Quoi de neuf dans la prise en charge du psoriasis ?

Nathalie QUILES TSIMARATOS
Service de Dermatologie
Hôpital Saint Joseph
Marseille

2013

Le psoriasis

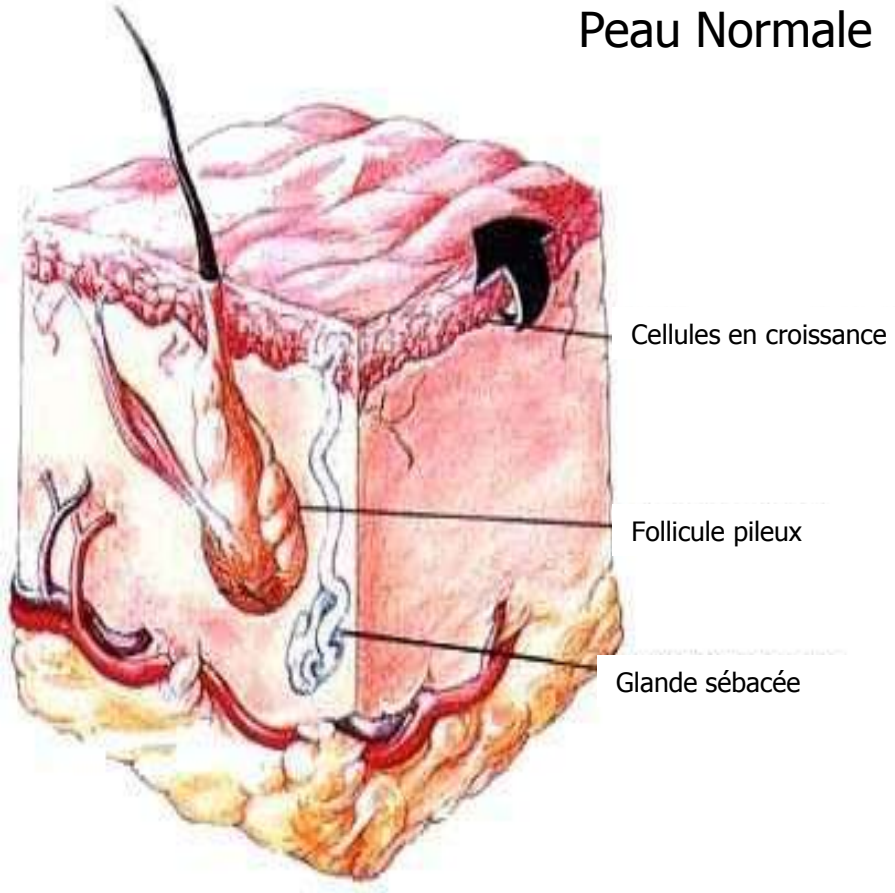
- Affection dermatologique très fréquente, touche 2% de la population

- Maladie inflammatoire et **immunologique** multifactorielle impliquant :
  - **Un terrain** génétique
  - **Des perturbations du** système immunitaire
  - **Des** facteurs environnementaux :
    - infections virale et bactérienne,
    - médicaments (lithium, AINS, béta-bloquants, corticothérapie générale…),
    - alcool, tabac,
    - stress physique et psychique interagissant avec le système immunitaire.

