Mensuel # 243 • Mai/Juin 2015
Cahier 2

réalités
Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

SpeedPso

Compte rendu de la journée du 12 mars 2015

Sous l'égide de l'Association RESOPSO

Rédaction : Dr Simon Jacobelli

Les données présentées dans ce numéro sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique.
Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du Directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien institutionnel de LEO Pharma

réalités
THÉRAPEUTIQUES
EN DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Comité Scientifique

Pr S. Aractingi, Pr H. Bachelez, Dr R. Baran, Pr N. Basset-Seguin, Dr P. Beaulieu, Pr C. Bedane, Pr P. Berbis, Pr C. Bodemer, Dr P. Bouhanna, Pr F. Cambazard, Pr E. Caumes, Pr A. Claudy, Pr B. Cribier, Pr Y. De Prost, Pr V. Descamps, Pr L. Dubertret, Pr N. Dupin, Dr S. Fraitag, Pr C. Francès, Pr J.J. Grob, Pr J.P. Lacour, Pr C. Lebbé, Pr D. Lipsker, Pr J.P. Marty, Pr J. Meynadier, Pr M. Mokni, Dr S. Mordon, Pr J.P. Ortonne, Pr P. Morel, Dr G. Rousselet, Dr M.D. Vignon-Pennamen

Comité de Lecture/Rédaction

Dr G. Abirached, Dr S. Barbarot, Dr O. Bayrou, Dr E. Bourrat, Dr S. Dahan, Pr O. Dereure, Dr A. Dupuy, Dr D. Kerob, Dr I. Lazareth, Dr J.M. Mazer, Dr I. Moraillon, Dr N. Schartz

Rédacteur en Chef

Dr M. Rybojad

Directeur de la Publication

Dr R. Niddam

Secrétariat de Rédaction

A. Le Fur

Rédacteur graphiste

M. Perazzi

Maquette, PAO

J. Delorme

Publicité

D. Chargy

Chef de projet Web

J. Nakache

Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. : 01 47 00 67 14
Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : info@performances-medicales.com

Imprimerie

Imprimerie Trulli
Vence
Commission Paritaire : 0117 T 81119
ISSN : 1155-2492
Dépôt légal : 2e trimestre 2015

Cahier 2
Mai/Juin 2015
#243

3 **Éditorial**
S. Jacobelli

4 **Quelles difficultés dans le psoriasis de l'enfant ?**
D'après la communication de A. Dadban, CHU, Amiens.

6 **Quelles biothérapies pour quels patients ?**
D'après la communication de M. Kemula, Cabinet libéral, Charenton-le-Pont et CHU Henri-Mondor, Créteil.

8 **Comment différencier dermite séborrhéique et psoriasis du cuir chevelu ? Intérêt de la trichoscopie**
D'après la communication de R. Maghia, Brive-la-Gaillarde.

9 **Quelles sont les particularités du psoriasis du patient âgé ?**
D'après la communication de T. Boyé, HIA Saint-Anne, Toulon.

10 **Nouveaux patients, nouveaux besoins**
D'après la communication de D. Sid-Mohand, Association France Psoriasis.

11 **Maladie de Verneuil : quelle place pour les biothérapies ?**
D'après la communication de Z. Reguiai, CHU, Reims.

13 **Étude RESOPSONET : quels liens entretiennent les patients psoriasiques avec Internet ?**
D'après la communication de M. Amy de la Bretèque, CH, Argenteuil.

14 **Stress et psoriasis**
D'après la communication de B. Halioua, Institut Alfred-Fournier, Paris.

SpeedPso

Compte rendu de la journée du 12 mars 2015

→ **S. JACOBELLI**
Cabinet libéral, MONTESSON.
Attaché à l'hôpital Necker, PARIS.

La cinquième réunion SpeedPso, qui s'est déroulée le 12 mars 2015, a été l'occasion d'échanger à nouveau sur le psoriasis, ses aspects cliniques, physiopathologiques, thérapeutiques et sociologiques. Cette réunion de formation continue, créée à l'initiative de RESOPSO, s'est tenue devant un public de dermatologues particulièrement nombreux, intéressés et impliqués dans la prise en charge du psoriasis. Le concept fondateur cher à Bruno Halioua a été respecté : huit sujets, huit orateurs, huit minutes par orateur pour offrir des messages concis et pratiques. Une part importante a été accordée cette année aux nouvelles technologies d'information et de communication, ainsi qu'au psoriasis aux âges extrêmes de la vie.

RESOPSO est une association ouverte de dermatologues, comprenant actuellement 170 membres sur tout le territoire (et même l'île de la Réunion) qui s'impliquent collectivement dans le psoriasis mais aussi individuellement dans d'autres pathologies inflammatoires cutanées chroniques. La démarche réseau ville-hôpital, la richesse des expériences partagées, le groupe GEM RESOPSO fondé pour la recherche clinique servent à aborder d'autres aspects de l'immunodermatologie. C'est pourquoi nous avons choisi, lors de ce SpeedPso, de parler de la maladie de Verneuil qui partage avec le psoriasis une physiopathologie complexe et un retentissement social et fonctionnel majeur.

