Mensuel
Décembre 2019
Cahier 2

réalités

n° 287

Thérapeutiques en **DERMATO-VÉNÉROLOGIE**

La douleur cutanée en dermatologie : une nouvelle approche thérapeutique

JIRD 2019 - Bordeaux

COMPTE RENDU DU SYMPOSIUM

Les Laboratoires dermatologiques A-DERMA sont partenaires de ce numéro spécial à l'occasion d'une innovation majeure dans la prise en charge des douleurs cutanées, CUTALGAN. Découvrez le compte rendu du symposium JIRD ainsi que des paroles d'experts qui reprennent les grandes thématiques de la douleur cutanée, et leurs recommandations pour traiter ce symptôme.

Ce numéro est un compte rendu et/ou résumé des communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce document 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.

INNOVATION

CUTALGAN

CALME IMMÉDIATEMENT ET POUR 6 HEURES*

Apaise les sensations **d'inconfort** qui peuvent être ressenties comme **douloureuses** : **tiraillements,** sensations de **démangeaisons**** et **d'échauffements.**

* Etude clinique réalisée sur 60 sujets.
** Liées à la sécheresse cutanée.

A-DERMA
AVOINE RHEALBA®
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

MIEUX DANS SA PEAU, MÊME FRAGILE
ungestepourlapeau.aderma.fr

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

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

M. Meissel, M. Anglade

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy

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 : 0122 T 81119
ISSN : 1155-2492
Dépôt légal : 4e trimestre 2019

Sommaire

Décembre 2019
Cahier 2
n° 287

La douleur cutanée en dermatologie : une nouvelle approche thérapeutique

Compte rendu du symposium organisé dans le cadre des JIRD

6 **Dermatoses dysimmunitaires et douleur cutanée. Mécanismes physiopathologiques**
D'après la communication du Pr Jean-David Bouaziz

7 **Mains et douleur, un tandem peu exploré !**
D'après la communication du Pr Dominique Tennstedt

8 **Douleur cutanée en dermatologie : une nouvelle approche**
D'après la communication du Pr Philippe Bahadoran

10 **Douleur cutanée : réalité dermatologique en cabinet de ville**
D'après la communication du Dr Valérie Bronsard

10 **Conclusion**

Paroles d'experts

11 **Une interview du Pr Andreas Wollenberg**
Centre d'étude dermato-allergologique, Clinique et polyclinique de dermatologie et d'allergologie, Munich

12 **Une interview du Dr Emmanuel Mahé**
Service de Dermatologie et pathologies vasculaires, Centre Hospitalier, Argenteuil

13 **Une interview du Dr Patrick Guillot**
Service de Dermatologie, Centre médico-chirurgical Wallerstein, Arès

INNOVATION

EPITHELIALE A.H
DUO

Devient

EPITHELIALE A.H
ULTRA

Crème réparatrice[1] **anti-marques**

AVOINE RHEALBA® AGRICULTURE BIO BY A-DERMA

Formule renforcée :

- Accélère la réparation épidermique[2]
- Atténue les marques cicatricelles et pigmentaires
- **Calme immédiatement**[3]

Écorce de Liane du Pérou

Testé :

- Post-actes dermatologiques superficiels
- Post-actes esthétiques superficiels
- Peaux tatouées[5]

nourrisson, enfant, adulte

visage, corps, zone intime externe

(1) Favorise la réparation épidermique (2) versus zone non traitée (3) Les sensations cutanées désagréables (5) Peau réépidermisée

A-DERMA
AVOINE RHEALBA®
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

MIEUX DANS SA PEAU, MÊME FRAGILE
ungestepourlapeau.aderma.fr

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

La douleur cutanée en dermatologie : une nouvelle approche thérapeutique

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme "*une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions*". La douleur cutanée n'est pas historiquement un terme familier en dermatologie. Elle est pourtant présente dans de nombreuses pathologies notamment le zona et les névralgies post-herpétiques, l'ulcère de jambe et la plupart des dermatoses inflammatoires (psoriasis, eczéma, dermatite atopique…). Tout acte dermatologique (intervention chirurgicale, cryothérapie, photothérapie dynamique, laser thérapie…) peut également engendrer des douleurs plus ou moins intenses.

Les patients décrivent leur douleur par différentes sensations telles que brûlures, fourmillements, picotements, sensations désagréables… mais elle est toujours au cœur de leurs préoccupations, et cela d'autant plus que son retentissement sur la qualité de vie peut être très important.

De façon tout à fait paradoxale, la douleur cutanée est volontiers négligée et peu prise en compte par les dermatologues surtout quand elle s'associe à d'autres symptômes plus classiques en dermatologie. Une étude épidémiologique française menée chez 1565 patients consultant en dermatologie a cependant montré que 1 patient sur 3 se plaignait de douleurs, et 1 patient sur 2 ayant une dermatose (54,7 % des patients souffrant de dermatite atopique et 51,9 % de patients atteints de psoriasis) [1].

