

Actualités

Influence du genre dans le retentissement des maladies inflammatoires chroniques en rhumatologie et en dermatologie

Compte rendu rédigé par le Dr Émilie BRENAUT,
Service de Dermatologie, CHU, BREST.

UCB, entreprise biopharmaceutique mondiale, a organisé dernièrement une réunion professionnelle sur le thème “Influence du genre dans le retentissement des maladies inflammatoires chroniques en rhumatologie et en dermatologie” à laquelle participaient les Prs Laurent Misery, dermatologue au CHU de Brest, et Alain Saraux, rhumatologue au CHU de Brest. Les intervenants ont abordé dans un premier temps le retentissement social et psychologique des maladies inflammatoires chroniques et, dans un second temps, le retentissement sur les projets de vie et la vie intime des patients.

Retentissement social et psychologique des maladies inflammatoires chroniques

Le rhumatisme psoriasique est certainement la pathologie pour laquelle dermatologues et rhumatologues sont le plus souvent en lien. Sa perception est largement influencée par la spécialité du médecin, les patients suivis de façon dominante par les dermatologues souffrant surtout de leurs lésions cutanées alors que ceux consultant des rhumatologues sont avant tout gênés par leurs atteintes articulaires. La perception de la sévérité du psoriasis ou du rhumatisme psoriasique est également différente en fonction du sexe et du genre des patients, de leur mode de vie, de leurs pathologies associées.

1. Différences de perception dans les rhumatismes inflammatoires associés au psoriasis

Pour le rhumatologue, un patient consultant pour une pathologie rhumatologique inflammatoire associée à un psoriasis

sera classé dans un des cadres pathologiques suivants :

- les spondyloarthrites axiales au sens large (dont la dominante est rachidienne) appelées autrefois spondylarthrites ankylosantes lorsque l’atteinte des articulations sacro-iliaques était uniquement observée par une radiographie ;
- un rhumatisme psoriasique périphérique classé en France parmi les spondyloarthrites périphériques ;
- les rhumatismes fortuitement associés à un psoriasis, par exemple un lupus ou n’importe quelle autre pathologie rhumatologique associée à un psoriasis compte tenu de la fréquence de cette dermatose.

Ainsi donc, si la pathologie rhumatologique est réellement en lien avec le psoriasis, elle sera classée dans le grand groupe des spondyloarthrites et le raisonnement sera de savoir s’il s’agit d’une forme dominante axiale (schématiquement les patients ont mal au dos) ou dominante périphérique (les patients ont surtout des arthrites) en retenant qu’une des caractéristiques du rhumatisme psor-

iasique est la classique atteinte isolée des articulations interphalangiennes distales.

Si ces aspects diagnostiques sont identiques quel que soit le sexe, la prise en charge des spondyloarthrites est volontiers différente chez l’homme et la femme et ce, pour différentes raisons. En France, la spondyloarthrite a toujours été considérée comme une maladie masculine (spondylarthrite ankylosante). Bien qu’aujourd’hui les spondyloarthrites soient séparées en sous-groupes, cette perception persiste et le délai de diagnostic des spondyloarthrites est plus long chez les femmes que chez les hommes. Dans une méta-analyse, la majorité des études était en effet en faveur d’un diagnostic plus tardif chez les femmes [1]. La présentation différente de la maladie peut être une autre explication. Si la maladie rhumatologique est par exemple moins objective (enthésopathies sans arthrites), le diagnostic sera posé plus tardivement.

Dans la cohorte française DESIR ayant inclus des patients présentant des lom-

Actualités

balgies inflammatoires, la présentation clinique est différente avec une fréquence plus élevée d'enthésites et de dactylites en cas de psoriasis [2]. Ainsi, le rhumatisme psoriasique apparaît comme un sous-groupe particulier parmi les spondyloarthrites par la fréquence des dactylites et des enthésites alors que le nombre d'arthrites périphériques est identique à celui des autres sous-groupes de spondyloarthrites.

Au sein même des spondyloarthrites, le diagnostic est plus rapide en cas d'atteinte radiographique et on note que, parmi les spondyloarthrites radiographiques, 60 % concernent des hommes et que cette même proportion est retrouvée chez les femmes pour les formes non radiographiques [3].

Bien que les formes masculines soient plus sévères et plus détériorées à l'imagerie, sur le plan fonctionnel, une analyse multivariée a montré que le sexe féminin, le niveau d'instruction, le tabagisme et l'activité de la maladie sont associés à une moins bonne fonction [4]. Ainsi, les femmes ont des formes moins sévères sur le plan radiographique mais des formes plus gênantes sur le plan fonctionnel. Cela est particulièrement vrai pour les formes psoriasiques qui sont plutôt des formes enthésitiques avec moins de composante axiale. Le sexe féminin est également nettement associé à la fatigue liée aux spondyloarthrites, avec un mécanisme peu clair.

Une revue de la littérature a été publiée récemment sur ce sujet [5] en reprenant trois grands mythes :

- les spondyloarthrites sont d'un point de vue physiopathologique identiques ;
- la spondyloarthrite axiale est prédominante chez l'homme ;
- la spondyloarthrite axiale est plus sévère chez l'homme.