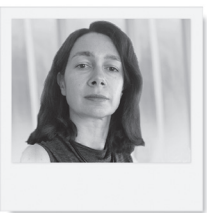
Merci à l'ensemble des orateurs pour leur participation active et bénévole à cette réunion, qu'ils ont su rendre particulièrement dynamique. Certains sont venus de loin pour nous faire profiter de leur expertise (Amiens, Reims, Toulon et Brive-la-Gaillarde) et nous les remercions d'autant plus chaleureusement.

Les membres du conseil scientifique – Marie Bastien, Édouard Begon, Bruno Halioua, Mathilde Kemula et François Maccari – remercient vivement LEO Pharma pour leur soutien à la réalisation de ce numéro spécial de *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*.

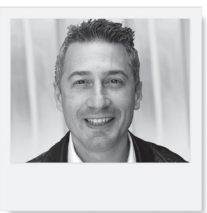
M. BASTIEN

É. BEGON

B. HALIOUA



M. KEMULA



F. MACCARI

Quelles difficultés dans le psoriasis de l'enfant ?

D'après la communication de A. Dadban, CHU, Amiens.

Certaines localisations du psoriasis ont un retentissement fonctionnel marqué chez l'enfant et peuvent être responsables d'une gêne sociale et scolaire mal vécue (***fig. 1***), qui ne doit pas être sous-estimée. Dans certains cas, le recours à des traitements systémiques, au premier rang desquels l'acitrétine, doit être discuté.

>>> Topographie rare chez l'adulte, le **psoriasis du visage** est fréquent chez l'enfant à tout âge, sous la forme de plaques bien limitées des faces convexes. Il est moins corticosensible que l'eczéma, avec un risque d'atrophie lié à un usage prolongé. Le tacrolimus topique à 0,03 %, bien que non remboursé et hors AMM dans cette indication, constitue une alternative intéressante. L'atteinte du cuir chevelu est fréquente, prurigineuse et douloureuse, avec des plaques épaisses et engainantes, nécessitant des kératolytiques. Elle peut justifier un prélèvement mycologique pour éliminer une teigne.

>>> Le **psoriasis du siège ou des langes** (*napkin psoriasis*) nécessite des applications répétées d'émollients, éventuellement au cuivre-zinc, et des mesures d'hygiène pour prévenir la macération et la surinfection. Les dermocorticoïdes (DCT) sont utilisables dans les formes sévères, en cures courtes (< 15 jours).

>>> **L'acropulpite psoriasique**, douloureuse et liée à un phénomène de Koebner, retentit fortement sur la vie scolaire (gêne à l'écriture et aux activités sportives). Elle justifie des DCT de forte activité (propionate de clobétasol) ou du tacrolimus topique, voire un traitement systémique.

Fig. 1 : Psoriasis du cuir chevelu, du visage et acropulpite chez l'enfant (collection du Dr A. Dadban).

>>> **Le psoriasis en gouttes**, fréquent chez l'enfant, est sensible à la photothérapie UVB TL01 et aux traitements systémiques. Il survient souvent dans les suites d'une infection des voies aériennes supérieures, mais une antibiothérapie prolongée ou une amygdalectomie n'ont

pas démontré leur intérêt. Dans 40 % des cas, il évolue vers un psoriasis en plaques.

>>> **L'érythrodermie psoriasique** est rare chez l'enfant, imposant l'hospitalisation et une prise en charge spécialisée pour l'indication d'un traitement systémique. Il en est de même des cas de psoriasis pustuleux diffus, pour lequel une prédisposition génétique auto-inflammatoire a été décrite (déficit en antagoniste du récepteur de l'IL36) [1].

Si la fluticasone est le seul DCT avec la mention du psoriasis de l'enfant de plus de 1 an dans son AMM, tous les autres DCT sont classiquement utilisés, à l'exception du propionate de clobétasol chez le nourrisson. Certains dérivés de la vitamine D peuvent être parfois associés (hors AMM). Les topiques salicylés doivent être utilisés avec précaution (risque de passage systémique sur de grandes surfaces et chez le nourrisson). Une application quotidienne d'un DCT, sans décroissance jusqu'à guérison complète des plaques, est le schéma d'utilisation classique. Des récidives fréquentes justifiant des applications prolongées ou répétées en entretien feront discuter un traitement systémique.

