

Dr Eric ESTEVE
Chef de service de dermatologie
CHR ORLEANS

Psoriasis et Qualité de vie

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique. Elle est fréquente, et touche 2 à 3% de la population. Les principales zones atteintes sont : les coudes, les fesses, le cuir chevelu, la vulve, les régions inter-mammaire et palmo-plantaires. Les formes sont diverses : principalement en plaques, mais aussi en gouttes, et plus rarement et graves, les formes érythrodermiques et pustuleuses. Des formes plus rares atteignent de manière exclusive ou dominante les plis.

L'évolution du psoriasis se fait par poussées / rémission, ou de façon plus permanente.

C'est une maladie qui se déclenche sur un terrain génétique prédisposé.

On recense certaines comorbidités médicales associées au psoriasis :

- Obésité, Diabète, Hypertension
- Maladies cardiovasculaires
- Maladies auto-immunes
- Lymphomes, cancers cutanés
- Dépression et impact émotionnel

Il est incontestable que le psoriasis a un fort retentissement sur la qualité de vie.

Son évaluation passe en particulier par la mesure de la surface cutanée atteinte (topographie...) et par l'impact psychosocial du psoriasis.

La récente **Enquête EUROPSO** détaille l'impact du psoriasis sur la qualité de vie :

- 60% des patients travaillent moins
- 34% ne travaillent pas ou plus
- 50% ont des problèmes dans leur relation sexuelle

Il est aussi mis en évidence que le psoriasis a un impact quotidien sur : le choix des vêtements et le besoin d'en changer régulièrement, la fréquence des bains, l'activité sportive, le sommeil, le travail, ou la scolarité, et les relations sexuelles.

Le psoriasis, ses acteurs, leurs préoccupations :

Le patient : qualité de vie, retentissement psychosocial, anxiété, prurit, atteinte articulaire, insatisfaction vis-à-vis des traitements.

Le dermato : étendue du psoriasis, type de lésion, localisation, atteinte rhumatismale associée, impact psychosocial, bonne ou mauvaise réponse

L'employeur : retentissement sur l'aptitude à travailler, arrêts de travail, impact sur d'autres employés...

Le chercheur : surface atteinte, degré d'érythème, mécanismes de déclenchement des poussées, prédisposition génétique...

Organismes de santé et associations de patients

Les traitements :

- **Les corticoïdes locaux** : traitement de 1^{re} intention pour réduire l'inflammation.
- **Les rétinoïdes locaux** : dérivés de la Vitamine A
- **La photothérapie** : de rayons ultraviolets B ou A. Agit sur les défenses immunitaires, la multiplication cellulaire et l'inflammation. Dose totale à vérifier pour limiter le risque de cancers cutanés.
- **Les rétinoïdes généraux** : pour les formes sévères, en monothérapie ou associés à la PUVAthérapie. Surveillance des lipides sanguins et bilan hépatique. Contre indication chez femme enceinte ou en désir de grossesse.

Prescription
ambulatoire

- **Le Méthotrexate** : immunosuppresseur réservé aux formes cutanées graves (> 50% surface corporelle), et aux formes articulaires. Bilan clinique et biologique. Toxicité hépatique potentielle.
- **La Ciclosporine** : autre catégorie d'immunosuppresseur. Réservé aux formes résistantes et graves. En cas d'inefficacité, intolérance ou contre indications des autres traitements. Bilan clinique, radiologique et biologique préalable. Toxicité rénale potentielle.
- **Les Biothérapies** : psoriasis modéré à sévère, en cas d'inefficacité, intolérance ou contre indications aux autres traitements.

Prescription
hospitalière

Les biothérapies dans le psoriasis

Il s'agit de molécules fabriquées par différentes techniques de biologie moléculaire, destinées à bloquer la formation des lésions en ciblant différents stades du processus inflammatoire responsable de la formation des plaques.

Les mécanismes de formation du psoriasis font intervenir des cellules inflammatoires, les lymphocytes T (variété de globules blancs) et des protéines (dites cytokines, sécrétées par les lymphocytes T), comme le TNF alpha.

Les biothérapies se répartissent en deux groupes :

- les "anti-TNF" : l'infliximab (REMICADE), l'étanercept (ENBREL) et l'adalimumab (HUMIRA), qui bloquent l'action de cette molécule sur ses cellules cibles,
- l'éfalizumab (RAPTIVA), qui empêche certains phénomènes d'adhésion cellulaire des lymphocytes.

Seuls les patients en échec thérapeutique peuvent prétendre à ces médicaments, patients pour lesquels au moins deux des traitements suivants sont inefficaces ou contre-indiqués : la photothérapie, la ciclosporine, le méthotrexate.

Ce sont des traitements très onéreux (plus de 10 000 euros par an), donc le patient doit avoir une mutuelle ou être en ALD pour en bénéficier.

Le bilan pré-thérapeutique doit éliminer une infection sévère en cours (et notamment une tuberculose occulte pour tous les anti-TNF), un cancer sous-jacent, une insuffisance cardiaque, une grossesse (contraception obligatoire pour tous ces traitements).

	Mode administration	Durée cure	Efficacité	Surveillance
Infliximab	Voie intraveineuse – Milieu hospitalier	3 injections en 6 semaines – puis 1 ts les 2 mois. Traitement continu.	80% patients blanchis à 6 mois. Ensuite l'effet se réduit	Du risque infectieux
Etanercept	Injections sous cutanées à domicile	1 à 2 fois par semaine. Cure de 6 mois. Parfois renouvelable.	50% patients blanchis à 3 mois. Poursuite de l'efficacité dans le temps	Du risque infectieux
Efalizumab	Injections sous cutanées	1 fois par semaine. Traitement continu.	31% des patients blanchis à 6 mois.	
Adalimumab	A obtenu l'autorisation de mise sur le marché en janvier 2008, injections sous cutanée			

Ces nouveaux traitements, onéreux et administrable en dernier recours, enrichissent l'arsenal thérapeutique contre le psoriasis. Il existe toujours un traitement adapté pour soulager le patient. Ces nouvelles molécules permettent d'administrer les autres traitements plus tôt, sachant qu'il reste « en réserve » d'autres traitements à disposition en cas de résistance. Ils nécessitent un suivi rigoureux pour éliminer tout risque d'infection et obtenir les résultats attendus.