apparition d'un psoriasis, mais certaines molécules comme certains bêtabloquants sont plus souvent mis en cause.

■ Il est donc de bonne pratique de faire une enquête médicamenteuse devant l'apparition d'un psoriasis, en particulier si elle est tardive, en gardant en tête que toutes les formes galéniques peuvent être en cause (les collyres bêtabloquants sont des coupables classiques) et que la dermatose peut apparaître parfois plusieurs années après la mise en route de la molécule responsable.

■ Cependant il faut savoir que la molécule la plus fréquemment inductrice de psoriasis, par ailleurs souvent en cause dans l'aggravation de la maladie, et même si elle n'est pas un médicament, est l'alcool. Ainsi, la prévalence du psoriasis est de 5,3 % chez les personnes qui consomment plus de 50 g d'alcool par jour alors qu'elle est au maximum de 2 % dans la population générale.



Plaques abdominales typiques.

De même le risque relatif de développer un psoriasis est de 2,2 chez les très gros consommateurs d'alcool (plus de 100 g par jour). Même si le fait de souffrir de psoriasis augmente en soi le risque de surconsommation d'alcool (alcoolisme secondaire), il est clair sur l'ensemble des études que la consommation excessive d'alcool précède l'apparition du psoriasis dans la majorité des cas.

■ Le mécanisme exact de cette aggravation du psoriasis par l'alcool n'est pas connu avec précision. Le plus probable est que se conjuguent à la fois des modifications immunologiques et inflammatoires induites par l'alcool.

Références

1. Psoriasis. Dubertret L. http://www.therapeutique-dermatologique.org
2. Schmutz JL, Trechot P. Psoriasis unguéal isolé et métoprolol. *Ann Dermatol Venereol.* 2013; 140 : 331.
3. Meyer N, Roman P. Psoriasis et alcool. *Ann Dermatol Venereol.* 2003; 130: 409-12.

3

LE RHUMATISME PSORIASIQUE NE TOUCHE QU'UNE INFIME MINORITÉ DES PATIENTS SOUFFRANT DE PSORIASIS CUTANÉ.

FAUX

En Europe le rhumatisme psoriasique concerne 20 à 30 % des patients atteints de psoriasis cutané. Rapporté à la population générale, cela donne une prévalence de 0,19 %, toujours en Europe, ce qui est un chiffre très élevé lorsque l'on sait que le rhumatisme psoriasique, au même titre que la polyarthrite rhumatoïde, détruit les articulations. Pour des raisons pour l'instant difficile à déterminer, qu'elles soient des différences méthodologiques ou simplement la variation des profils génétiques des populations, seuls 1 à 9 % des patients asiatiques ayant une atteinte cutanée présentent aussi une atteinte rhumatismale.

Arthropathie psoriasique des doigts.

Psoriasis unguéal des orteils.

Certaines caractéristiques d'un psoriasis cutané sont prédictives de l'apparition à terme d'une atteinte articulaire. Ce sont, par ordre d'importance décroissante :

- une atteinte du cuir chevelu,
- la présence d'au moins trois sites atteints,
- une localisation unguéale,
- et l'atteinte du pli inter-fessier ou de la région péri-anale.

Avoir conscience de cette forte prévalence de l'atteinte rhumatismale chez les patients qui ont des lésions cutanées doit permettre d'éviter un retard diagnostique bien démontré, lié à l'absence de marqueurs biologiques de certitudes et de lésions radiographiques à la phase précoce de la maladie.

C'est donc le seul examen clinique qui permet le diagnostic. Il reposera sur la recherche, principalement à l'interrogatoire, de signes évocateurs de l'une des deux formes de rhumatisme psoriasique, périphérique ou axiale, en demandant au patient s'il a déjà présenté :

→ des douleurs de rythme inflammatoire des articulations périphériques (poignets, mains, genoux, pieds),

→ des douleurs lombaires, dorsales ou cervicales,

→ des "fessalgies" ou des sciatalgies, en particulier bilatérales,

→ des douleurs de la paroi thoracique, y compris à la pression,

→ et enfin des talalgies et des douleurs des tendons d'Achille, cette dernière localisation étant un marqueur de l'inflammation des enthèses observée dans le rhumatisme inflammatoire.

Références

1. Battistella M. Comment optimiser la prise en charge du psoriasis et du rhumatisme psoriasique ? Expériences croisées du dermatologue et du rhumatologue. *Ann Dermatol Venereol.* 2014; 141, hors-série 2 : 11-6.

2. Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C*et al.* European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71:4-12.

4

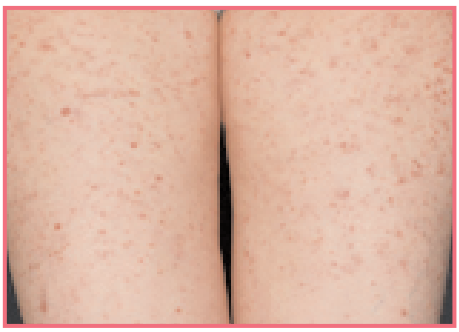
LE PSORIASIS DE L'ENFANT EST EXCEPTIONNEL.

FAUX

Les études les plus récentes montrent que jusqu'à 25 % des patients ont vu leur maladie débuter dans l'enfance. Sachant que le psoriasis atteint environ 2 % de la population générale, on peut donc considérer que près de 0,5 % avaient un psoriasis dès l'enfance.
Cependant, ce diagnostic est le plus souvent rétrospectif ; il semble donc qu'il soit souvent omis ou négligé chez l'enfant.

Localisation rétro-auriculaire chez une jeune fille.

Tout les types de psoriasis existent chez l'enfant, même l'atteinte articulaire, mais une forme particulière de la maladie, le psoriasis en gouttes y est particulièrement observée, le plus souvent après une infection streptococcique qu'il faudra traiter spécifiquement. Un psoriasis en gouttes chez l'enfant doit donc faire rechercher une angine dans les 10-15 jours précédents. L'éruption, une fois l'angine traitée, pourra disparaître ou s'autonomiser.



Psoriasis en gouttes des cuisses.

■ Le traitement du psoriasis de l'enfant fait appel aux mêmes molécules, à quelques exceptions près, que celui de l'adulte. Cependant, l'hydratation cutanée y tient une place plus importante, sous forme d'émollients qu'il faudra appliquer sur tout le corps, même en zones non atteintes, sur peau humide aussitôt après la douche.

• Les photothérapies consistent à utiliser les propriétés biologiques des ultraviolets à des fins thérapeutiques. La photothérapie UVB est de loin la plus ancienne. Il s'agit de l'utilisation du rayonnement solaire naturel, dont on sait qu'il améliore dans 70 % des cas les psoriasis. Elle peut être proposée dès que l'enfant est capable de se tenir tranquille dans la cabine et permettra de faire face à d'éventuelles poussées de la maladie.

• En cas d'insuffisance des traitements topiques et/ou d'impossibilité d'utiliser les UVB, ce qui est fréquent pour des raisons pratiques telles que la distance à parcourir, le traitement systémique de référence est un dérivé rétinoïque, traitement efficace et bien supporté. Ce traitement sera idéalement conduit en collaboration entre le dermatologue et le médecin traitant.

■ A noter que dans les rares formes le nécessitant, le méthotrexate et la ciclosporine sont tout à fait envisageables chez l'enfant et bien mieux supportés que chez l'adulte.

Références

1. Clabaut A, Viseux V, la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Prise en charge du psoriasis de l'enfant.
Ann Dermatol Venereol. 2010; 137 : 408-15.

2. CEDEF. Psoriasis.
Ann Dermatol Venereol. 2012; 139 : A112-A120.

3. Psoriasis. Dubertret L. http://www.therapeutique-dermatologique.org

5

LES DERMOCORTICOÏDES DE TRÈS FORTE ACTIVITÉ SONT LE TRAITEMENT DE PREMIÈRE INTENTION DU PSORIASIS LÉGER À MODÉRÉ.

FAUX

Bien que les dermocorticoïdes aient apporté aux patients lors de leur mise sur le marché dans les années 1950 un bénéfice important, ils présentent des effets secondaires potentiels tels que les infections ou l'atrophie cutanée.
De leur côté, les dérivés de la vitamine D3, disponibles depuis le début des années 1990, ont offert une alternative aux dermocorticoïdes très attendue par les patients, à la fois en terme de mode d'action et d'effets secondaires potentiels.

Localisation caractéristique du coude, une des zones bastions.

Localisation caractéristique du genou, une autre des zones bastions.

Les associations fixes d'un dermocorticoïde et d'un dérivé de la vitamine D3 disponibles depuis quelques années ont pour avantage d'offrir une efficacité au moins égale à celle des dermocorticoïdes forts grâce au mode d'action complémentaire des deux molécules.