La photothérapie pose des problèmes d'ordre pratique et peut être réservée au psoriasis en gouttes ou au psoriasis en plaques étendues à partir de l'âge de 8 ans. L'acitrétine (0,5 à 1 mg/kg/j) est un traitement de choix chez l'enfant, également dans les atteintes du cuir chevelu et pustuleuses. Le profil de sécurité est bon. Aucune surveillance osseuse ou cartilagineuse n'est recommandée. Le programme de prévention des grossesses chez les jeunes filles réglées est impératif bien que parfois difficile à expliquer à la famille. Le méthotrexate peut être utilisé chez le grand enfant (0,2-0,4 mg/kg/sem.), selon les mêmes indications et modalités que chez l'adulte. La ciclosporine (3-5 mg/kg/j) est bien tolérée, mais à prescription initiale hospitalière et peu adaptée à un traitement prolongé. Parmi les biothérapies anti-TNF, seul l'etanercept a l'AMM dans le psoriasis chez l'enfant à partir de 6 ans (en attente pour l'adalimumab). La tolérance est bonne, avec un recul de plus de 10 ans dans les indications rhumatologiques. Enfin, bien que le début du psoriasis dans l'enfance ne semble pas associé à des événements cardiovasculaires ou métaboliques à l'âge adulte, il convient de dépister une surcharge pondérale, plus fréquente chez les enfants psoriasiques [2].

Bibliographie

1. Marrakchi S *et al.* Interleukin-36-receptor antagonist deficiency and generalized pustular psoriasis. *N Engl J Med*, 2011;365:620-628.
2. Mahé E *et al.* Childhood-onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities. *Br J Dermatol*, 2013;169:889-895.

Quelles biothérapies pour quels patients ?

D'après la communication de M. Kemula, Cabinet libéral, Charenton-le-Pont et CHU Henri-Mondor, Créteil.

Les biothérapies ont l'AMM dans le psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte (surface > 10 % et/ou PASI > 10 et/ou DLQI > 10) en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à deux traitements systémiques parmi le méthotrexate, la ciclosporine et la photothérapie.

Nous avons à notre disposition trois biothérapies anti-TNF dont un récepteur soluble (etanercept) et deux anticorps monoclonaux (adalimumab et infliximab) ainsi qu'une biothérapie anti-IL12/23 qui est aussi un anticorps monoclonal (ustekinumab) (***tableau I***).

Face à un patient éligible aux biothérapies, le dermatologue se trouve confronté à un choix: quelle biothérapie parmi les quatre existantes choisir ?

Le choix du praticien sera fonction des caractéristiques propres à chaque molécule, du profil du patient et de ses attentes.

Si un traitement ambulatoire est privilégié pour des raisons pratiques, un traitement par voie sous-cutanée sera indiqué, en stylo ou seringue pour l'etanercept et l'adalimumab, en seringue uniquement pour l'ustekinumab. L'aiguille du stylo n'est pas visible, mais l'injection est plus douloureuse car non contrôlée par le patient. On choisira une périodicité d'injection appropriée au mode de vie du patient et à sa sensibilité (adalimumab bimensuel et ustekinumab trimestriel en cas de déplacements fréquents ou de phobie des piqûres).

Chez les patients peu compliants (mal observance, barrière de langue, doute sur la compréhension…), on privilégiera des perfusions d'infliximab en hôpital de jour tous les 2 mois, voire l'ustekinumab dont le rythme trimestriel est compatible avec des injections

	Etanercept	Adalimumab	Infliximab	Ustekinumab
Mode d'action	Anti-TNF Récepteur soluble	Anti-TNF Ac monoclonal	Anti-TNF Ac monoclonal	Anti-IL12/IL23 Ac monoclonal
Voie d'administration	Sous-cutané Stylo/Seringue	Sous-cutané Stylo/Seringue	Intraveineux hospitalier	Sous-cutané Seringue
Rythme d'injection	1 à 2 injections/sem.	1 injection/2 sem.	Injection IV/8 sem. 5 mg/kg	1 injection/12 sem. 90 mg si poids > 100 kg
Efficacité PASI 75 % patients répondeurs à 3 à 4 mois	49 à 62 %	71 à 80 %	80 %	67 %
Efficacité PASI 90 % patients répondeurs à 3 à 4 mois	29 %	45 à 52 %	57 %	41 %
Tolérance	Excellent Recul important	Très bon Recul important	Très bon Recul important	Très bon Recul 5 ans
Effets secondaires/patient-année Demi-vie d'élimination	0,11 4 j	0,35 15 j	0,19 9 j	0,26 21 j
Efficacité au long cours % patients restant répondeurs à 1 an	63 %	79 %	58 %	87 %
Rhumatisme PSO	Oui	Oui	Oui	Oui
Grossesse	Non	Non	Non	Non
Insuffisance hépatique/rénale	Pas de CI	Pas de CI	Pas de CI	Pas de CI

Tableau I : Comparatif des différentes biothérapies disponibles dans le psoriasis (Dr M. Kemula).

sous-cutanées, faites par le médecin en consultation, au cabinet.

