

Limites des scores d'évaluation pour l'appréciation de la sévérité du psoriasis et de l'efficacité des traitements

RÉSUMÉ : Depuis une dizaine d'années, l'arrivée de nouvelles thérapeutiques efficaces s'est accompagnée de la création de différents scores d'évaluation de la sévérité du psoriasis. Ces scores de sévérité et ces échelles de qualité de vie sont des outils utiles, mais ils n'évaluent pas l'ensemble des champs impactés dans la vie du malade.

Les scores et les échelles de qualité de vie sont donc imparfaits. Il sera probablement nécessaire de pouvoir disposer, dans l'avenir, d'outils évaluant plus globalement le vécu subjectif du malade et l'évolution objective de la maladie. Cela permettrait d'adapter au mieux nos propositions thérapeutiques, de répondre aux attentes des malades et d'apporter une prise en charge plus globale, donc plus pertinente.



→ E. ESTÈVE
Service de Dermatologie,
CHR, ORLEANS.



La prévalence du psoriasis est de l'ordre de 3 % en France [1], ce qui en fait une maladie particulièrement fréquente. Modèle prototypique des dermatoses chroniques, il s'agit d'une des maladies cutanées dont la compréhension des mécanismes causaux, la prise en charge du malade et la thérapeutique ont le plus rapidement évolué ces dix dernières années. Le psoriasis a un impact profond sur la vie des malades, plus que la plupart des dermatoses chroniques et des maladies chroniques extra-dermatologiques [2, 3]. La reconnaissance de comorbidités associées et l'apparition de nouveaux traitements particulièrement efficaces nous ont obligés à revoir en profondeur la prise en charge des malades atteints de psoriasis, notamment dans les formes sévères [4].

Le but de cet article est de discuter la pertinence des outils d'évaluation du patient psoriasique en pratique courante,

et non pas de faire une revue exhaustive de la littérature sur les scores de sévérité et les échelles de qualité de vie.

Le psoriasis, une maladie organique qui impacte la qualité de vie

L'amélioration de la qualité de vie des malades est devenue l'un des objectifs majeurs de la prise en charge thérapeutique du psoriasis. Néanmoins, nous savons aujourd'hui que **l'altération de la qualité de vie n'est pas obligatoirement corrélée à l'appréciation "objective" de la gravité** par le médecin (donc pas uniquement à la surface atteinte ou aux autres paramètres évalués par des scores) (fig. 1 et 2).

D'autres déterminants majeurs entrent en perspective: le vécu antérieur du malade, l'âge, le sexe, le niveau socio-éducatif, les

REVUES GÉNÉRALES

Psoriasis



FIG. 1: Psoriasis palmaire.



FIG. 2: Psoriasis génital.

origines culturelles et la topographie des zones atteintes, en particulier [1].

L'une des plus vastes études européennes, l'étude EUROPSO, publiée en 2006 et réalisée dans sept pays européens par questionnaire auprès de 18 000 malades psoriasiques, a retrouvé les signes suivants comme étant les plus prégnants : le prurit (79 %), les saignements (29 %), les sensations de brûlure (21 %) et la fatigue (19 %) [3]. Une étude plus récente, conduite dans plusieurs pays européens et américains, montre également que le prurit est le signe le plus gênant (43 % des malades) et que subsistent encore des besoins non couverts pour les malades [1].

Par ailleurs, les champs de la vie courante les plus impactés par le psoriasis sont : le choix des vêtements (56 %), les activités sportives (38 %), le sommeil (34 %), le travail (27 %) et les relations sexuelles (27 %) [3]. Le retentissement sur la vie affective, sociale et professionnelle est donc une constante ; son évaluation est de fait indispensable pour déterminer et évaluer la prise en charge thérapeutique.

En pratique, nous disposons de deux types d'outils d'évaluation complémentaires : les scores de sévérité (évaluation "objective") et les échelles de qualité de vie (évaluation "subjective"). S'ils sont indispensables à une approche médicale plus rationalisée du psoriasis, ils n'en ont pas moins d'évidentes limites. L'arrivée de nombreux scores de sévérité et d'échelles de qualité de vie a incité les dermatologues à s'interroger sur la meilleure manière d'évaluer les malades en pratique courante.

Les scores d'évaluation "objective" ou scores de sévérité

Il existe de nombreux scores de sévérité : PASI, BSA, PGA, LS-PGA, SPI et SAPASI. Ces scores doivent être validés, fiables, reproductibles et acceptables en pratique courante par le malade et le médecin. Or, une revue systématique de la littérature publiée en 2010 montre qu'aucun de ces scores ne remplit tous les critères de validation pour un score idéal [5]. En pratique clinique courante, les deux scores les plus utilisés sont le BSA (*Body Surface Area*, ou surface corporelle atteinte) et le PGA (*Physician Global Assessment*). Rapides et simples à utiliser, ils sont néanmoins largement dépendants de la subjectivité de l'examineur.