Ces associations, disponibles sous différentes formes galéniques (pommade, gel, shampoing, mousse,etc) ne nécessitent qu'une seule application par jour, ce qui permet une amélioration notable de l'observance.

La forme galénique a en effet une importance majeure, quand on connaît les difficultés d'observance de tous les patients souffrant de maladie chronique. Ainsi quand le traitement est long à appliquer, qu'il est inconfortable, trop gras comme c'est le cas de certaines formes galéniques, il peut de ce fait avoir des conséquences sur la qualité de vie.

Il est donc utile d'échanger avec le patient afin de lui proposer la forme galénique la plus adaptée à son quotidien.

■ En pratique, on recommandera aux patients de bien respecter les modalités d'utilisation du traitement. Une fois le résultat recherché obtenu, le traitement ne devra pas être interrompu brutalement mais diminué progressivement.

■ Enfin, la quantité de produit prescrite devra tenir compte de la durée prévisible du traitement, qui est entre 2 et 8 semaines en fonction de la localisation du psoriasis et du médicament utilisé.

Référence

1. Psoriasis. Dubertret L. http://www.therapeutique-dermatologique.org

6

LES DÉRIVES DE LA VITAMINE D3 ONT RÉVOLUTIONNÉ LE TRAITEMENT TOPIQUE DU PSORIASIS.

VRAI

Dès les années soixante, il avait été observé qu'un patient souffrant à la fois de psoriasis et de carence en vitamine D avait vu ses lésions cutanées s'améliorer après administration de vitamine D3 *per os*.

Plaque hyperkératosique de la jambe.

C'est à la fin des années 80 que le calcipotriol, chef de file de la famille des dérivés de la vitamine D3 a été commercialisé, révolutionnant ainsi le traitement topique du psoriasis en offrant une alternative aux dermocorticoïdes.

La famille des dérivés de la vitamine D3 comprend, par ordre de mise à la disposition des patients, le calcipotriol, le tacalcitol et le calcitriol.

Ils existent sous des formes galéniques très variées (crème, pommade, émulsion), ce qui offre aux patients une grande souplesse d'utilisation, et la possibilité d'adapter la galénique aux zones anatomiques concernées par la maladie (corps, cuir chevelu...).

■ Toutes ces molécules ont une activité antipsoriasique élevée, égale ou légèrement inférieure aux corticoïdes de classe II. L'avantage majeur des dérivés de la vitamine D est leur absence d'effets secondaires corticoïde-like, principalement représentés par les risques infectieux locaux, l'atrophie cutanée et les vergetures des plis en cas de mauvaise utilisation et les exceptionnelles modifications de la glycémie par passage systémique.

■ Les associations fixes dermocorticoïde-vitamine D3 ont été mises sur le marché dans les années 2000 sous différentes formes galéniques.

■ La combinaison d'un corticoïde et d'un dérivé de la vitamine D3 permet d'associer deux mécanismes d'action complémentaires et a l'avantage de ne nécéssiter qu'une seule administration par jour.

Référence

1. Hsu S, Papp K-A, Mark G. Lebwohl. Consensus Guidelines for the Management of Plaque Psoriasis.
Arch Dermatol. 2012;148(1):95-102.

7

LE PSORIASIS FAMILIAL NE CONCERNE QU'UNE MINORITÉ DE PATIENTS.

FAUX

Environ un tiers des patients atteints de psoriasis ont au moins une personne atteinte dans leur famille.

Ainsi, la prévalence du psoriasis est de 7,8 % chez les parents de premier degré d'un patient et de 2,9 % chez les parents de second degré, ce qui est très significativement supérieur à ce qui est observé dans la population contrôle.

Psoriasis du dos chez un patient noir.

Psoriasis des jambes chez un patient noir.

Chez les jumeaux, on observe une concordance de 60 à 70 % chez les jumeaux monozygotes, la maladie survenant par ailleurs souvent au même âge, et de 15 à 20 % chez les jumeaux dizygotes. Ces études montrent à la fois l'existence d'un terrain génétique favorable et l'importance de la survenue d'événements extérieurs déclenchants, tels que certaines infections, les traumatismes physiques ou psychologiques, l'alcool ou certains médicaments.

■ Le risque de développer un psoriasis en fonction du nombre d'ascendants atteints est respectivement de 0,04, 0,28 et 0,65 si aucun, un ou deux ascendants sont atteints. De même, le risque relatif de développer un psoriasis est de 10 pour les parents de premier degré d'un patient atteint d'une forme à début précoce de la maladie. Il diminue ensuite au fur et à mesure que le niveau d'apparentement diminue.