Si on souhaite une efficacité nette et rapide en raison d'un retentissement sur la qualité de vie nécessitant un blanchiment optimal dans de brefs délais, on préférera les anticorps monoclonaux dont les scores PASI 75 et PASI 90 à 3-4 mois et le délai d'action sont plus adaptés à cet objectif que l'etanercept. Ce dernier sera, en revanche, une bonne option chez un patient souffrant de multiples pathologies associées, en raison du recul important avec cette molécule (18-20 ans), du bon profil bénéfice/risque et d'une demi-vie d'élimination courte qui en font un produit maniable bien que d'efficacité plus lente que les autres biothérapies. L'etanercept sera aussi privilégié chez les patients âgés de plus 65 ans, en raison d'un nombre d'effets secondaires et d'infections par patient/année un peu inférieur aux autres molécules [1].

Le traitement d'un rhumatisme psoriasique peut faire appel aux quatre molécules, sans préférence relative pour cette indication.

Chez les sujets en surcharge pondérale, il est judicieux de choisir une biothérapie dont la posologie est adaptable au poids : infliximab (5 mg/kg) ou ustekinumab (90 mg au lieu de 45 mg si poids > 100 kg) afin d'optimiser l'efficacité.

Toutes les biothérapies sont utilisables chez le patient insuffisant rénal ou hépatique.

Chez l'enfant, l'etanercept a l'AMM dans le psoriasis à partir de 6 ans et l'adalimumab va prochainement l'obtenir à partir de 4 ans. Ces deux molécules sont déjà utilisées à partir de 2 ans dans l'arthrite chronique juvénile.

Prochainement, de nouvelles biothérapies, en particulier le secukinumab (anticorps monoclonal anti-IL17), viendront élargir les possibilités thérapeutiques dans le psoriasis modéré à sévère de l'adulte [2].

Bibliographie

1. Piaserico S *et al.* Efficacy and safety of systemic treatments for psoriasis in elderly patients. *Acta Derm Venereol*, 2014;94:293-297.
2. Papp KA *et al.* Efficacy and safety of secukinumab in the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase II dose-ranging study. *Br J Dermatol*, 2013;168:412-421.

Comment différencier dermite séborrhéique et psoriasis du cuir chevelu ? Intérêt de la trichoscopie

D'après la communication de R. Maghia, Brive-la-Gaillarde.

Le psoriasis et la dermite séborrhéique sont les maladies inflammatoires chroniques récidivantes les plus fréquentes du cuir chevelu. Leur diagnostic est clinique et souvent aisé. En cas de doute (plaque isolée, absence de contexte, histologie non discriminante), la trichoscopie peut aider à les différencier. Cette distinction est importante car elle conditionne l'annonce diagnostique, l'approche thérapeutique, voire le pronostic (chronicité, association avec le rhumatisme psoriasique).

Des critères trichoscopiques discriminants ont été décrits, visibles au faible grossissement avec un appareillage simple, si possible en lumière polarisée, en l'absence de corps gras et d'hyperséborrhée. L'analyse fine des anomalies vasculaires nécessite un fort grossissement (> × 40), donc un appareil de vidéodermoscopie plus complexe et coûteux, et de ne pas exercer une pression excessive.

Dans le psoriasis du cuir chevelu, on observe une desquamation blanche argentée, diffuse, interfolliculaire, sur fond érythémateux, avec des points rouges (*red dots*) et des globules rouges au faible grossissement. Au fort grossissement, ces anomalies vasculaires correspondent à des boucles capillaires interfolliculaires torsadées, des vaisseaux glomérulaires et des extravasations sanguines, distribuées en cercle ou en lignes, de manière homogène. Elles sont visibles en zone desquamative, mais aussi en zone d'apparence saine (***fig. 2***).

Fig. 2 : Trichoscopie du psoriasis : (**A**) faible grossissement: desquamation argentée sur fond érythémateux (photo Dr R. Maghia). Anomalies vasculaires au : (**B**) faible grossissement: *red dots* ; (**C**) fort grossissement : vaisseaux en boucles (Rossi A *et al. Eur J Dermatol*, 2011;21:546-551).

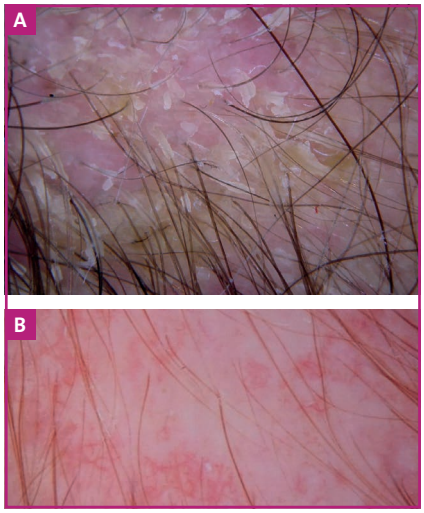


Fig. 3 : Trichoscopie de la dermite séborrhéique : faible grossissement : (**A**) desquamation jaunâtre (photo Dr P. Assouly) ; (**B**) faible grossissement: anomalies vasculaires à type de fins vaisseaux arborescents (Kurzeja M *et al. EADV*, Oct. 2014).