Le numéro que nous vous proposons est constitué de deux parties :
– la première est le compte rendu du symposium satellite organisé par les laboratoires A-Derma dans le cadre des dernières Journées Interactives de Réalités thérapeutiques en Dermatologie (JIRD) ;
– la seconde rapporte 3 interviews d'experts : le Pr Andreas Wollenberg, le Dr Emmanuel Mahé et le Dr Patrick Guillot.

1. Misery L, Saint Aroman M, Zkik A *et al.* Chronic Pain in Patients with Skin Disorders. *Acta Derm Venereol*, 2017;97:986-988.

Compte rendu du symposium organisé dans le cadre des JIRD

Rédaction : D. Tennstedt
Hôpital Universitaire St. Luc, Bruxelles

Ce symposium a réuni les Prs Jean-David Bouaziz, Dominique Tennstedt et Philippe Bahadoran ainsi que le Dr Valérie Bronsard. Nous rapportons dans les lignes qui suivent les points forts de leurs communications.

Dermatoses dysimmunitaires et douleur cutanée. Mécanismes physiopathologiques

D'après la communication du Pr Jean-David Bouaziz, Paris.

C'est A. C. Celsus (***fig. 1***), vivant en Italie au temps de l'empereur Auguste (encyclopédiste et probablement médecin) qui a décrit le premier les caractéristiques de l'inflammation : chaleur, rougeur, œdème et douleur.

Le système nerveux est classiquement divisé en système nerveux central (encéphale et moelle épinière) et système nerveux périphérique (système nerveux autonome et système nerveux sensoriel). Le système nerveux somato-sensoriel de la peau est celui qui sent le chaud, le froid, le toucher, le prurit ; le système nerveux autonome (système entérique, système sympathique, système parasympathique) fonctionne de manière indépendante pour assurer le bon fonctionnement de la plupart de nos organes. Il existe un " dialogue" permanent entre le système nerveux central et le système immunitaire : lymphocytes T, macrophages, cellules dendritiques, plasmocytes… par l'intermédiaire de nombreux transmetteurs et de multiples cytokines.

1. Le système nerveux somato-sensoriel de la peau

Au sein de la peau glabre, les fibres nerveuses C libres innervent l'épiderme. Les fibres Aβ forment une structure spécialisée dans la détection du toucher : corpuscules de Meissner (proches de l'épiderme), de Ruffini et de Pacini (profondément au sein du derme). En ce qui concerne la peau "poilue", les terminaisons nerveuses des fibres Aβ, Aδ et C se retrouvent en structure circonférentielle autour des follicules pileux. Les disques de Merkel et les fibres nerveuses libres se situent de manière éparse dans les deux types de peau.

Les fibres Aβ véhiculent essentiellement les sensations non pathogéniques (froid léger, chaleur modérée, sensation de courant d'air…). Elles aboutissent aux disques de Merkel, aux corpuscules de Meissner, aux corpuscules de Pacini et aux corpuscules de Ruffini. D'autres fibres Aδ s'enroulent autour des follicules pileux et conduisent les sensations de la douleur aiguë ponctuelle. La douleur diffuse de type brûlure est véhiculée *via* les fibres C qui ont des terminaisons libres au sein de l'épiderme.

2. Rappel accéléré sur l'Immunologie de la peau

Lorsqu'intervient une fracture de l'épiderme (traumatique ou d'origine infectieuse par exemple), le système immunitaire inné est sollicité par l'intermédiaire des monocytes et des macrophages. En un deuxième temps, le système immunitaire adaptatif prend le relais *via* les cellules de Langerhans et les cellules dendritiques dermiques présentatrices d'antigène qui vont stimuler les lymphocytes T.

Fig. 1.

3. Système nerveux nociceptif et immunité cutanée, concept d'inflammation neurogénique

Les lésions des tissus cutanés vont favoriser une cascade d'événements faisant intervenir de multiples substances libérées suite au traumatisme tissulaire : sérotonine, prostaglandine, histamine… Un réflexe d'axone rétrograde libère également des neuropeptides : protéine C et CGR protéine (peptide relié au gène calcitonine). La résultante de ces phénomènes induit une vasodilatation, un œdème tissulaire et un flux lymphatique.

L'inflammation résultant de la libération locale par des neurones afférents de ces médiateurs inflammatoires définit l'inflammation neurogène. L'information douloureuse est alors transmise par les neurones et leurs connections synaptiques vers les cornes dorsales de la moelle épinière puis vers le cortex cérébral somesthésique qui va l'interpréter

Mains et douleur, un tandem peu exploré !

D'après la communication du Pr Dominique Tennstedt, Bruxelles.

Les dermatites des mains représentent un champ idéal d'investigation pour ce qui concerne les sensations de douleurs liées aux dermatoses. La clinique parlant mieux que les mots, seront illustrées de manière totalement "arbitraire" 4 dermatoses pour lesquelles une prise en charge "antidouleur" est fondamentale et primordiale (sans oublier bien sûr les traitements classiques étiologiques ou symptomatiques).