■ Chez certains des patients dont la maladie commence dans l'enfance, on observe une liaison avec les groupes HLA CW6, CW7 et, à un moindre degré, HLA-B13, B17, B37, B38, B57, DR4 et DR7. L'étude de grandes familles de psoriasis a permis de repérer une trentaine de régions chromosomiques associées à la maladie. Ces régions ne sont pas les mêmes d'une famille à l'autre, mais trois régions ont été identifiées.

■ Le psoriasis est donc une maladie multigénique sous dépendance environnementale.

* En pratique, on pourra répondre à la question posée par les patients concernant le risque de transmission à leurs enfants, qu'effectivement ces derniers auront plus de risque que la population générale d'être atteints de psoriasis mais que l'apparition de la maladie est sous la dépendance d'événements extérieurs imprévisibles en accord avec la théorie du "jack-pot" selon laquelle l'apparition d'une pathologie telle que le psoriasis nécessite l'association d'un terrain génétique favorable à un facteur environnemental déclencheur.

Référence

1. Dereure O, Guilhou. J-J. Epidémiologie et génétique du psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2003; 130 : 829-36.

8

MÊME SI LES CORTICOÏDES SONT LA BASE DU TRAITEMENT TOPIQUE DU PSORIASIS, LES CORTICOÏDES PAR VOIE SYSTÉMIQUE SONT STRICTEMENT CONTRE-INDIQUÉS.

VRAI

La corticothérapie générale est strictement contre-indiquée dans le psoriasis du fait du risque de rebond à l'arrêt du traitement et de la survenue possible d'une corticodépendance.

Plaques épaisses du dos.

Si l'on reprend l'évolution des relations entre les corticoïdes et le psoriasis, tout commence après la Seconde Guerre mondiale avec l'introduction de la corticothérapie générale. Il a été rapidement observé que certains patients étaient sensibles à une corticothérapie générale, qui pouvait être arrêtée sans qu'il y ait rechute rapide. Cependant d'autres patients devenaient corticodépendants et augmentaient les doses de corticoïdes jusqu'à devenir inacceptables sur le plan des effets secondaires. Enfin, certains patients voyaient apparaître, à l'arrêt d'une corticothérapie générale, une forte poussée de psoriasis, avec un effet rebond pouvant aller jusqu'à une poussée de psoriasis pustuleux ou érythrodermique. Ces constatations ont fait contre-indiquer par les dermatologues la corticothérapie générale dans le psoriasis.

De fait, les étudiants en médecine qui proposent de traiter un psoriasis par corticothérapie générale se voient attribués un zéro à la question lors de l'examen. En pratique, il faut éviter de prescrire des corticoïdes par voie générale chez les patients atteints de psoriasis, même d'intensité légère, et rechercher par l'examen clinique et/ou l'interrogatoire la présence d'un psoriasis avant d'en prescrire.

Références

1. Hsu S, Papp K-A, Mark G. Lebwohl. Consensus Guidelines for the Management of Plaque Psoriasis. *Arch Dermatol.* 2012;148(1):95-102.
2. CEDEF. Psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2012; 139 : A112-A120.

9

LE PSORIASIS DU CUIR CHEVELU EST MAINTENANT PRESQUE TOUJOURS CONTRÔLÉ PAR LES NOUVEAUX TRAITEMENTS TOPIQUES.

VRAI

■ Les progrès récents qui reposent sur le développement d'associations de dérivés de la vitamine D3 avec des corticoïdes locaux de forte puissance, de nouvelles formes galéniques à type de shampoing ou de lotion spécifiquement adaptées au cuir chevelu, permettent de répondre à l'immense majorité des atteintes du cuir chevelu.

Psoriasis de la lisière du cuir chevelu.

■ Le traitement de première ligne est donc une association dermocorticoïde-vitamine D3 ou un corticoïde de classe1 sous une forme galénique adaptée au cuir chevelu (mousse, gel, shampoing).

■ En fonction du produit et de la forme galénique utilisée, les modalités d'utlisation seront différentes :

- le shampoing devra être rincé,
- la mousse ne sera pas être rincée,
- le gel pourra être laissé toute la nuit.

La durée du traitement variera entre 2 à 8 semaines.