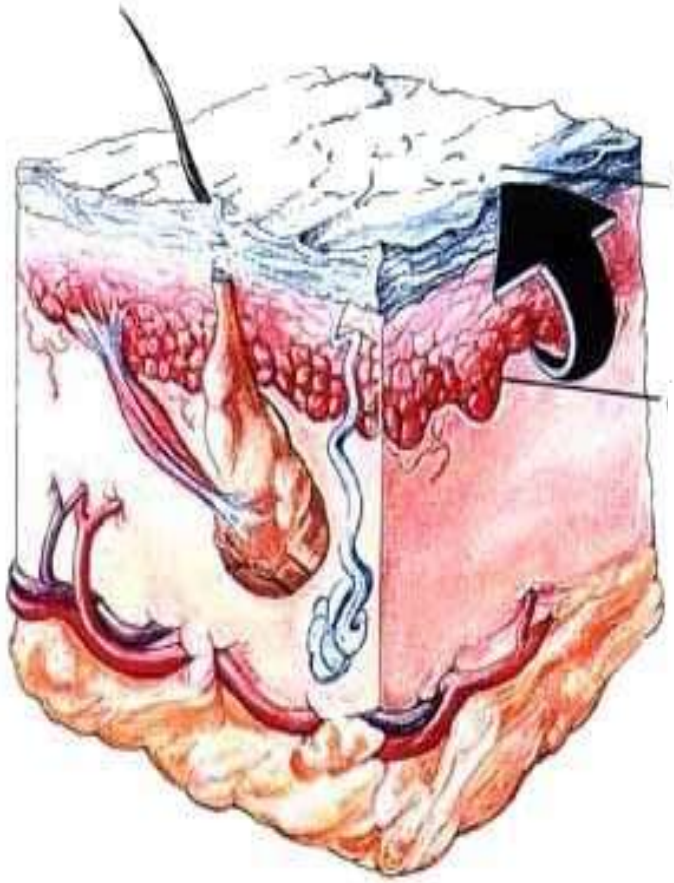
Dubertret L. Le psoriasis, de la clinique au traitement. Editions Med'com. 2004