1. Cas clinique 1 : dermatite d'irritation

Il s'agit ici d'une patiente de 35 ans, infirmière en soins intensifs, qui se plaint de puis environ 9 mois d'un prurit très intense au niveau des mains avec des douleurs intermittentes mais insomniantes. Les paumes ont été atteintes plus récemment. La réponse aux corticoïdes locaux est tout à fait partielle. On ne note pas d'antécédents familiaux d'atopie. Du fait de son travail, cette patiente porte parfois des gants en caoutchouc ou en vinyle et elle déclare que ses symptômes se sont largement améliorés pendant les vacances (***fig. 2 à 4***)

2. Cas clinique 2 : dermatite hyperkératosique palmaire

Ce cas clinique concerne un homme âgé de 35 ans, tourneur dans une usine métallurgique qui présente une dermatite des mains évoluant depuis 2 ans (***fig. 5 à 7***), avec ici aussi une amélioration passagère et très partielle pendant les vacances. Les douleurs sont très invalidantes mais elles ne sont pas accompagnées de prurit. Les corticoïdes locaux sont sans effet, de même que les crèmes émollientes. Le patient s'est même tourné vers l'homéopathie qui ne lui apporte aucune amélioration. Il est en arrêt de travail depuis 3 mois. Son médecin lui a prescrit des anxiolytiques et des antidouleurs qu'il consomme à profusion.

3. Cas clinique 3 : eczéma dyshidrosique

M. Z. est un pianiste de 24 ans. L'examen de ses mains révèle une dermatite érythémato-vésiculeuse palmaire gauche atteignant également, de façon plus discrète, la paume droite ainsi que certains doigts (essentiellement face palmaire) (***fig. 8 et 9***). Le

Fig. 2, 3 et 4 : Cas clinique 1 : dermatite d'irritation.

Fig. 5, 6 et 7 : Cas clinique 2 : dermatite hyperkératosique palmaire.

Fig. 8 et 9 : Cas clinique 3 : eczéma dyshidrosique.

prurit est très sévère et associé à des douleurs vespérales et nocturnes. Ces douleurs entraînent un nervosisme très important avec des insomnies fréquentes. M. Z. dit avoir tout essayé : médecine classique (dermocorticoïdes et ciclosporine), homéopathie, phytothérapie sans aucune amélioration. Il fume 1 paquet de cigarettes par jour et consomme de la cocaïne qui le calme pendant quelques heures.

Fig. 10, 11 et 12 : Cas clinique 4 : dermatite allergique de contact. Atteinte des mains.

4. Cas clinique 4 : dermatite allergique de contact

Mlle E. a 26 ans, elle est esthéticienne, masseuse et "biomaniaque". Elle présente une dermatite très importante au niveau des paumes des mains (***fig. 10 à 12***). Son visage est également atteint (***fig. 13***). Elle se plaint d'un prurit intense qui augmente en fonction de son stress et de douleurs à sensation de brûlures. Elle est traitée par 64 mg/j de méthylprednisolone, sans résultat significatif. Les tests épicutanés ont été positifs aux *fragrance mix* 1 et 2

Fig. 13 : Cas clinique 4 : atteinte du visage.

Douleur cutanée en dermatologie : une nouvelle approche

D'après la communication du Pr Philippe Bahadoran, Nice.

Le traitement des douleurs cutanées est d'abord étiologique, c'est-à-dire celui de la dermatose en cause D'un point de vue symptomatique, plusieurs thérapeutiques peuvent être utilisées en fonction de l'importance des douleurs : antalgiques (paracétamol, AINS…), psychotropes (antidépresseurs, gabapentine, prégabaline), monoxyde d'azote (MEOPA) ou encore anesthésiques locaux (lidocaïne, capsaïcine). Malheureusement, elles sont souvent insuffisantes.

Un nouveau traitement topique agissant à la fois sur la réaction inflammatoire au niveau des kératinocytes (extrait de plantules d'avoine Rhéalba) et directement sur les terminaisons nerveuses (extrait de liane du Pérou appelée également *Uncaria tomentosa*) est maintenant à notre disposition pour la prise en charge des douleurs cutanées (***fig. 14***).

Des études cliniques ont été menées afin d'évaluer la tolérance et l'efficacité de ce nouveau traitement chez des patients atteints de dermatite atopique (adultes et enfants), de psoriasis, d'eczéma des mains ou après une procédure dermatologique.