Dans la dermite séborrhéique, la desquamation est jaunâtre, grasse, diffuse et interfolliculaire, avec un léger érythème de surface. Le patron vasculaire comporte de multiples télangiectasies, de très fins vaisseaux rouges arborescents, à disposition irrégulière, sans extravasations (***fig. 3***).

En pratique, c'est l'association de critères sémiologiques trichoscopiques qui permet d'orienter vers le diagnostic de psoriasis ou de dermite séborrhéique du cuir chevelu [1].

Bibliographie

1. Kim GW *et al.* Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrhoeic dermatitis. *Br J Dermatol*, 2011;164:652-656.

Quelles sont les particularités du psoriasis du patient âgé ?

D'après la communication de T. Boyé, HIA Saint-Anne, Toulon.

Selon l'INSEE, les sujets de plus de 65 ans représentent 25 % de la population française aujourd'hui avec des projections estimées à 32 % en 2050.

La prévalence du psoriasis est légèrement supérieure chez les sujets âgés par rapport à la population générale (9,5 % chez les plus de 70 ans). Le psoriasis est moins sévère et les antécédents familiaux moins fréquents comparativement aux sujets plus jeunes. On retrouve souvent des formes inversées, en gouttes et en plaques, avec une atteinte du cuir chevelu. Le prurit est fréquent (75 % des cas) [1].

Des comorbidités sont associées chez 90 % des sujets âgés psoriasiques [3], les plus significativement observées ($p < 0,001$) étant les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète et la dyslipidémie [1]. Le rhumatisme psoriasique est aussi fréquent (environ 20 %) que chez les sujets plus jeunes.

Dans cette population fragile, la prescription thérapeutique nécessite des précautions particulières afin de minimiser le risque d'effets secondaires. Les sujets âgés polymédiqués sont peu au fait de leur traitement : plus de la moitié des patients de plus de 65 ans ne connait ni la raison d'une prescription ni les modalités de prise, et très peu arrivent à prendre leurs traitements seuls.

La gêne liée au psoriasis du sujet âgé ne doit pas être sous-estimée : prurit fréquent, perturbation de la vie sociale mal évaluée par le DLQI. Le psoriasis est souvent sous-traité par des topiques seuls, exposant au risque d'atrophie cutanée et avec un problème d'observance en raison d'une invalidité associée. Ces topiques sont efficaces à condition d'être réservés aux petites surfaces et aux patients observants, ne vivant pas seuls.

Parmi les traitements systémiques, le méthotrexate doit être privilégié. Sa tolérance est en effet excellente dans la population âgée (0,12 effet indésirable/patient-année) par rapport à l'acitrétine (0,32/patient-année), la puvathérapie (0,5/patient-année) et la ciclosporine (1,4/patient-année) [2]. Il est efficace dès 10 mg/sem., sans dépasser 12,5 mg/sem. en cas de clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min (contre-indication si clairance < 30 mL/min). La prise hebdomadaire doit être particulièrement explicitée et sa bonne compréhension régulièrement vérifiée. L'hémogramme sera particulièrement surveillé.

Par le risque de majoration de la xérose, l'acitrétine peut aggraver le prurit. Les biothérapies sont efficaces chez les sujets âgés, avec des scores PASI 75 à 12 semaines similaires ou très légèrement inférieurs à ceux des sujets plus jeunes. Une étude italienne rétrospective sur 3 ans a montré la persistance de l'efficacité dans le temps chez les sujets âgés de plus de 65 ans avec des PASI 75 supérieurs à 70 % pour l'etanercept et l'adalimumab [3]. Les effets secondaires graves conduisant à une hospitalisation sont plus fréquents chez les sujets âgés, avec un HR = 3,4 chez les patients de plus de 70 ans, mais identiques qu'ils soient traités par systémiques classiques ou biothérapies. Ils sont cependant peu fréquents (taux global de 2,7 % patients-années pour les biothérapies) et donc à rapporter à l'âge [4]. Parmi les biothérapies, l'etanercept peut être privilégié chez les sujets âgés, en raison de sa meilleure tolérance (0,11 effet indésirable/patient-année *vs* 0,35 pour l'adalimumab) [2]. L'utilisation des traitements systémiques et des biothérapies est donc possible chez les sujets âgés, sous réserve d'un bilan préthérapeutique rigoureux et d'une surveillance accrue.