Physiopathologie

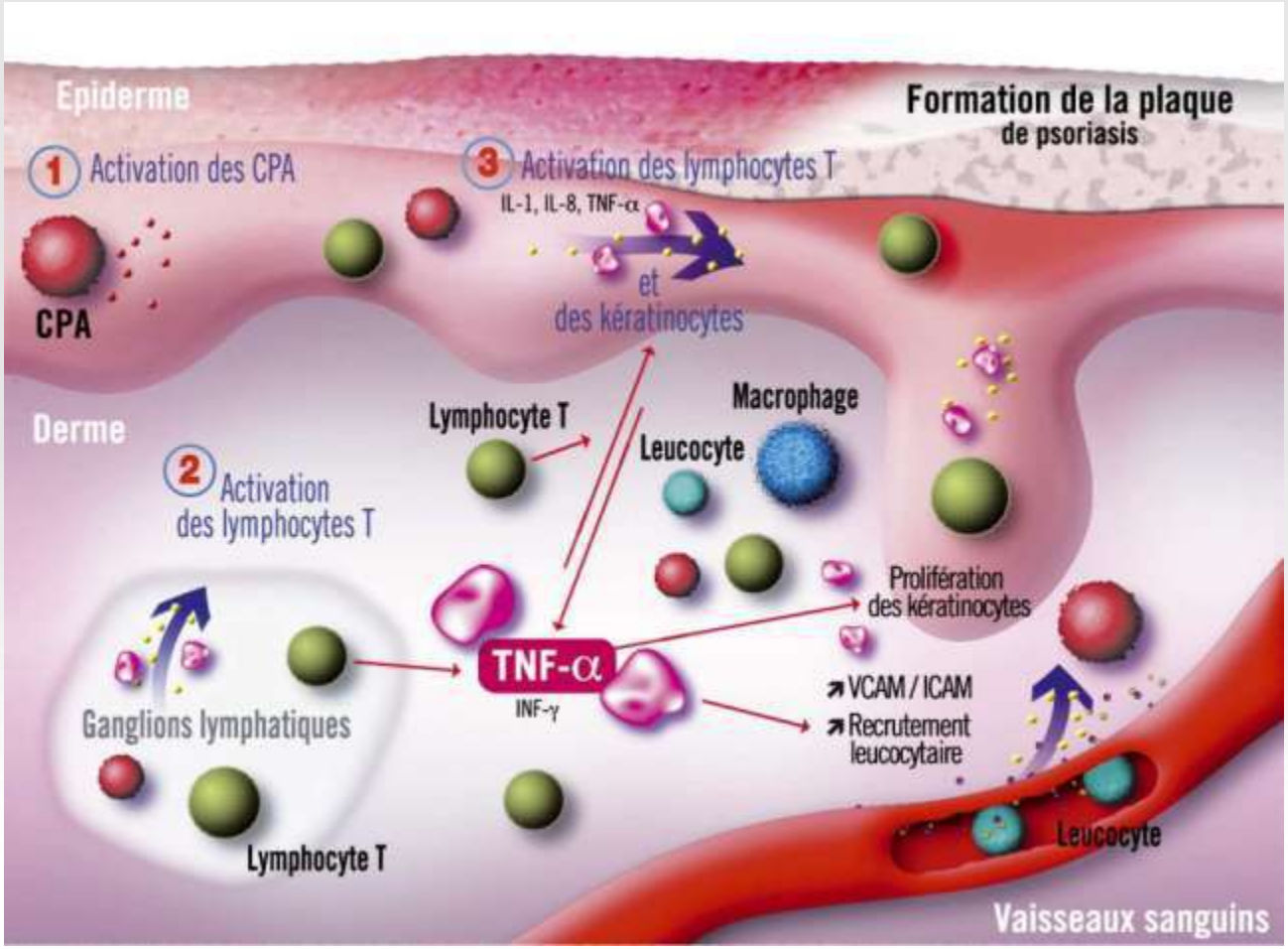
Peau Normale



Psoriasis



Physiopathologie complexe



Evolution

- Maladie persistant en général **toute la vie** du patient[1]
- Alternance de poussées et de rémissions spontanées[1]
- Rhumatisme psoriasique associé dans 10 à 25 % des cas
- Comorbidités possibles [1, 2, 3, 4]:
  - Fréquence plus élevée de pathologies cardio-métaboliques (obésité, diabète de type 2, dyslipidémie, HTA, syndrome métabolique, stéatose hépatique non alcoolique)
  - Dépression dans 30 % des cas, idées suicidaires chez 10% des patients
- **Impact important de la maladie sur la qualité de vie[2]**

(1)Nickoloff BJ And Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. J. Clin. Invest. 2006;113:1664-75.

(2)Dubertret L. Le psoriasis, de la clinique au traitement. Editions Med'com. 2004.

(3)Luba KM and Stulberg DL. Chronique Plaque Psoriasis. Am. Fam. Physician.2006;73:636-44

(4) Sommer DM and al. Increased prevalence of the metabolic syndrom in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res. 2006;298:321-

Clinique du psoriasis en plaques

- Zones de prédilection :

✓ **Coudes, genoux, sacrum, cuir chevelu**

✓ **mais toujours penser aux ongles, périnée et tous les plis, atteinte rhumatologique….**

Autres formes cliniques

- Psoriasis inversé (les plis)
- Psoriasis palmo-plantaire (pustuleux ou non)
- Psoriasis unguéal
- En gouttes
- Psoriasis érythrodermique
- Psoriasis pustuleux
- Rhumatisme psoriasique

Polymorphisme des phénotypes cliniques du psoriasis

Images: Pr Bachelez

http://dermis.net

http://dermnet

http://dermnet

http://dermis.net

http://dermis.net

http://dermis.net

http://dermis.net

http://dermis.net

GURUHOU

http://dermis.net

Comorbidités

- Dépression dans 30 % des cas, idées suicidaires chez 10% des patients
  Impact important de la maladie sur la qualité de vie(2)

(1)Nickoloff BJ And Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. J. Clin. Invest. 2006;113:1664-75.
(2)Dubertret L. Le psoriasis, de la clinique au traitement. Editions Med'com. 2004.
(3)Luba KM and Stulberg DL. Chronique Plaque Psoriasis. Am. Fam. Physician.2006;73:636-44
(4) Sommer DM and al. Increased prevalence of the metabolic syndrom in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res. 2006;298:321-8

Comorbidités

- Fréquence des pathologies cardio-métaboliques
  - Obésité
  - Diabète de type 2 (x1.5)
  - Dyslipidémie
  - HTA
  - Syndrome métabolique (x1.5)
  - Stéatose hépatique non alcoolique

  D'où augmentation risque cardiovasculaire surtout chez les jeunes!
- Les rechercher devant tout psoriasis modéré à sévère

(1)Nickoloff BJ And Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. J. Clin. Invest. 2006;113:1664-75.
(2)Dubertret L. Le psoriasis, de la clinique au traitement. Editions Med'com. 2004.
(3)Luba KM and Stulberg DL. Chronique Plaque Psoriasis. Am. Fam. Physician.2006;73:636-44
(4) Sommer DM and al. Increased prevalence of the metabolic syndrom in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res. 2006;298:321-8