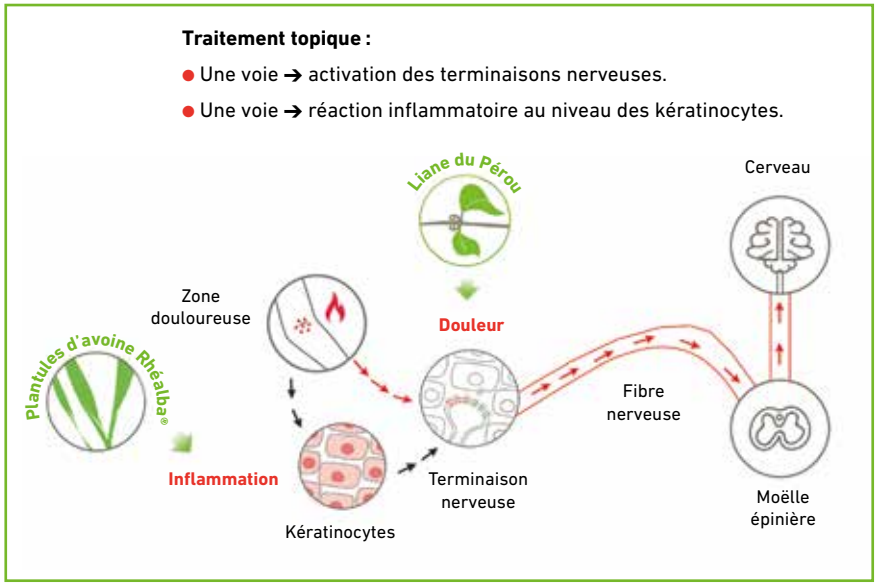

Fig. 14 : Traitement des douleurs cutanées.

Pour les dermatoses inflammatoires, les critères d'inclusion ont été les suivants :

- **DA :** SCORAD de 15 à 25 ;
- **PSORIASIS : PASI** < 10 et surface atteinte < 10 % ;
- Mesure de la **douleur cutanée** > 3 sur une échelle visuelle analogique (VAS).

La méthodologie est illustrée dans la ***figure 15***.

Concernant les procédures dermatologiques (post-acte, laser KTP, lumière intense pulsée, peeling, cryothérapie ou photothérapie dynamique) le critère principal d'inclusion **était une mesure de la douleur cutanée > 3 sur une échelle visuelle analogique (VAS).**

Les résultats de ces études ont été soumis sous forme de publication au JEADV dont la parution se fera en 2020.

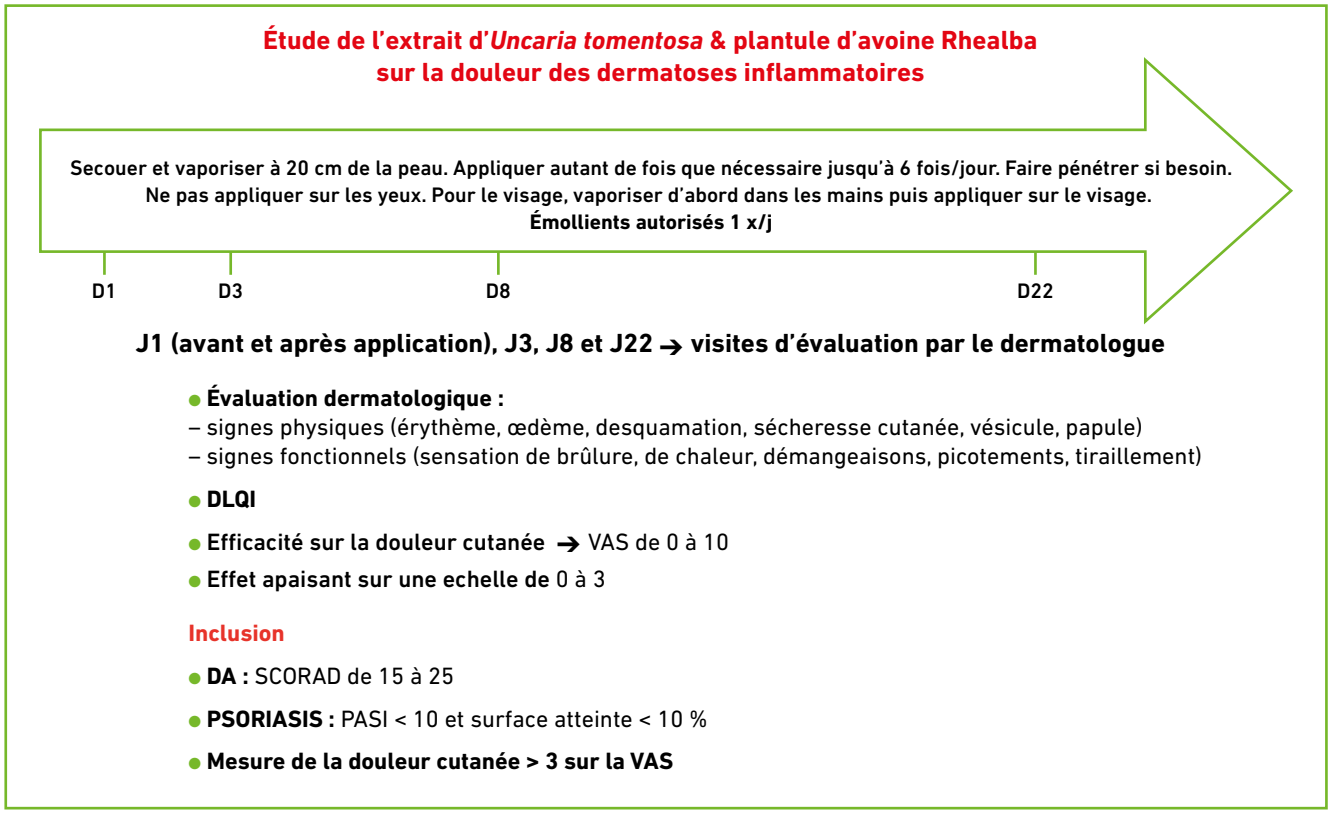

Fig. 15 : Méthodologie.