Les spondyloarthrites sont différentes selon le sexe : les femmes ont plus d'enthésites, elles vont avoir plus souvent un psoriasis, plus souvent des arthrites périphériques alors qu'à l'inverse il y aura plus de comorbidités chez les hommes.

Les scores d'activité subjectifs comme le BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*, questionnaire mesurant l'activité de la maladie grâce à la somme d'échelles visuelles du patient sur sa fatigue, sa douleur, sa raideur) sont également plus élevés chez les femmes alors que les scores utilisant des critères objectifs comme l'ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*, questionnaire mesurant les aspects du BASDAI grâce à la somme d'échelles visuelles du patient, ainsi que l'inflammation par le dosage de la CRP) sont sensiblement équivalents dans les deux populations. La qualité de vie (mesurée par l'ASQOol, l'EuroQoL) est, elle, plus altérée chez les femmes [5].

Le nombre de points douloureux au niveau des tendons (évalué avec le score MASES : *Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis*) est également plus important chez les femmes, contrairement aux outils évaluant la mobilité rachidienne qui sont plus altérés chez les hommes.

Enfin, concernant le traitement, le maintien thérapeutique est moins bon chez les femmes en raison d'une moins bonne réponse sur les échelles subjectives comme le BASDAI, amenant à des modifications de thérapeutique plus fréquentes.

2. Différences de perception dans le psoriasis cutané

Si l'on se focalise sur le vécu psychologique, la dépression est fréquente chez les patients qui ont un psoriasis, et cette fréquence est un peu plus élevée chez les femmes, surtout quand elles sont enceintes. Chez les patients ayant un psoriasis, le score PASI est plus élevé chez les hommes alors que la qualité de vie liée aux atteintes cutanées et mesurée par le DLQI apparaît plus altérée chez les femmes [6].

Dans une très belle étude présentée à l'EADV en 2019, la sensation de bonheur apparaît diminuée chez les patients ayant un psoriasis par rapport à la population générale et, à l'inverse, les sentiments de

solitude et de stress vécus sont plus présents que dans la population générale. Des différences peuvent ici aussi être liées au genre. Le sentiment d'être déprimé, d'être vraiment atteint ou d'être peu productif est nettement plus important chez les femmes que chez les hommes [7]. Le vécu des hommes est moins sévère, l'élément altérant le plus leur qualité de vie étant l'atteinte sur la vie sexuelle.

Les patients qui ont un psoriasis rapportent souvent une stigmatisation, encore plus prononcée chez les femmes que chez les hommes. Ce sentiment de stigmatisation est moindre quand le soutien social et amoureux est plus présent, et plus important quand les lésions cutanées sont étendues. Fait intéressant, un phénomène de résilience a été rapporté, c'est-à-dire que le sentiment de stigmatisation serait d'autant moins important que la maladie est ancienne, soit parce que les patients s'habituent au regard des autres, soit parce qu'ils prennent conscience qu'ils ne sont pas tant stigmatisés qu'ils pouvaient le croire. La stigmatisation conduit bien sûr à une aggravation de la dépression [8].

Les lésions de psoriasis du dos des mains sont très visibles malgré une faible surface cutanée, et cette localisation est très importante dans la vie socio-professionnelle. Les femmes sont plus atteintes dans leur vécu par ces lésions du dos des mains avec un sentiment global de stigmatisation et une crainte d'être rejetées nettement plus importante [9].

3. Différences de perception dans le rhumatisme psoriasique

Enfin, une étude observationnelle a comparé les sous-scores du SF36 (qui donne une idée globale sur la qualité de vie du patient, sur les plans physique et mental) dans le psoriasis et le rhumatisme psoriasique. La santé mentale est impactée de façon identique dans les deux maladies mais la santé physique est bien plus impactée dans le rhumatisme psoriasique que dans le psoriasis [10]. De nombreux

patients ayant un rhumatisme psoriasique sont dépressifs (22 %) et plus d'un malade sur 3 souffre d'anxiété. Le facteur le plus associé à l'anxiété dans le rhumatisme psoriasique est le sexe féminin [11].

Retentissement sur les projets de vie et la vie intime des patients

Pour mesurer l'impact du psoriasis et du rhumatisme psoriasique sur la sexualité, il est important de disposer d'échelles pertinentes et si possible spécifiques. L'échelle QualipsoSex, simple d'utilisation, a été mise en place et validée par des rhumatologues et des dermatologues français [12].

Le retentissement sexuel du psoriasis est bien sûr lié à la présence de lésions génitales mais pas uniquement et même bien au-delà. L'atteinte des mains, en particulier, pourrait même être plus importante sur le contexte psychologique, la dépression et le retentissement sur la sexualité [12]. L'atteinte du visage, fort rare heureusement, est également très délétère. Le psoriasis génital a un impact important sur la sexualité des patients davantage en raison des symptômes, comme les démangeaisons, la douleur et le picotement pendant les rapports sexuels, que de la visibilité même de ces lésions [13].