Psoriasis et comorbidités psychiatriques

- Fréquence estimée à 30 % chez les patients psoriasiques[1], jusqu'à 62 % selon une enquête italienne[2]
- **Dépression – idées suicidaires[3]**
- **Interaction avec relation sociale, économique et culturelle.**
- Alcoolisme : fréquence de 18 % *vs* 2 % dans une population contrôle[4]
  - Risque plus élevé en cas de psoriasis sévère [5]

(1) Bouguéon K *et al.* Ann Dermatol Venereol. 2008;135 Suppl 4:S254-8.
(2) Esposito M *et al.* Dermatology. 2006;212:123-7.
(3) (Kurd SK et al. Arch Dermatol 2010 ; 146 : 891-95)
(4) Bessis D. Ann Dermatol Venereol 2008;135(5):S285-9.
(5) Wolf R. *et al.* Clinics in dermatology 1999;17:423-30.

Rhumatisme psoriasique

Il doit être **recherché systématiquement** car il doit être traité le plus tôt possible.
Un retard de traitement expose à une **destruction articulaire définitive.**

- C'est un rhumatisme inflammatoire.
- Les atteintes peuvent être
  - périphériques (genoux, poignets, mains et/ou pieds)
  - axiales (cervicales, dorsales et/ou lombaires)
  - mixtes.
- Il apparaît à tout moment de l'évolution cutanée. avant ou après ou concomittant.

(1)Bachelez H et al. Détection précoce du rhumatisme psoriasique : quels outils en pratique? Ann Dermatol Venerol 2011;138 : 6-9.

Évolution

- L'évolution est chronique, avec alternance de poussées et de blanchiment
- Pas de guérison
- Les poussées de psoriasis sont imprévisibles
- Leur fréquence est très variable