Douleur cutanée : réalité dermatologique en cabinet de ville

D'après la communication du Dr Valérie Bronsard, Cagnes-sur-Mer.

Le dermatologue est confronté à la douleur cutanée soit parce qu'il prend en charge une dermatose douloureuse, soit parce qu'il réalise un acte dermatologique douloureux. Il est important de savoir que 23 millions de procédures esthétiques sont réalisées dans le monde chaque année.

La prise en charge de la douleur provoquée par les soins constitue une des 3 priorités du Plan National de Lutte contre la Douleur. Il existe donc une obligation légale de prendre en charge la douleur des patients.

Selon le projet Objectifs Peau, les 4 dermatoses les plus fréquentes en France – à savoir l'eczéma, l'acné, le psoriasis et les mycoses – sont particulièrement douloureuses. Les actes interventionnels dermatologiques, y compris les actes esthétiques, sont également anxiogènes et douloureux. La gestion de la douleur lors des actes interventionnels fait appel à différentes techniques :

>>> Anesthésiques locaux par voie topique :
– anesthésie topique par lidocaïne-prilocaïne : 60 minutes avant le geste ;
– gel d'améthocaïne : 45 minutes avant, bien plus puissant que la lidocaïne en crème (Emla) ou une infiltration.

>>> Anesthésie locale : la douleur provoquée par l'injection d'anesthésique est nettement diminuée par le pincement de la peau ou le grattage de la zone concernée, 2 secondes avant l'injection.

>>> Inhalation de MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) : rapidité d'action, réversibilité, grande sécurité, jeûne non nécessaire, simplicité même en cabinet mais puissance faible et parfois échec.

>>> Hypnose.

>>> Distraction par réalité virtuelle.

En ce qui concerne les actes esthétiques, la gestion de la douleur est également complexe et doit intégrer une mise en confiance des patients, une explication du geste qui va être réalisé, une anesthésie topique par lidocaïne-prilocaïne 1 heure avant le traitement, l'utilisation de micro-aiguilles ou de canules, d'acide hyaluronique mélangé à de la lidocaïne, du système vibrant NUEVIBE, d'un flux d'air froid pour les procédures laser ou la réalisation d'un bloc locorégional pour les injections des lèvres.

Conclusion

Bien que sous-estimée et relativement négligée, la douleur cutanée est fréquente dans la plupart des dermatoses, en particulier inflammatoires, et lors de la grande majorité des actes interventionnels et esthétiques. Dans le projet Objectifs Peau, la prévalence en France des principales dermatoses douloureuses est estimée :
– pour le psoriasis à 4 %, soit 2,9 millions de personnes ;
– pour l'eczéma de contact à 3 %, soit 1,7 million de personnes ;
– pour la dermatite atopique à 5 %, soit 3,1 millions de personnes ;
– ce qui correspond à un total de 7,8 millions de personnes.

La prise en charge de ces patients douloureux est complexe et fait appel à différents traitements qui peuvent aller jusqu'aux anxiolytiques ou aux psychotropes qui ne sont pas toujours efficaces.

La mise à disposition d'une nouvelle thérapeutique, une association d'extraits d'*Uncaria tomentosa* et de plantules d'avoine Rhealba, semble très prometteuse, puisque l'efficacité tant sur la douleur elle-même que sur son impact sur la qualité de vie a été démontrée.

Paroles d'experts

Une interview du Pr Andreas Wollenberg

Centre d'étude dermato-allergologique, Clinique et polyclinique de dermatologie et d'allergologie, Munich (Allemagne).

Quelle est la prévalence de la douleur cutanée chez les patients souffrant de dermatite atopique (DA) ?

Pr A. W. : La douleur cutanée rapportée par les patients constitue un phénomène relativement récent, qui peut avoir été mal reporté, sous-estimé, voire négligé par le passé. De plus, il est possible que ce que les patients appellent "douleur" désigne une sensation différente de ce qu'on associe habituellement au mot douleur. La prévalence de la douleur rapportée par les patients est très variable et dépend beaucoup de la définition adoptée dans l'étude.

Cette définition clinique étant très variable, il n'existe pas de données fiables concernant la prévalence de ce phénomène. Environ 15 à 20 % des patients décrivent leurs lésions comme étant parfois douloureuses, mais cette affirmation peut avoir d'importantes variations.

Quels sont les symptômes objectifs et subjectifs de la douleur chez un patient souffrant de DA ?