Une étude américaine menée sur une grande cohorte a analysé la répercussion du psoriasis sur le planning familial. L'étude montre que 79 % des patientes en ont parlé avec leur dermatologue ou rhumatologue et, étonnamment, 25 % avec leur gynécologue-obstétricien. La discussion du planning familial avec un professionnel (rhumatologue ou dermatologue) est le plus souvent initiée par la patiente elle-même (45,8 %) ou son partenaire (46,9 %). Par ailleurs, une partie des patientes (20 %) ne préviennent leur dermatologue ou rhumatologue de leur grossesse que 2 à 6 mois après en avoir eu connaissance [14].

Dans le registre espagnol BIOBADADERM, les femmes sembleraient avoir une diminution de fertilité lorsqu'elles sont atteintes

de psoriasis modéré à sévère. Les raisons sont diverses et variées et probablement non liées directement à la maladie, mais parfois liées au traitement ou, plus souvent, à des facteurs psychologiques [15].

Une étude française de vraie vie menée chez 235 femmes a montré que les femmes en âge de procréer et atteintes de psoriasis se sentent concernées mais ne sont majoritairement pas inquiètes de l'impact de leur maladie et des traitements associés sur leur grossesse (52 % et 42 % respectivement), mais 31 % d'entre elles sont néanmoins moyennement à énormément inquiètes des conséquences de leur psoriasis sur leur enfant [16].

Il y a des différences globales entre les populations masculine et féminine, entre les patients plutôt atteints par un psoriasis ou plutôt par un rhumatisme psoriasique, et il est très intéressant de croiser les regards du dermatologue et du rhumatologue sur ces sujets, le rhumatologue abordant davantage l'impact de la maladie sur la pratique sportive et le dermatologue évaluant davantage l'impact sur la vie sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE

- JOVANI V, BLASCO-BLASCO M, RUIZ-CANTERO MT *et al.* Understanding How the Diagnostic Delay of Spondyloarthritis Differs Between Women and Men: A Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*, 2017;44:174-183.
- RICHETTE P, TUBACH F, BREBAN M *et al.* Psoriasis and phenotype of patients with early inflammatory back pain. *Ann Rheum Dis*, 2013;72:566-571.
- LÓPEZ-MEDINA C, MOLTO A, CLAUDEPIERRE P *et al.* Clinical manifestations, disease activity and disease burden of radiographic versus non-radiographic axial spondyloarthritis over 5 years of follow-up in the DESIR cohort. *Ann Rheum Dis*, 2020;79:209-216.
- LUKAS C, DOUGADOS M, COMBE B. Factors associated with a bad functional prognosis in early inflammatory back pain: results from the DESIR cohort. *RMD Open*, 2016;2:e000204.
- RUSMAN T, VAN BENTUM RE, VAN DER HORST-BRUIJNSMA IE. Sex and gender differences in axial spondyloarthritis: myths and truths. *Rheumatology* (Oxford), 2020;59(Suppl4):iv38-iv46.
- LESUIS N, BEFRITS R, NYBERG F *et al.* Gender and the treatment of immune-mediated chronic inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, inflammatory bowel disease and psoriasis: an observational study. *BMC Med*, 2012;10:82.
- MAUL JT, NAVARINI AA, SOMMER R *et al.* Gender and age significantly determine patient needs and treatment goals in psoriasis - a lesson for practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:700-708.
- TAKUTA P, MARCINKIEWICZ K, BERGLER-CZOP B *et al.* How does stigma affect people with psoriasis? *Postepy Dermatol Alergol*, 2017;34:36-41.
- HAWRO M, MAURER M, WELLER K *et al.* Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2017;76:648-654.e2.
- ROSEN CF, MUSSANI F, CHANDRAN V *et al.* Patients with psoriatic arthritis have worse quality of life than those with psoriasis alone. *Rheumatology* (Oxford), 2012;51:571-576.
- MCDONOUGH E, AYEART R, EDER L *et al.* Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol*, 2014;41:887-896.
- LESPESSAILLES E, MAHÉ E, REGUIAI Z *et al.* Psychometric validation of a patient-reported outcome questionnaire (Qualipsosex) assessing the impact of psoriasis and psoriatic arthritis on patient perception of sexuality. *Medicine* (Baltimore), 2021;100:e24168.
- RYAN C, SADLER M, VOL ED *et al.* Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol*, 2015;72:978-983.
- LEBWOHL M, SIEGEL M, SHANKLE L *et al.* A Comprehensive survey assessing the family planning needs of women with psoriasis. Published Dec 17, 2018. OI <https://doi.org/10.25251/skin.2.suppl.90>
- GONZALEZ-CANTERO A, CARRETERO G, RIVERA R *et al.* Women with moderate-to-severe psoriasis in Spain (BIOBADADERM registry) show more than a 50% reduction in age-adjusted fertility rate when compared with the general population. *Br J Dermatol*, 2019;181:1085-1087.
- MACCARI F, FOUGEROUSSE AC, REGUIAI Z *et al.* Contraception, sexuality and pregnancy in women with psoriasis: real-life experience of 235 women. *Clin Cosmet Investig Dermatol*, 2020;13:817-823.

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