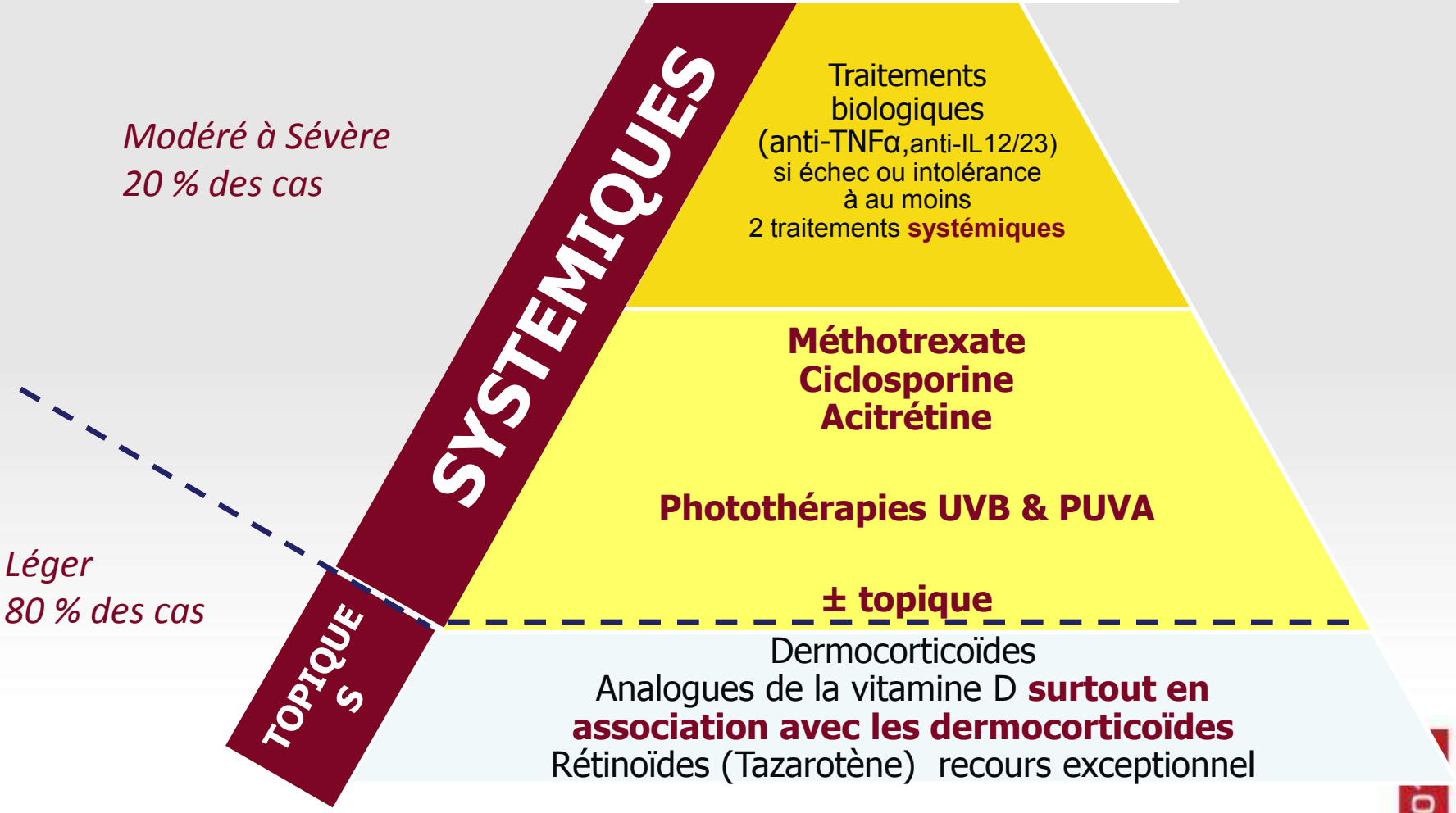
Traitement

Le psoriasis ne guérit pas

On proposera des traitements symptomatiques qui diminuent l'étendue des lésions et améliorent la qualité de vie des patients lors des poussées.

MAIS IL Y A DES TRAITEMENTS!!!!!!!!!!

Prise en charge thérapeutique du psoriasis en plaques

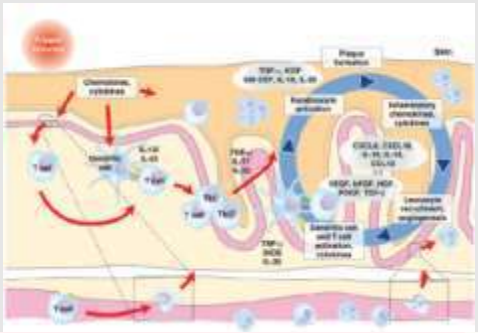


Nast A et al. J Dtsch DermatolGes. 2011; 9 (Suppl. 2): S1-S104

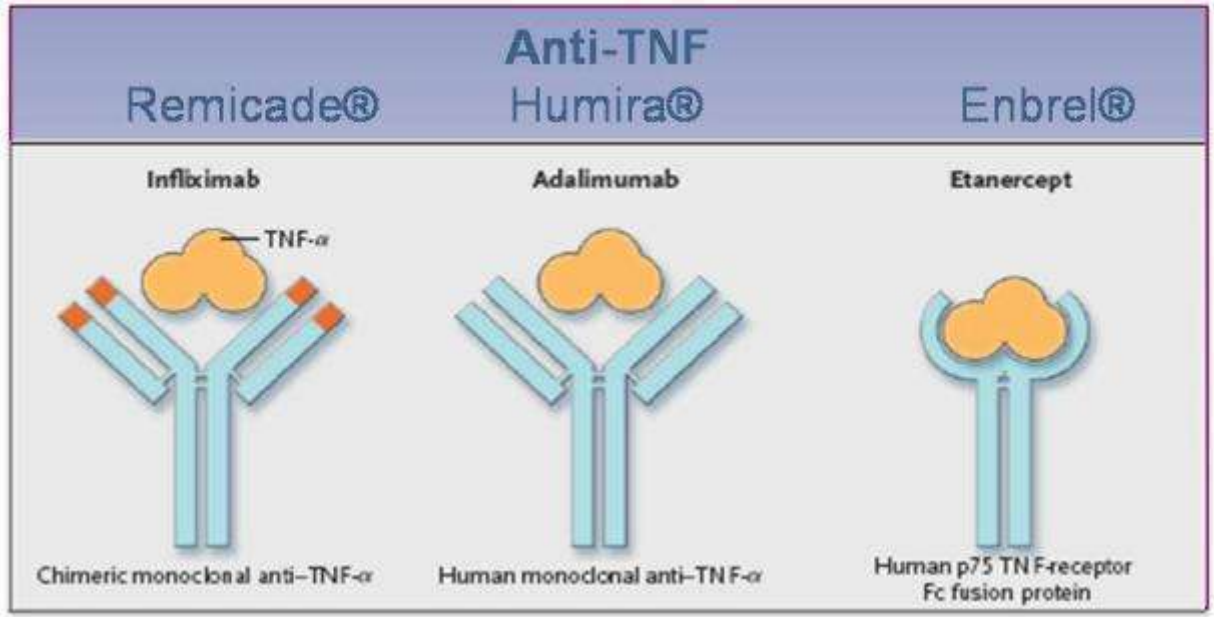
Vidal Recos® Recommandations en pratique 2012 – 4e édition