Pr A. W. : Évaluer la douleur rapportée par les patients *via* des méthodes objectives est impossible pour un dermatologue dans sa pratique clinique. Des examens neurophysiologiques pourraient constituer un plus, mais à l'heure actuelle on déplore un manque de données de haute qualité sur ce phénomène. Quant aux symptômes subjectifs, ils peuvent être évalués par des questionnaires validés regroupant les symptômes du prurit.

Une possibilité pourrait être de demander aux patients d'évaluer leur douleur à l'aide d'une EVA, et j'aimerais que des résultats fiables puissent en résulter. Néanmoins, les échelles mesurant la qualité de vie ne permettent pas de mesurer le prurit. L'échelle DLQI évaluant la qualité de vie et recommandée par l'initiative HOME (*Harmonising Outcome Measure for Eczema*) n'est pas adaptée pour évaluer la douleur.

À quel endroit se situe la douleur chez les patients souffrant de DA ?

Pr A. W. : La douleur rapportée par les patients se limite à la peau et ne concerne absolument pas les organes internes. La douleur semble essentiellement localisée à l'emplacement des lésions de DA, surtout lorsque celles-ci provoquent des démangeaisons. La complexité clinique de la DA ainsi que la localisation des lésions étant très variables, il n'y a pas de localisation classique de la douleur pour la DA. En outre, si certaines données indiquent que des lésions de DA avec évolutions secondaires, telles que des fissures au niveau des mains, sont parfois douloureuses, cette douleur peut être plutôt attribuée aux évolutions secondaires qu'à la DA en elle-même.

Chez les individus sains, la douleur inhibe les démangeaisons. Pouvez-vous expliquer pourquoi ce n'est pas le cas chez les patients atteints de DA ?

Pr A. W. : La réponse à cette question peut résider dans le fait que ce que les patients appellent "douleur" désigne, en termes de pathophysiologie, une notion différente de celle que recouvre habituellement le mot douleur. Prenons un exemple : si vous touchez une plaque de cuisson brûlante, vous retirez immédiatement votre doigt douloureux de la zone de danger. Cette réaction ne correspond pas à la douleur telle qu'elle est décrite par les patients souffrant de DA.

D'après vous, où se trouve la limite entre la douleur et la démangeaison ? Ces deux notions peuvent-elles se recouper ?

Pr A. W. : Là encore, tout dépend de la définition de chacune de ces deux notions. Je suppose qu'elles se chevauchent de manière considérable et je trouverais très intéressant d'avoir davantage de données de haute qualité à ce sujet. Une meilleure définition de la douleur rapportée par les patients est nécessaire, et les résultats futurs dépendront, dans une large mesure, de la définition retenue pour l'évaluation scientifique de ce phénomène.

Une interview du Dr Emmanuel Mahé

Service de Dermatologie et pathologies vasculaires, Centre Hospitalier d'Argenteuil, Argenteuil.

Comment se caractérise une peau psoriasique ? Quels sont les symptômes objectifs et subjectifs ? Existe-t-il des peaux psoriasiques sans prurit ?

Dr E. M. : La peau psoriasique se traduit cliniquement par un érythème, un épaississement cutané et des squames souvent épaisses. Ces signes traduisent la physiopathologie : inflammation et renouvellement kératinocytaire quantitativement (accélération du renouvellement cutané) et qualitativement (parakératose) anormal. Il s'agit là des signes objectifs constatés lors de l'examen clinique. Dans des formes très kératosiques, nous pouvons aussi observer des fissures soit directement sur les plaques (psoriasis crétacé) (***fig. 16***), soit sur des zones de forte contrainte comme les paumes et les plantes (***fig. 17***). Il existe par ailleurs des formes pustuleuses, localisées (psoriasis palmoplantaire) ou généralisées.

Les symptômes (signes subjectifs) sont variables d'un patient à l'autre, tant dans la sensation que dans son intensité. Un prurit, une gêne difficile à verbaliser comme des picotements, une sensation de brûlure, voire de vraies douleurs peuvent être décrits. Le prurit touche

Fig 16 : Plaques de psoriasis.

Fig 17 : Fissures palmaires.

80 à 90 % des patients psoriasiques. La zone la plus prurigineuse semble être le cuir chevelu. S'il est fréquent et très invalidant, le prurit est néanmoins en général beaucoup moins sévère que dans la dermatite atopique, l'autre grande "dermatose inflammatoire chronique".

Quelle est la prévalence de la douleur cutanée chez les individus atteints de psoriasis ?

Dr E. M. : Jusqu'à 40 % des patients atteints de psoriasis rapportent des douleurs associées à leur maladie. Les symptômes varient d'un patient à l'autre : picotement, sensations de décharges, brûlure, hyperesthésie, allodynie, etc. Ces études se concentrent sur les douleurs liées à la plaque de psoriasis.

Quels sont les signes cliniques à l'origine de la douleur dans une peau psoriasique ?