■ La situation la plus difficile est celle de la femme à la chevelure abondante. Dans ce cas, on peut proposer un traitement par dermocorticoïde-vitamine D3 appliqué sur les lésions uniquement, suivi d'un shampoing un jour sur deux associé, si besoin, à une mousse (aux corticoïdes) une fois par semaine.

■ Ce n'est qu'en présence d'un "casque" squameux très épais qu'il faudra avoir recours à l'application sous occlusion (bonnet de bain) d'un corticoïde fort sous forme de pommade pendant trois nuits de suite, la pommade étant retirée chaque matin par l'utilisation d'un shampoing à fort pouvoir kératolytique.

■ Bien sûr, s'ils sont nécessaires, tous les traitements généraux peuvent être prescrits en deuxième ligne.

Référence

1. Richard-Lallemand M-A. Etat des lieux sur le psoriasis du cuir chevelu. *Ann Dermatol Venereol.* 2009; 136: S34-S38.

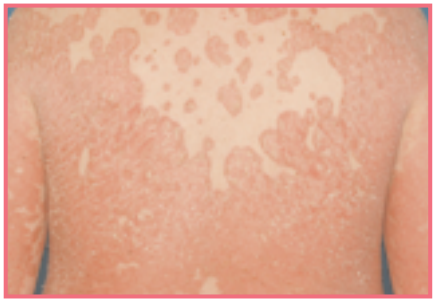
10

LES BIOTHÉRAPIES PEUVENT ÊTRE PRESCRITES EN PREMIÈRE INTENTION PAR LES MÉDECINS HOSPITALIERS.

FAUX

Les médecins hospitaliers, seuls autorisés à rédiger la prescription initiale d'une biothérapie, ont la stricte obligation de respecter les indications du dictionnaire Vidal : "Traitement du psoriasis en plaques, modéré à sévère, chez les patients adultes qui ne répondent pas à d'autres traitements systémiques comme la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie, ou chez lesquels ces traitements sont contre-indiqués ou mal tolérés."

Psoriasis sévère de la cuisse.



Psoriasis sévère du dos.

En pratique, cela signifie que seuls les patients qui sont en échec ou présentent des contre-indications ou sont intolérants à au moins deux des traitements systémiques sus cités (méthotrexate, ciclosporine et puvathérapie) sont candidats à une biothérapie. Dans la mesure où la ciclosporine est une molécule qui ne peut être proposée que pour de courtes durées en raison de sa toxicité et que de nombreux patients n'ont pas accès à une cabine de photothérapie pour des raisons géographiques, c'est souvent après échec ou intolérance au méthotrexate qu'une biothérapie sera prescrite.

Cette impossibilité de prescrire une biothérapie en première intention, qui n'existe pas dans tous les pays (Etats-Unis) a pour but de limiter l'utilisation de molécules qui, bien que très efficaces, sont à l'origine de complications, en particulier infectieuses, potentiellement très sévères, et qui par ailleurs représentent un coût très élevé (environ 11 000 euros par an) pour la communauté.

Références

1. Paul C, Bachelez H. pour le groupe de recherche sur le psoriasis. Psoriasis, choix thérapeutiques en fonction du contexte clinique. *Ann Dermatol Venereol.* 2011; 138 : 821-5.
2. Richard-Lallemand M.A. Psoriasis : bilan pré-thérapeutique. *Ann Dermatol Venereol.* 2011; 138 : 813-20.

11

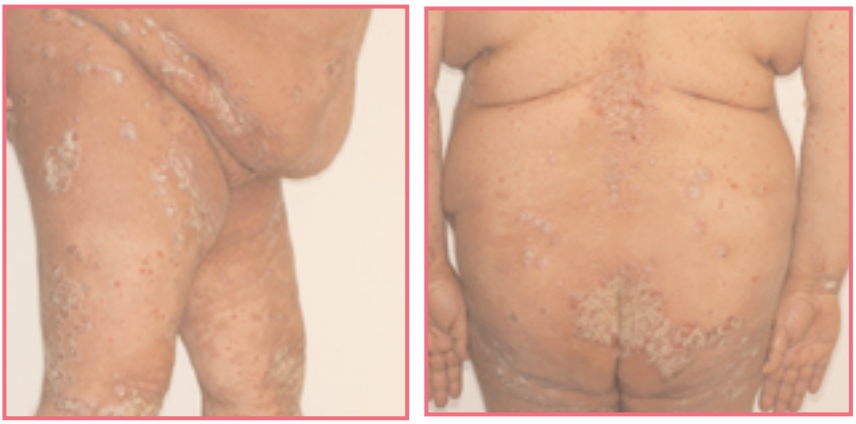
LE SYNDROME MÉTABOLIQUE EST BEAUCOUP PLUS FRÉQUENT CHEZ LES PATIENTS QUI SOUFFRENT DE PSORIASIS SÉVÈRE.