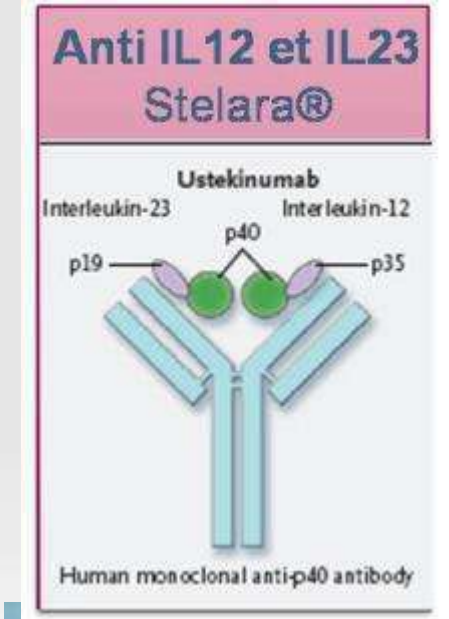
Traitements systémiques classiques

	Délai de blanchiment (semaines)	Capacité de blanchiment	Capacité d'entretien ou de maintenance	Toxicité cumulative	Indication idéale
Photothérapie	4-8	+++	-	Carcinogénicité	Attaque
Ciclosporine	4 -8	+++	-	Néphrotoxicité	Attaque
Acitrétine	8-12	+	+++		Entretien
MTX	8-16	+++	+++	Hépatotoxicité	Entretien



Traitements biologiques :





Voies sous-cutanées :
de 2 fois par semaine à 1 fois toutes les 12 semaines

Voie intra-veineuse (infliximab) :
entretien toutes les 6-8 semaines

2013

Stratégies thérapeutiques, recommandations…

Critères de choix entre les systémiques, et entre biothérapies

Prurit

Disponibilité personnelle et géographique

Atteinte articulaire

Age

Sexe

Observance

Etendue du psoriasis

Parcours thérapeutique

Désir de grossesse

Objectif thérapeutique

Diabète

Souffrance psychique

Insuffisance rénale

Type de psoriasis

Risque cardio-vasculaire

Risque néoplasique

Insuffisance hépatique

Surpoids

Risque infectieux

Interactions médicamenteuses

Localisation des lésions

Sévérité (PASI) du psoriasis

2013

« Accompagnement » et Dialogu

- « Education thérapeutique »
  - Collaboration avec APLCP = France psoriasis

- Information sur la maladie, les traitements, la vie avec un psoriasis, sur le rôle aggravant mais non causal du « stress », les idées fausses…
- **Patients, médecins, entourage, public**

2013

En conclusion

- Le psoriasis est une maladie générale
- Il a des conséquences très lourdes sur la vie des patients
  - tant au niveau physique
  - que psychologique.
- Retentissement +++ sur la qualité de vie

Iconographie

- DOIA dermis (http://www.dermis.net/)
- Bernard CRIBIER (Hospices Civils de Strasbourg)
  - Communication Interface 2005
- Google images
  - http://medecine.sante-dz.org
  - http://www.drvarlet.fr
  - http://www.medecine.ups-tlse.fr
  - http://www-sante.ujf-grenoble.fr