Bibliographie

1. Phan C *et al.* Psoriasis in the elderly: epidemiological and clinical aspects, and evaluation of patients with very late onset psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2014.
2. Piaserico S *et al.* Efficacy and safety of systemic treatments for psoriasis in elderly patients. *Acta Derm Venereol*, 2014;94:293-297.
3. Esposito M *et al.* Efficacy and safety of subcutaneous anti-tumor necrosis factor-alpha agents, etanercept and adalimumab, in elderly patients affected by psoriasis and psoriatic arthritis: an observational long-term study. *Dermatology*, 2012;225:312-319.
4. Garcia-Dorval I *et al.* Risk of serious adverse events associated with biologic and nonbiologic psoriasis systemic therapy: patients ineligible *vs* eligible for randomized controlled trials. *Arch Dermatol*, 2012;148:463-470.

Nouveaux patients, nouveaux besoins

D'après la communication de D. Sid-Mohand, Association France Psoriasis.

Depuis l'ère des technologies d'information et de communication, les patients sont mieux informés et plus exigeants sur la réponse thérapeutique, moins isolés grâce aux forums et plates-formes de partage. Ils tendent, à leur demande et à celle des médecins, vers plus d'autonomie et d'implication dans leur maladie. Cette acquisition de connaissances, en rapport avec une pathologie chronique, définit le concept d'*empowerment* pour les Anglo-Saxons. Son but est d'améliorer la relation entre le praticien et ses patients ainsi que leur qualité de vie.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) apporte, en partie, une réponse à ce nouveau statut du patient, mais elle doit être un processus continu adapté à la chronologie, l'évolution et la gravité de la maladie. Actuellement, l'ETP concerne peu de patients. Elle est difficile à mettre en place en pratique de par son manque de flexibilité, des problèmes de temps et d'effectif des soignants impliqués, et aussi de financement.

L'association France Psoriasis propose différents outils dans l'accompagnement des patients psoriasiques : un site internet (francepsoriasis.org), une permanence d'écoute orale et écrite (info@francepsoriasis.org), un réseau social (psolidaires.fr), un magazine (Psomag), des livrets thématiques, des cafés pso et des rencontres et un jeu éducatif (www.theoetlespsorianautes.fr).

Ce jeu gratuit, réalisé par l'association avec l'aide d'un conseil scientifique et le soutien du ministère de la Santé, est destiné aux enfants de 6 à 11 ans. Il les aide à mieux vivre avec leur maladie, à mieux la comprendre afin d'en diminuer le retentissement social et scolaire. Les laboratoires pharmaceutiques, aidés par des experts (dermatologues et patients), sont aussi impliqués dans le développement d'outils d'information et d'aide au suivi.

À titre d'exemples, la plateforme QualityCare™ (développée par LEO Pharma et contenant une application smartphone et un site internet), l'application DailyPso (développée par le laboratoire Janssen) permettent de prendre des photos et de les partager avec son dermatologue pour améliorer le suivi.

Elles contiennent également des conseils pour améliorer le quotidien des patients, et permettent de programmer des alarmes de traitement et de rendez-vous médicaux.

Ces outils en sont à leurs débuts avec, pour l'instant, un faible temps moyen passé à l'écran mais qui devrait à l'avenir augmenter.

Ces programmes aidant à l'ETP demandent à être optimisés pour en faire des outils simples et pratiques qui puissent aussi être prescrits, en incluant les principaux intéressés, tant les malades que les professionnels de santé, pour améliorer leurs relations et mieux répondre à leurs besoins réels. Ils font partie des thèmes abordés lors de la 1re semaine nationale du Psoriasis du 14 au 21 mars 2015.

Maladie de Verneuil : quelle place pour les biothérapies ?

D'après la communication de Z. Reguiai, CHU, Reims.

Comme le psoriasis, la prévalence de la maladie de Verneuil est importante (500 000 patients en France) et elle peut avoir, dans les formes sévères, un retentissement fonctionnel et social majeur. Sa physiopathologie partage avec le psoriasis la présence d'une inflammation chronique, sur un terrain génétique prédisposant, ainsi que des facteurs immunologiques et environnementaux (tabac, surcharge pondérale). La maladie de Verneuil est caractérisée par la formation d'abcès récurrents et de fistules chroniques sur les zones de plis (axillaires, inguinales, sous-mammaires, fessier) définissant l'hidrosadénite suppurée (***fig. 4***).

Les outils de prise en charge sont multiples. Le traitement chirurgical est essentiel : incision et drainage en phase aiguë douloureuse, utile mais exposant à une récidive quasi constante ; technique d'ablation du toit des lésions suppurées puis cicatrisation dirigée (technique de *deroofing*).