VRAI

■ Observée dès les années 1930, la plus grande fréquence du syndrome métabolique chez les patients atteints de formes sévères de psoriasis est maintenant bien démontrée par de nombreuses études de bonne qualité.

■ Le syndrome métabolique, qui associe obésité, intolérance au glucose/diabète, dyslipidémie, HTA, est dans certaines études jusqu'à 5 fois plus fréquent chez les patients atteints de psoriasis sévère. Cette association n'est pas retrouvée pour les psoriasis de moindre sévérité.

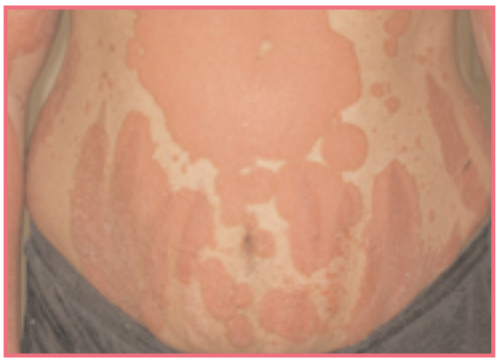
■ Pour certains, ceci explique l'augmentation du risque cardiovasculaire chez ces patients, avec une réduction d'espérance de vie de 6 ans essentiellement liée aux accidents cardiovasculaires et un risque, toujours d'accidents cardiovasculaires, comparable chez les patients atteints de psoriasis sévère et les patients diabétiques.
D'autres études ne retrouvent pas cette surmortalité d'origine cardiovasculaire, même dans les formes les plus sévères de la maladie.



Obésité et psoriasis.

■ L' explication de cette association reste sujette à controverse mais rien ne permet de considérer qu'il existe un lien de cause à effet entre syndrome métabolique et psoriasis, dans un sens ou dans l'autre. De fait, le traitement du psoriasis n'améliore pas le syndrome métabolique et la prise en charge de ce dernier, en dehors de l'obésité, probablement par augmentation de l'efficacité des traitements avec la perte de poids, ne diminue pas la sévérité du psoriasis.

■ Il reste qu'il est de bonne pratique de rechercher, chez tout patient qui présente un psoriasis sévère, les différentes composantes du syndrome métabolique, et ce même en l'absence de surpoids.



Syndrome métabolique et psoriasis.

Références

1. Gelfand J, Mehta N, Langan S. Psoriasis and Cardiovascular Risk: Strength in Numbers, Part II. *Journal of Investigative Dermatology* 2011;131: 1007-10.

2. Ortonne JP. Psoriasis, syndrome métabolique et ses composants. *Ann Dermatol Venereol.* 2008; 135, supplément 4, S235-S242

12

L'ALTÉRATION DE LA QUALITÉ DE VIE RAPPORTÉE PAR LES PATIENTS SOUFFRANT DE PSORIASIS CUTANÉ EST SUPÉRIEURE À CELLE DES PATIENTS AYANT EU UN INFARCTUS.

VRAI

Le psoriasis a longtemps été considéré comme une pathologie purement esthétique et ce n'est qu'au cours des 20 dernières années qu'il a été montré, sous l'impulsion des associations de patients et avec le soutien de laboratoires pharmaceutiques commercialisant les biothérapies efficaces dans le psoriasis, qu'il était à l'origine d'une altération de la qualité de vie équivalente à celle observée dans les pathologies chroniques reconnues comme les plus difficiles à vivre, comme l'infarctus du myocarde, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète et la dépression.

Kératodermie palmaire psoriasique.

Psoriasis pustuleux des plantaires.

En dehors des douleurs spécifiques, des démangeaisons, irritations et brûlures permanentes provoquées par les lésions, la maladie est à l'origine d'un véritable handicap social qui se traduit par des conduites d'évitements (on ne compte plus les patients qui ont oublié de quand date leur dernière visite à la piscine ou qui refusent depuis toujours de se mettre en short) et des conséquences négatives sur leur taux d'emploi bien démontrées.

Ce handicap social et les souffrances physiques et psychologiques chroniques provoquées par la maladie font que 10 à 58 % des patients atteints de psoriasis souffrent de dépression, sans qu'il existe une corrélation claire avec la sévérité de la maladie.