Dr E. M. : Nous pouvons distinguer plusieurs grands types de lésions et mécanismes induisant des douleurs :

>>> Les douleurs "mécaniques" directement liées au contraintes physiques

Fig 18 : Hyperkératose talonnière douloureuse à la marche.

comme celles liées à l'hyperkératose (appui du talon) (***fig. 18***), celles induites par les fissures (palmoplantaires, inguinales sur psoriasis inversé par exemple), ou liées aux onychopathies (périonyxis, pachyonychie douloureuse).

>>> Les douleurs "chimiques" à ne pas négliger, que l'on peut observer avec les langues fissuraires très invalidantes (***fig. 19***). Elles peuvent être permanentes ou accentuées par la prise d'aliments, notamment acides ou amers. Un équivalent s'observe dans les fissures des

Fig 19 : Langue fissuraire chez une enfant de 8 ans empêchant la prise d'aliments acides ou amers.

psoriasis inversés, la douleur étant probablement favorisée par la macération et la sudation.

>>> Certaines douleurs ne sont pas liées directement à la peau psoriasique mais à des complications ou des comorbidités. On peut citer la surinfection de fissures psoriasiques inguinales ou interfessières, ou la douleur projetée d'une atteinte articulaire.

>>> Les douleurs inflammatoires, les plus difficiles à appréhender, directement liées à la plaque de psoriasis, qui sont plus chroniques, indépendantes de stimuli extérieurs, pouvant être aiguës ou plus lancinantes. Dans ce cas, il semble que l'inflammation locale et les altérations dermo-épidermiques stimuleraient de façon non spécifique les fibres nerveuses nociceptives. Ces douleurs neurologiques se traduisent volontiers sous forme d'hyperesthésies et d'allodynies. La genèse de cette douleur ferait intervenir la stimulation de différentes protéines impliquées dans les voies nerveuses telles que la substance P, le *Vasoactive intestinal peptide* (VIP) ou le *Nerve growth factor* (NGF).

Observe-t-on une coexistence du prurit et de la douleur chez un patient atteint de psoriasis comme décrit pour la DA ? Pourquoi ?

Dr E. M. : Oui. Même si des voies nerveuses différentes sont impliquées dans ces 2 sensations, ces symptômes peuvent coexister. Il est d'ailleurs intéressant de voir que, dans de nombreuses publications, ces symptômes sont étudiés de façon concomitante, voire que le prurit est alors considéré comme une forme d'expression de la douleur ! Il est aussi clair qu'il s'agit de symptômes fonctionnels et donc subjectifs. La différence entre un prurit, un picotement ou une légère hyperesthésie peut être difficile à faire et à verbaliser.

Quelles thérapies recommandez-vous chez des individus souffrant de psoriasis douloureux ?

Dr E. M. : En pratique, il faut agir avec bon sens ! Toutes ces douleurs sont directement liées à la plaque et il faut se concentrer sur le traitement "classique" du psoriasis : réduire l'hyperkératose (émollients, rétinoïdes, urée, acide salicylique) et l'inflammation (corticoïdes, vitamine D). Sur les fissures des plis, il faudra combattre la surinfection, notamment au niveau inguinal et interfessier ; sur l'hyperkératose traumatisante, il faudra réduire cette hyperkératose rapidement, etc.

Le traitement de la douleur spécifique de la plaque n'est pas codifié. Il a cependant été montré que même une amélioration modérée des symptômes physiques pouvait améliorer la douleur de façon importante. Dans les douleurs difficiles à contrôler, d'autres alternatives ont été proposés comme les anti-inflammatoires, les analgésiques locaux, voire les antalgiques opiacés. Plus récemment, les nouvelles thérapeutiques systémiques incluant les biothérapies ont montré un intérêt pour contrôler prurit et douleur associés au psoriasis. Enfin, un soutien psychologique peut parfois être nécessaire.

Une interview du Dr Patrick Guillot

Service de Dermatologie, Centre médico-chirurgical Wallerstein, Arès.

Pouvez-vous caractériser les différents types de douleurs en post-acte en fonction de l'acte dermatologique ?

Dr P. G. : Il s'agit très majoritairement de douleurs aiguës dont la durée est de quelques minutes à quelques heures, plus rarement quelques jours. Beaucoup moins fréquentes sont les douleurs dont la durée excède plusieurs jours ; encore plus rares sont les douleurs chroniques (par exemple, celles liées au développement d'un névrome par blessure d'un nerf sensitif après chirurgie).

En fonction de critères définis par des échelles numériques simples (EVA), on peut habituellement évaluer et quantifier l'intensité de la douleur avec des douleurs minimes (scores de 1 à 3), modérées à sévères (4 à 6), et des douleurs intenses (entre 7 et 10). Dans l'étude observationnelle de Talour *et al.* (*Ann Dermatol Venereol,* 2013;140:5-14), 546 questionnaires sur la douleur ont été analysés. 45,4 % des patients avaient une douleur minime, 34,5 % une douleur modérée à sévère et 20,1 % une douleur intense.