Le PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) reste à ce jour considéré comme le *gold standard* pour l'immense majorité des essais cliniques, mais son utilisation en pratique courante n'est ni simple ni intuitive. Sa reproductibilité en inter-examineur est variable. De plus, il ne prend pas en compte les déterminants majeurs pour le patient que sont le prurit, la douleur ainsi que les localisations génitales (et donc le retentissement sur la vie sexuelle et affective). Or, certaines études ont bien montré que les malades ayant des lésions génitales ont une qualité de vie nettement dégradée

par rapport aux patients indemnes de lésions génitales [6].

Pour simplifier la pratique courante, la tendance actuelle est à l'utilisation des auto-scores, tel le SAPASI (*Self-Administered PASI*), qui permettent au patient une meilleure appréhension de sa maladie et au médecin une analyse plus précise de l'évolution du psoriasis. Il s'agit d'un instrument d'autoévaluation consistant en un schéma corporel, avec une face antérieure et une face postérieure sur lesquelles le malade hachure les zones atteintes par le psoriasis. Les malades scorent eux-mêmes l'érythème, l'infiltration et la desquamation des plaques [2]. Ce type d'apprentissage peut parfaitement s'intégrer au sein d'actions d'éducation thérapeutique (ETP). Cette autoévaluation, si elle est pratiquée régulièrement, permet au médecin d'analyser au plus près l'évolution de la maladie entre deux visites, et non plus uniquement lors des visites. Les scores de sévérité doivent être obligatoirement couplés aux échelles de qualité de vie pour une meilleure prise en charge holistique du malade.

Les échelles de qualité de vie

La notion de qualité de vie est, par essence même, un critère subjectif. L'intérêt de son évaluation réside dans l'intégration d'autres paramètres que les seuls signes cliniques "objectifs". En effet, **deux malades ayant des scores de sévérité identiques n'auront pas obligatoirement un ressenti identique de leur maladie, et ce différentiel peut jouer un rôle majeur dans les choix thérapeutiques**. Un questionnaire de qualité de vie doit être élaboré à partir de l'avis des malades. Il doit être adapté au contexte de vie du patient, porter sur une période relativement courte, être facile à utiliser et à comprendre pour le malade, et être validé par les experts. Le plus utilisé est le DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), notamment en raison de sa faci-

lité d'utilisation, validée par une revue de la littérature récente [7].

Le DLQI n'est pas spécifique au psoriasis et peut être utilisé pour d'autres dermatoses. Il comporte dix questions scorées de 0 à 3. On considère que l'impact sur la qualité de vie est important quand le score est supérieur ou égal à 10. Le DLQI évalue en particulier la douleur, le prurit, la vie relationnelle, la vie sexuelle, le retentissement de la dermatose dans la vie de tous les jours, dans la relation avec les proches, au travail ou durant les activités sportives. Cependant, il ne prend pas en compte l'état psychologique du malade, son stress, le poids financier de la maladie et les conduites addictives. Or, on sait que, chez les patients psoriasiques, les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes, estimées à environ 30 %, de même que les conduites addictives [8]. Ces champs sont particulièrement importants à appréhender avant et durant la prise en charge du malade afin de proposer les stratégies thérapeutiques les plus ciblées et/ou de faire intervenir d'autres thérapeutes (psychologue, psychiatre, addictologue, par exemple) [4].

Les limites des scores d'évaluation

Depuis une dizaine d'années, l'arrivée de nouvelles thérapeutiques efficaces s'est accompagnée de la création de différents scores d'évaluation de la sévérité du psoriasis. Ces scores ont essentiellement été utilisés dans les essais thérapeutiques inhérents aux autorisations de mise sur le marché de ces nouveaux traitements. Or, les essais thérapeutiques concernent des malades très sélectionnés, excluant en particulier les comorbidités sévères et les âges extrêmes de la vie. Dans la vraie vie, nos malades sont de plus en plus souvent âgés et polyopathologiques, et des critères comme le poids des maladies associées ainsi que l'influence des médicaments prescrits pour ces autres maladies sont peu évalués dans les

POINTS FORTS

- ➔ Le psoriasis est une maladie cutanée et extra-cutanée grave, invalidante, dont la prise en charge doit être globale.
- ➔ Le retentissement sur les différents organes atteints doit être évalué.
- ➔ La qualité de vie et les attentes des patients doivent être évaluées en parallèle, sous peine d'inobservance ou de ruptures de prise en charge.
- ➔ Les outils dont nous disposons à cet égard ne sont pas parfaits, qu'il s'agisse des scores de sévérité ou des échelles de qualité de vie.
- ➔ Les décisions thérapeutiques, multiparamétriques, se sont complexifiées avec l'apparition des nouvelles molécules, efficaces mais coûteuses, ce qui souligne la nécessité d'une expertise rigoureuse de la maladie.

scores. Au quotidien, le médecin doit néanmoins pouvoir disposer de l'évaluation la plus objective possible afin de prendre la décision médicale la plus adaptée.