■ Cette altération majeure de la qualité de vie joue très probablement un rôle dans le taux élevé d'alcoolisme et la grande fréquence de l'obésité dans cette population, en particulier dans les formes cutanées étendues.

■ En pratique, il faut savoir ne pas sous-estimer la souffrance psychologique de ces patients, même si la sévérité "objective" de la maladie peut sembler minime.

Références

1. Bouguéon K, Misery L. Dépression et psoriasis.
Ann Dermatol Venereol. 2008; 135, supplément 4, S254-S258.
2. Boulinguez S. Retentissement psycho-social du psoriasis.
Ann Dermatol Venereol. 2010; 137, 16-17.

13

LES LÉSIONS CUTANÉES PRÉCÈDENT L'APPARITION DU RHUMATISME DE 10 ANS EN MOYENNE.

VRAI

Dans 80 % des cas, le diagnostic de rhumatisme psoriasique est porté chez un patient qui souffre de psoriasis cutané et ce depuis 10 ans en moyenne. Quinze pour cent des patients ont d'abord un diagnostic de rhumatisme psoriasique avant que n'apparaissent les lésions cutanées et 5 % ont d'emblée un diagnostic d'atteinte cutanéo-articulaire.

Intertrigo psoriasique sous-mammaire. Psoriasis unguéal des doigts.

Une étude réalisée chez plus de 1 500 patients qui présentaient des lésions cutanées de psoriasis, a retrouvé une incidence cumulée de rhumatisme psoriasique de 1,7 % à 5 ans, de 3,1 % à 10 ans et de 5,1 % à 20 ans. Bien que sous-estimant à l'évidence la fréquence du rhumatisme psoriasique, probablement en raison de son caractère rétrospectif, cette étude montre clairement que l'incidence du rhumatisme spécifique est cumulative avec les années.

Même si l'atteinte articulaire est plus fréquemment associée aux formes cutanées les plus sévères, un rhumatisme peut apparaître chez un patient dont l'atteinte cutanée se limite à des lésions unguéales à peine visibles. C'est typiquement dans une telle situation qu'un avis dermatologique systématique chez un patient souffrant de rhumatisme inflammatoire séronégatif peut être utile.

C'est donc à chaque consultation qu'il faudra interroger un patient suivi pour psoriasis cutané sur l'apparition éventuelle de douleurs articulaires.

Références

1. Wilson F-C, Icen M, Crowson C-S et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study.
Arthritis Rheum. 2099 15; 61(2):233-9.
2. Fitzgerald O, Winchester R. Psoriatic arthritis : from pathogenesis to therapy.
Arthritis Research & Therapy 200; 11: 214
3. Boulinguez S. Détection précoce du rhumatisme psoriasique : quels outils en pratique ?
Ann Dermatol Venereol. 2011; 138, 6-9.

14

LE RHUMATISME PSORIASIQUE NÉCESSITE ABSOLUMENT UN TRAITEMENT SYSTÉMIQUE CAR IL DÉTRUIT LES ARTICULATIONS.

VRAI

Même si les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont suffisants pour traiter les atteintes rhumatismales psoriasiques axiales lorsqu'elles ne sont pas encore destructrices, il est nécessaire d'introduire un traitement systémique actif sur la composante articulaire dès l'apparition de signes radiographiques et dans tous les cas d'atteinte périphérique car l'évolution, destructrice ou pas, est imprévisible dans ce dernier cas.

Arthropathie psoriasique des doigts.

Comme dit plus haut, le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire séronégatif, ce qui en rend le diagnostic difficile, plus destructeur et survenant plus tôt dans la vie que la polyarthrite rhumatoïde. Il commence le plus souvent par une enthésopathie et atteint principalement les articulations interphalangiennes distales, mais également les grosses articulations. La forme avec atteinte centrale, dite axiale, est cliniquement semblable à la spondylarthrite ankylosante. Le rhumatisme psoriasique peut être grave, rapidement destructeur et il est important de contrôler la maladie avant l'atteinte destructive des os.

Parmi les traitements systémiques, les rétinoïdes et les photothérapies ne sont efficaces que sur les lésions cutanées et pas sur l'atteinte articulaire. En revanche le méthotrexate, la ciclosporine et les biothérapies agissent sur les deux localisations, cutanée et articulaire.