Malgré des exérèses chirurgicales larges par des plasticiens expérimentés, le taux de récidives est important (25 % à 20 mois), et certaines formes diffuses et/ou en dehors des plis restent inopérables. Les soins postopératoires sont longs et donnent lieu à des cicatrices souvent inesthétiques. Un traitement médical à visée anti-inflammatoire peut être associé, avec différents schémas d'antibiothérapies incluant la moxifloxacine, la rifampicine, le métronidazole, voire l'ertapénem. Ces traitements n'empêchent pas les récidives, et leur tolérance peut être

Fig. 4 : Abcès et nodules des plis inguinaux et axillaires dans l'hidrosadénite suppurée (maladie de Verneuil) (collection Dr Z. Reguiai).

médiocre. Les espoirs placés en l'isotrétinoïne (maladie d'occlusion folliculaire) ou le zinc oral ont été déçus. Le sevrage tabagique et un régime diététique sont indispensables.

Se fondant sur le concept de dysrégulation immunitaire, l'emploi des biothérapies anti-TNF dans cette pathologie a été discuté. Le TNFα est une cytokine retrouvée dans la cascade pro-inflammatoire de la maladie de Verneuil où son taux sérique est augmenté [1]. Il existe donc un rationnel physiopathologique pour l'utilisation des anti-TNF dans l'hidrosadénite suppurée, d'autant que ces molécules, notamment l'infliximab, utilisées dans des pathologies associées (maladie de Crohn et spondylarthropathie ankylosante) améliorent la maladie de Verneuil [2].

L'étude PIONEER II [3] a évalué l'efficacité de l'adalimumab (ADA) dans l'hidrosadénite suppurée modérée à sévère (au moins trois abcès-nodules et deux sites anatomiques). Cette étude de phase 3 était randomisée en double aveugle, avec un groupe recevant l'ADA 40 mg par semaine (soit le double de la posologie psoriasis) à partir de S4 et après un traitement d'attaque (160 mg à S0 puis 80 mg à S2) (n = 163) *vs* un groupe placebo (n = 163). Le critère principal était la diminution d'au moins 50 % des abcès et des nodules inflammatoires (HiSCR) à S12. Il était atteint chez près de 60 % des patients sous ADA *vs* 28 % sous placebo ($p < 0,001$). L'efficacité était rapide (45 % de HiSCR sous ADA à S2 *vs* 18 % sous placebo). Les scores d'activité de la maladie et la douleur étaient nettement améliorés dans le groupe ADA. Les effets indésirables étaient comparables au placebo et en accord avec les données connues de la molécule dans d'autres indications. Sur le long terme, l'efficacité persistait (HiSCR proche de 50 % à S36 sous ADA hebdomadaire).

Il existe des données parcellaires d'efficacité de l'ustekinumab dans la maladie de Verneuil, dans des études de faibles effectifs, sur la base de données physiopathologiques (sécrétion d'IL12/23 en tissu lésionnel). Il en est de même pour l'anakinra.

Les anti-TNF représentent donc une possibilité thérapeutique dans cette pathologie. Leur place précise par rapport aux autres traitements (antibiotiques et chirurgie) et en fonction de la sévérité de la maladie reste à définir.

La prise en charge de la maladie de Verneuil est difficile, avec une errance diagnostique et thérapeutique importante, source de fatalisme et de stigmatisation qui pourrait être améliorée par le développement de stratégies thérapeutiques claires et de réseaux de soins.

Bibliographie

1. Van der Zee HH *et al.* Elevated levels of tumour necrosis factor (TNF)-α, interleukin (IL)-1β and IL-10 in hidradenitis suppurativa skin: a rationale for targeting TNF-α and IL-1β. *Br J Dermatol*, 2011;164:1292-1298.
2. Martinez F *et al.* Hidradenitis suppurativa and Crohn's disease: response to treatment with infliximab. *Inflamm Bowel Dis*, 2001;7:323-326.
3. PIONEER II Primary Results. EADV Oct 2014.

Étude RESOPSONET : quels liens entretiennent les patients psoriasiques avec Internet ?

D'après la communication de M. Amy de la Bretèque, CH, Argenteuil.

Le traitement des sujets médicaux et de la santé est en plein essor sur internet. Un patient sur 5 cherche de l'information médicale sur Internet (HAS) et, parmi les 25 sites les plus fréquentés en France, figurent deux sites traitant de la santé.

L'étude RESOPSONET, issue du GEM-RESOPSO qui comprend 60 centres sur tout le territoire, a cherché à décrire le contexte et l'impact de ces recherches sur le comportement des patients atteints de psoriasis.