À ce jour, de nombreux paramètres restent mal ciblés. La sévérité auto-perçue, quand elle est évaluée sur une échelle de 1 (très modérée) à 10 (très sévère), est globalement corrélée à la surface atteinte, mais plus de 20 % des patients psoriasiques ayant une surface corporelle atteinte (BSA) inférieure ou égale à 3 % classent leur maladie comme sévère. Le seuil de sévérité habituellement proposé étant de l'ordre de 10 % de BSA, cela signifie **que 1 malade sur 5 peut être classé par son médecin comme peu sévère quand bien même il vit sa maladie comme très sévère**. On voit bien, de ce fait, que **les objectifs de traitement peuvent être différents** pour le malade et le médecin, pouvant entraîner le rejet des traitements proposés, voire la perte de confiance envers le médecin, ou encore conduire à de vrais refus de toute prise en charge.

Le prurit est également mal analysé. Dans l'étude de Lebwohl *et al.* [1], il s'agit du symptôme le plus invalidant pour 38 % malades, alors que seul un

faible nombre de médecins en font un objectif prioritaire. De même, la dépression et les idées suicidaires sont peu évaluées dans nos scores dermatologiques ou rhumatologiques, alors qu'elles sont fréquentes au cours du psoriasis et par conséquent sous-estimées si des scores spécifiques de dépression ne sont pas utilisés par le médecin. L'intensité du prurit est même directement corrélée à la sévérité de la dépression [2, 8].

Les douleurs articulaires ou les vraies arthrites sont présentes chez de nombreux malades [1] et altèrent notablement la qualité de vie par comparaison aux malades psoriasiques sans atteinte articulaire. Or, le DLQI, questionnaire de qualité de vie le plus utilisé en dermatologie, ne prend pas en compte les atteintes articulaires.

Les deux revues de la littérature de Bronsard et Puzenat, publiées en 2010, concluent que le PASI reste le *gold standard* pour l'évaluation des études scientifiques dans le psoriasis cutané mais qu'il a des limites [5, 7]. Quant au DLQI, les auteurs concluent qu'un nouveau questionnaire de qualité de vie est nécessaire, avec des équivalences transculturelles, fournissant des conclusions comparables pour des essais internationaux [5, 7].

REVUES GÉNÉRALES

Psoriasis

Conclusion

On le voit, **les scores de sévérité et les échelles de qualité de vie sont des outils utiles mais qui n'évaluent pas l'ensemble des champs impactés dans la vie du malade.** Ils apportent une vision ponctuelle du malade à un moment de sa vie, tandis que les praticiens se doivent de développer une approche holistique et une prise en charge globale de la maladie dans la durée. Des scores permettant d'évaluer la sévérité du psoriasis sous la forme d'aire sous la courbe, lors d'une visite semestrielle ou annuelle, seraient probablement plus utiles pour apprécier la réelle sévérité de la maladie et pour ajuster au plus près la pertinence de nos prescriptions thérapeutiques.

Bibliographie

1. LEBWOHL MG, BACHELEZ H, BARKER J *et al.* Patient perspectives in the management of psoriasis : results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol*, 2014;70:871-881.
2. RAPP SR, FELDMAN SR, EXUM ML *et al.* Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*, 1999;41:401-407.
3. DUBERTRET L, MORWIETZ U, RANKI A *et al.* European patient perspectives on the impact of psoriasis : the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol*, 2006;155:729-736.
4. BENS G, MACCARI F, ESTÈVE E. Psoriasis : une maladie systémique. *Presse Med*, 2012; 41:338-348.
5. PUZENAT E, BRONSARD V, PREY S *et al.* What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *JEADV*, 2010;24 Suppl 2:10-16.
6. MEEUWIS KA, DE HULLU JA, VAN DE NIEUWEHOF HP *et al.* Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*, 2011;164:1247-1255.
7. BRONSARD V, PAUL C, PREY S *et al.* What are best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *JEADV*, 2010;24 suppl 2:17-22.
8. MISERY L. Dépression et psoriasis. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139 Suppl 2:S53-S57.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Publication réalisée avec le soutien institutionnel du laboratoire Celgene.

Congrès

6^e Congrès de Dermatologie Maritime

12 juillet 2016

Lieu : Faculté de Médecine de Brest

Programme :

- Laurent Misery (Brest) : La dermatologie maritime au fil des fêtes
- Laurent Misery & Raphaële Le Garrec (Brest) : La ciguatera
- Nadège Cordel (Pointe-à-Pitre) : Dermatoses du littoral (dont cancers cutanés)
- Dominique Jégaden (Brest) : Le mal de mer
- Martine Avenel (Angers) : Allergies aux crèmes solaires
- Thierry Passeron (Nice) : Le vitiligo en 2016
- Jean-Christophe Fimbault (Douarnenez) : Les naufragés
- Jean-Pierre Auffray (Marseille) : Place du médecin dans les secours en mer

Contact :

Pr Laurent Misery – Tél. : 02 98 22 33 15 – e-mail : laurent.misery@chu-brest.fr