■ Le méthotrexate reste le traitement de référence du rhumatisme psoriasique périphérique. Il est actif sur l'atteinte articulaire à des doses bien inférieures à celles en générale nécessaires pour contrôler l'atteinte cutanée. En revanche, il n'a aucune efficacité sur l'atteinte axiale, qui nécessitera d'emblée l'utilisation d'une biothérapie, comme c'est le cas des rares formes périphériques résistantes au méthotrexate.

■ La ciclosporine, qui n'a d'ailleurs pas d'AMM pour le traitement du rhumatisme psoriasique, contrairement au méthotrexate et aux biothérapies, ne possède que d'exceptionnelles indications, en raison de sa toxicité.

■ En dehors de leur action sur les signes et les symptômes du rhumatisme, ces traitements systémiques visent surtout à ralentir, voire à interrompre, la destruction articulaire, effet particulièrement bien démontré au niveau des articulations périphériques pour les molécules à action anti-TNF alpha.

■ Enfin, les infiltrations de corticoïdes pourront être utilisées comme traitement adjuvant, en cas d'atteinte localisée résistante au traitement.

Références

1. Battistella M. Comment optimiser la prise en charge du psoriasis et du rhumatisme psoriasique ? Expériences croisées du dermatologue et du rhumatologue. *Ann Dermatol Venereol.* 2014; 141, hors-série 2 : 11-16.
2. Gossec L, Smolen J-S, Gaujoux-Viala C et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71:4-12.

15

CERTAINES FORMES DE PSORIASIS SONT POTENTIELLEMENT MORTELLES.

VRAI

Même si elles sont très rares, deux formes cliniques de psoriasis sont à l'origine de décès : le psoriasis érythrodermique et le psoriasis pustuleux généralisé. Dans les deux cas, une hospitalisation en urgence s'impose.

Comme toute érythrodermie (c'est-à-dire un érythème touchant plus de 80 % de la surface cutanée), l'érythrodermie psoriasique est une urgence métabolique. En effet, le débit cardiaque est multiplié par deux ou par trois et la perte calorique liée à la vasodilatation entraîne un catabolisme protidique intense, l'accélération du renouvellement cutané augmentant encore cet hypercatabolisme. Par ailleurs, les pertes insensibles en eau sont extrêmement importantes, avec un risque majeur de déshydratation.

Erythrodermie : atteinte du dos.

Erythrodermie : atteinte des mains.

La corticothérapie locale de classe 1 doit être utilisée pour répondre à l'urgence, tout en commençant en parallèle un traitement de fond pour éviter de se trouver dans une situation de rebond ou de corticodépendance. Une hydratation y sera bien sûr associée ainsi qu'une surveillance particulière du risque d'infection systémique en raison de l'altération majeure de la barrière cutanée.

Les traitements de fond reposeront sur les rétinoïdes à faibles doses, et sur le méthotrexate lui aussi à petites doses. En cas d'inefficacité et/ou de contre-indications aux molécules précédentes, les biothérapies pourront être utilisées.

■ Les grandes poussées de psoriasis pustuleux généralisé sont aussi une urgence vitale, en raison du décollement cutané provoqué par la rupture très rapide du fragile toit des innombrables micro-pustules. Associés à cette éruption, on observe une altération majeure de l'état général, des frissons et une fièvre élevée. Comme dans le psoriasis érythrodermique, le risque de septicémie est majeur en raison de l'altération de la barrière épidermique.

■ Heureusement, le psoriasis pustuleux généralisé répond très bien, souvent en 7 à 10 jours, aux rétinoïdes à fortes doses.

■ Ce n'est qu'en cas d'échec qu'on aura recours aux biothérapies.

Références

1. CEDEF. Erythrodermie.
Ann Dermatol Venereol. 2012; 139 : A219-A222.
2. Bachelez H. Psoriasis pustuleux.
Ann Dermatol Venereol. 2012; 139 : S34-S38-761.

ÉDITÉ PAR PHASE 5 - ACHEVÉ D'IMPRIMER EN DECEMBRE 2014 EN FRANCE
Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays
© Phase 5 2014 - ISBN : 978-2-35546-218-4
Photo couverture : Fotolia

Edité par **Phase 5**
LABORATOIRES LEO - SAS au capital de 9.000.000 € - RCS Versailles N° 572 208 122

LEO Pharma
2, rue René Caudron
78960 VOISINS-LE-BRETONNEUX
Tél. : 01 30 14 40 00
www.leo-pharma.fr

P3522-12/2014
© LEO Pharma

L E O