

MISE AU POINT

Psoriasis et surcharge pondérale : peut-on et doit-on faire maigrir nos patients ?

→ **N. QUILES TSIMARATOS,**
V. CASTERA

Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Joseph, MARSEILLE.

Le lien entre psoriasis et obésité longtemps évoqué semble actuellement s'établir par une physiopathologie commune autour du TNF α [1]. S'il n'est pas clair qui, de la poule ou de l'œuf, est à mettre en avant, ces deux maladies chroniques nécessitent une prise en charge simultanée.

2 % de la population souffre de psoriasis avec un risque d'obésité multiplié par deux ou trois, quand 15 % de la population est obèse avec une risque de psoriasis multiplié de 2 à 5 [2].

Les conséquences sur la prise en charge des patients obèses présentant du psoriasis sont multiples. Tout d'abord, les adaptations aux poids des traitements systémiques ne sont pas toujours aisées :

- la posologie de la ciclosporine se fera selon le poids idéal (IMC recherché $\times$ taille (cm)² chez l'obèse et non le poids réel ;
- il faudra être alerté sur une éventuelle toxicité hépatique avec l'acitrétine et le méthotrexate, surtout en cas de stéatose associée ;

– l'infliximab (posologie par kg) et l'ustékinumab (deux dosages selon le poids) tiennent compte des variations de poids de nos patients, contrairement à l'adalimumab et l'etanercept dont les posologies sont fixes.

Il n'existe pas de données dans la littérature sur l'implication de ces possibles adaptations dans l'efficacité des traitements chez l'obèse.

Il est certain que la perte de poids améliore l'inflammation et, de ce fait, améliore le psoriasis par réduction du TNF α , de l'IL6, de la leptine et de l'insulinorésistance [2].

Les régimes hypocaloriques sont en première ligne [3]. La place de la chirurgie bariatrique reste à déterminer [4]. Il est malheureusement à noter qu'il existe une possibilité de prise de poids sous anti-TNF α [5] non retrouvée à ce jour sous ustékinumab [6].

L'amélioration du psoriasis pourrait aider les patients obèses à maigrir par l'obtention d'une meilleure image de soi, l'amélioration de dépression et de la qualité de vie [3, 7], une reprise de l'activité physique et par le biais de l'éducation thérapeutique.

L'association semble donc évidente entre psoriasis et obésité, et nécessite

une prise en charge globale de ces deux maladies chroniques. L'amélioration d'une des pathologies améliore l'autre et l'efficacité des traitements. Cela suggère l'intérêt de la mise en place d'une éducation thérapeutique et d'une prise en charge multidisciplinaire.

Bibliographie

1. AL-MUTAIRI N, NOUR T. *Expert Opin Biol Ther*, 2014;14:749-56. doi: 10.1517/14712598.2014.900541. Epub 2014 Mar 24.
2. HAMMINGA EA, VAN DER LELY AJ, NEUMANN HAM *et al*. Chronic inflammation in psoriasis and obesity: Implications for therapy. *Med Hypotheses*, 2006;67:768-73. Epub 2006 Jun 15.
3. JENSEN P, ZACHARIAE C, CHRISTENSEN R *et al*. *JAMA Dermatol*, 2013;149:795-801. Doi
4. HOSSLER EW, WOOD GC, STILL CD *et al*. *Br J Dermatol*, 2013;168:660-1. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.11211.x. Epub 2012 Dec 13.
5. GISONDI P, COTENA C, TESSARI G *et al*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2008;22:341-4. Epub 2007 Nov 14.
6. GISONDI P, CONTI A, GALDO G *et al*. *Br J Dermatol*, 2013;168:1124-7. doi: 10.1111/bjd.12235.
7. SANDOVAL LF, PIERCE A, DAVIS SA *et al*. *Br J Dermatol*, 2014 Aug 13. doi: 10.1111/bjd.13345

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.