Cette étude transversale multicentrique (39 centres, dermatologues libéraux et hospitaliers) a été réalisée de janvier 2009 à octobre 2014. Les inclusions ont concerné 1 177 patients consultant pour un psoriasis (hommes : 56 % ; âge moyen : 49 ans), issus pour 14 % d'une consultation libérale. Le pourcentage de patients utilisant Internet est de 84 %, depuis plus de 6 ans pour 74 % d'entre eux. Il s'agit plus souvent de femmes jeunes, ayant au minimum le baccalauréat comme niveau d'études et consultant à l'hôpital ($p < 0,05$ en analyse multivariée). En analyse univariée, les patients consultant Internet sont plus souvent membres d'association, vivent en milieu urbain, ont un psoriasis plus sévère et moins d'antécédents familiaux.

Au cours des 12 derniers mois, 56 % ont cherché des informations sur le psoriasis sur Internet. Près de la moitié l'a fait 2 à 5 fois en un an, 25 % une seule fois et 25 % 6 fois ou plus (3 % au moins une fois par semaine). Les motifs de recours à Internet sont pour 1/3 pour mieux comprendre la maladie, 1/3 pour s'informer sur les différents traitements et 1/3 pour s'informer du traitement prescrit, chercher un médecin ou échanger avec d'autres patients. Dans 78 % des cas, l'information est jugée crédible mais, pour 2/3 des patients, elle ne modifie pas la façon dont ils s'occupent de leur psoriasis, ni la fréquence des consultations chez le médecin pour 73 % d'entre eux.

Les principaux sites consultés sont, par ordre décroissant de fréquence, Doctissimo, France Psoriasis, Wikipedia et Psoriasis.com. La qualité de ces différents sites et de l'information qui y est délivrée est en cours d'analyse.

Cette étude nous apprend que le recours des patients à l'information *via* Internet est finalement plus faible que l'image que nous en avons. Le dermatologue en consultation ou la collectivité dermatologique à travers les sites qu'elle saura créer et mettre en avant doivent se placer au cœur de l'information intelligible et loyale délivrée aux patients psoriasiques.

Stress et psoriasis

D'après la communication de B. Halioua, Institut Alfred-Fournier, Paris.

Le stress est la réaction d'un individu à des événements potentiellement agressifs sur son organisme. Il met en jeu l'axe hypothalamo-pituito-adrénalien (HPA) et aboutit à la sécrétion de cathécholamines puis de corticostéroïdes. Les phénomènes physiologiques qui en résultent (tachycardie, hypertension, tachypnée) donnent lieu à des performances (sensorielles, motrices) efficaces et adaptées qui permettent de réagir au danger, sous la forme d'une attaque ou d'une fuite. C'est le stress optimal.

Un excès de stress, de par son intensité ou sa durée, peut conduire à l'épuisement et à la désorganisation d'une réponse adaptée. Cette "charge allostatique" dérégule l'axe HPA, altère différents systèmes physiologiques (cardiovasculaire, immunitaire, neurologique…) et rend néfaste une réponse initialement bénéfique. Ce "*distress*" ou "stress-maladie" peut aussi être à l'origine de pathologies psychiatriques comme les troubles anxieux, les symptômes dépressifs ou les phénomènes addictifs.

Au niveau de la peau, les conséquences d'un stress cutané sont variées : sécrétion de cytokines pro-inflammatoires (IL1, 4, 6, 18, TNFα), de substance P, de cortisol, dégranulation mastocytaire. Il existe donc une parenté avec le psoriasis dans les phénomènes moléculaires engendrés par le stress.

Le stress est-il la cause et/ou la conséquence du psoriasis ? Des études sont en faveur d'un rôle du stress dans le déclenchement d'un psoriasis, surtout chez l'enfant. Un événement stressant, au cours du mois précédant une poussée, est rapporté dans 39 à 72 % des cas [1, 2].

Le psoriasis est également plus sévère en cas de stress. De plus, le psoriasis entretient et aggrave ce stress, qu'il soit associé au ressenti de la dermatose ou aux stratégies d'adaptation, altérant ainsi la qualité de vie. La recherche d'un prurit à l'interrogatoire est importante. Il serait lié à une part accrue de stress au cours du psoriasis [3].

La quantification du stress peut faire appel à divers outils : *Psoriasis Life Stress Inventory* (PLSI), échelle visuo-analogique, échelle de Holmes et Rabe basée sur 43 situations d'événements traumatisants survenus au cours des deux dernières années – *Dermatology Life Quality Index* (DLQI).

La prise en charge du stress au cours du psoriasis doit idéalement associer une psychothérapie à des traitements anxiolytiques ou antidépresseurs, voire à des médecines non conventionnelles (relaxation, sophrologie). Les groupes d'entraide, comme France Psoriasis, jouent également un rôle important dans l'aide à la gestion du stress chez ces patients.

Bibliographie

1. Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol*, 1977;97:297-302.
2. Polenghi MM *et al.* Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*, 1994;186:65-66.
3. Reich A et al. Does stress influence itching in psoriatic patients? *Dermatol Psychosom*, 2003;4:151-155.