Certains gestes techniques sont difficilement concevables sans anesthésie locale (biopsies cutanées, exérèses chirurgicales). Les suites opératoires sont donc moins douloureuses, liées à l'effet analgésique postopératoire de l'anesthésique local, cet effet étant d'ailleurs plus ou moins durable selon le choix du produit anesthésique. En revanche, d'autres types d'actes sont réalisés sans aucune anesthésie, ou avec des alternatives plus limitées (pulvérisation de cryosprays à -45 °C, refroidissement avec de l'air froid pulsé par un appareil, crème ou gel anes-

thésique topique contenant lidocaïne et prilocaïne). C'est le cas avec l'utilisation de certains lasers vasculaires ou pigmentaires, de lasers d'épilation, la réalisation de peelings superficiels et moyens par exemple. La nature du ressenti de la douleur est souvent exprimée par les termes suivants : picotements, tiraillements, chaleur, "coups d'élastique" avec les lasers, brûlures, plus rarement décharges électriques.

Quels sont les symptômes objectifs et subjectifs de la douleur en post-acte dermatologique interventionnel ?

Dr P. G. : Les symptômes objectifs peuvent correspondre à une multitude d'expressions verbales ou gestuelles. Il apparaît que les symptômes, au moins subjectifs mais probablement aussi objectifs, peuvent être mieux supportés grâce à des techniques encore largement sous-utilisées comme l'hypnose conversationnelle ou l'inhalation de protoxyde d'azote.

L'hypnose conversationnelle est une pratique de l'hypnose où existe un échange entre deux interlocuteurs : l'un est un praticien professionnel et l'autre le patient qui cherche à trouver des solutions à son trouble émotionnel. C'est une façon de mobiliser et de modifier subtilement l'inconscient ou le comportement d'une personne sans qu'il s'en rende compte. Cette forme d'hypnose est axée sur la conversation ou la communication. On l'appelle encore hypnose indirecte ou hypnose ericksonienne, du nom de son créateur Milton Erickson.

L'âge et le sexe interviennent aussi : des études relèvent des scores de douleur plus élevés (mais dans une analyse univariée toutefois) pour les classes d'âge les plus jeunes, ainsi que des scores plus élevés chez les femmes que chez les hommes. L'évaluation de la douleur est par ailleurs extrêmement variable avec, pour un même geste, dans une localisation anatomique identique, des scores très différents d'un patient à l'autre ! Il n'est donc pas possible de définir, en fonction d'un acte, un type de douleur, une fréquence ou encore la durée de celle-ci.

Par rapport à une référence que représente la tête et le cou, siège anatomique très fréquent pour la réalisation de nombreux gestes techniques en dermatologie, les localisations les plus douloureuses sont les extrémités (doigts et orteils), les paumes et plantes, zones où le nombre de nocicepteurs est plus élevé et le seuil d'activation le plus bas.

Quelles sont les voies de la douleur mises en jeu dans chacun des actes que vous réalisez ?

Dr P. G. : On décrit les nocirécepteurs cutanés kératinocytaires (PAR2), les récepteurs opioïdes μ et δ, les récepteurs cannabinoïdes CB2, la voie TRPM8 (au niveau terminaisons des neurones sensitifs primaires).

La prise en charge de la douleur par un produit associant des propriétés anti-inflammatoires et antalgiques serait-elle une solution pour vous ?

Dr P. G. : Incontestablement. De toute évidence, la douleur est insuffisamment prise en charge soit parce qu'elle est sous-évaluée par l'opérateur, soit parce que ce dernier ne maîtrise pas complètement l'arsenal des procédures antalgiques, notamment préventives. On sait par ailleurs tout l'intérêt d'associer différentes techniques antalgiques ainsi que différentes molécules.

AVOINE DERMATOLOGIQUE

A-DERMA
AVOINE RHEALBA®

“Prendre soin des peaux fragiles est dans notre nature”

AVOINE RHEALBA®
AGRICULTURE BIO
BY A-DERMA

Au quotidien et depuis 35 ans, A-DERMA rééquilibre, apaise et répare toutes les peaux fragiles, dont la barrière cutanée est vulnérable. A-DERMA s'engage à leur apporter l'efficacité naturelle de son extrait d'Avoine Rhealba®, cultivée à 100% dans le Sud-Ouest de la France en Agriculture Biologique.

Disponible en Pharmacie et Parapharmacie.

Concept : Fove - Photo : B.Juminer

A-DERMA
AVOINE RHEALBA®
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

MIEUX DANS SA PEAU, MÊME FRAGILE
ungestepourlapeau.aderma.fr

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

INNOVATION

CUTALGAN

CALME IMMÉDIATEMENT ET POUR 6 HEURES*

Apaise les sensations **d'inconfort** qui peuvent être ressenties comme **douloureuses** : **tiraillements**, sensations de **démangeaisons**** et **d'échauffements.**

* Etude clinique réalisée sur 60 sujets.
** Liées à la sécheresse cutanée.

A-DERMA
AVOINE RHEALBA®
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

MIEUX DANS SA PEAU, MÊME FRAGILE
ungestepourlapeau.aderma.fr

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique