



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**



Psoriasis et travail dans le BTP

Pr E. Delaporte

30 Mai 2013

- Janvier 2013 :
File active de 335 malades
traités (293) ou ayant été
traités (42) par immunosupp./
modulateurs (MTX – CyA –
biomédicaments)
- 214 hommes / 121 femmes
- Age moyen : 46 ans [15–84]
- Age moyen de début du
psoriasis : 25 ans [1–74]
- Durée moyenne d'évolution :
18 ans [1–70]
- 47% (n=157) hospitalisés au
moins une fois

Liens d'intérêts : *Interventions ponctuelles (orateur, rédacteur) pour Pfizer, Jansen et Abbott. Participations à des congrès en tant qu'invité (Abbott, Janssen, MSD, Pfizer).*

I. Connaître la maladie, ses spécificités (Koebner) et ses modalités évolutives

◆ Maladie inflammatoire à médiation
immune (IMID) d'évolution chronique...

◆ 3% de la population (20% de formes sévères)

◆ Maladie polygénique et multifactorielle

- Un terrain génétique
- Des perturbations du système immunitaire
- Des facteurs environnementaux (Médicaments, infections virales et bactériennes, stress physique et psychique interagissant avec le système immunitaire).

Evolution

- ◆ Maladie persistant en général toute la vie :
NON!
- ◆ Alternance de poussées et de rémissions spontanées. Phénomène de Koebner.
- ◆ **Rhumatisme psoriasique** associé dans 20 à 25 % des cas. Modalités d'apparition : 80/15/5
- ◆ **Comorbidités +++**
- ◆ Impact majeur sur la **qualité de vie**

Rhumatisme psoriasique

Il doit être **cherché systématiquement et sur le long terme** car il doit être traité le plus tôt possible.

Un retard de traitement expose à une **destruction/ankylose articulaire définitive**.

- ◆ C' est un rhumatisme inflammatoire.
- ◆ Débute le plus souvent par une atteinte oligo-articulaire asymétrique
- ◆ Les atteintes peuvent être périphériques (genoux, poignets, mains et/ou pieds) ou axiales (cervicales, dorsales et/ou lombaires, et thoraciques antérieures) ou mixtes (20%).
- ◆ Enthésites (douleurs à l'insertion des tendon. Attention aux talalgies)
- ◆ Il apparaît à tout moment de l' évolution et évolue indépendamment de l'atteinte cutanée.
- ◆ La sévérité de l' atteinte cutanée n' est pas corrélée à la présence d' une atteinte articulaire.

Tableau 2 Critères CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis) [9]

Rhumatisme inflammatoire (axial, périphérique ou enthésopathique)
Avec au moins 3 points parmi les 5 items suivants

- 1 Psoriasis, histoire personnelle ou familiale de psoriasis
Psoriasis cutané diagnostiqué par un rhumatologue ou un dermatologue (2 pts)
Histoire personnelle de psoriasis aux dires du patient lui-même, de son médecin traitant, d'un dermatologue, d'un rhumatologue ou d'un autre professionnel de santé (1 pt)
Histoire familiale de psoriasis rapportée par le patient chez un apparenté du premier ou deuxième degré (1 pt)
- 2 Onychopathie psoriasique avec onycholyse, ponctuations unguéales et hyperkératose (1 pt)
- 3 Facteur rhumatoïde négatif (de préférence par ELISA ou néphélobimétrie) (1 pt)
- 4 Dactylite (gonflement d'un doigt) ou histoire de dactylite rapportée par un rhumatologue (1 pt)
- 5 Présence de néo-ossifications juxta-articulaires (excluant les ostéophytes) sur les radiographies des mains ou des pieds (1 pt)

Sensibilité: 91,4% ; Spécificité: 98,7%

Arthritis Rheum. 2006 Aug;54(8):2665-73.

Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study.

Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group.

University of Otago, Wellington, New Zealand. will.taylor@otago.ac.nz

II. Connaître les comorbidités du psoriasis pour les intégrer dans la prise en charge globale

- ◆ **Syndrome métabolique** (obésité, diabète de type 2, dyslipidémie, HTA, stéatose hépatique non alcoolique)
- ◆ **Dépression** (30 %), idées suicidaires (10%),
anxiété
- ◆ **Addictions**
(alcoolisme, tabagisme..)

◆ **MICI**

Annales de dermatologie et de vénéréologie (2012) 139, S46-S52



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Psoriasis et maladies inflammatoires du tube digestif

Psoriasis and inflammatory bowel diseases

E. Delaporte

Université de Lille 2 et Service de Dermatologie, Hôpital Claude-Huriez, CHRU,
Rue Michel Polonovski 59037 Lille cedex, France

→ **Prise en charge globale
et multidisciplinaire**

Psoriasis and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of observational studies.

Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ.

University of California Davis, Department of Dermatology, Sacramento, California. Electronic address: aprilarmstrong@post.harvard.edu.

Abstract

BACKGROUND: Increasing population-based studies have suggested a relationship between psoriasis and metabolic syndrome.

OBJECTIVE: The objective of this study was to perform a systematic review and meta-analysis that synthesizes the epidemiologic associations between psoriasis and metabolic syndrome.

METHODS: We searched for observational studies from MEDLINE, EMBASE, and Cochrane Central Register from Jan 1, 1980 to Jan 1, 2012. We applied the Meta-Analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) guidelines in the conduct of this study.

RESULTS: We identified 12 observational studies with a total of 1.4 million study participants fulfilling the inclusion criteria, among whom 41,853 were patients with psoriasis. Based on random-effects modeling of cross-sectional and case-controlled studies, the pooled odds ratio (OR) for metabolic syndrome among patients with psoriasis was 2.26 (95% confidence interval [CI] 1.70-3.01) compared with the general population. Visual inspection of a funnel plot and formal analysis with the Egger test suggested publication bias and absence of small studies in the published literature ($P = .03$). A dose-response relationship was also observed between psoriasis severity and prevalence of metabolic syndrome.

LIMITATIONS: No studies to date have assessed incidence of metabolic syndrome among patients with psoriasis.

CONCLUSIONS: Compared with the general population, psoriasis patients have higher prevalence of metabolic syndrome, and patients with more severe psoriasis have greater odds of metabolic syndrome than those with milder psoriasis.

Obesity and psoriatic arthritis: from pathogenesis to clinical outcome and management.

Russolillo A, Iervolino S, Peluso R, Lupoli R, Di Minno A, Pappone N, Di Minno MN.

Department of Clinical and Experimental Medicine, and Regional Reference Centre for Coagulation Disorders, "Federico II" University, Naples, Rheumatology and Rehabilitation Research Unit "Salvatore Maugeri" Foundation, Telesse Terme (BN), Department of Clinical and Experimental Medicine, Rheumatic Disease Research Unit, "Federico II" University and Department of Molecular and Clinical Endocrinology and Oncology, Federico II University, Naples, Italy.

Abstract

PsA is an axial and/or peripheral inflammatory arthritis associated with psoriasis, included in the group of spondylarthritides. It has been suggested that PsA could be a systemic disease, involving even coronary arteries and the heart. An increased prevalence of vascular risk factors has been found in PsA subjects as compared with the general population and psoriatic subjects. Moreover, PsA patients exhibit an increased prevalence of liver steatosis, a marker of metabolic syndrome, and of obesity. Interestingly, many reports demonstrate that adipose tissue is metabolically active, representing a source of inflammatory mediators, known as adipokines. The latter include TNF- α , macrophage chemoattractant protein-1, plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1), IL-6, leptin and adiponectin, leading to a pro-inflammatory status in obese subjects. This evidence supports the idea of obesity as a low-grade inflammatory disease. Accordingly, obesity might be associated with some rheumatic diseases. In particular, it seems to affect several features of PsA, such as its development, cardiovascular risk and clinical outcome. Recent data suggest that increased BMI in early adulthood increases the risk of PsA development in psoriatic patients, supporting a link between fat-mediated inflammation and joint involvement. Obesity may represent an additive cardio-metabolic risk factor in PsA subjects. Abdominal obesity may also determine an increased risk of not achieving minimal disease activity in PsA patients, highlighting the role of abdominal fat accumulation as a negative predictor of good clinical response to biologic agents. This review assesses the relationship between obesity and PsA according to the available literature.

Le diabète, 4 fois plus fréquent en cas de psoriasis

Une compilation de 27 études d'observation renforce la notion d'un lien entre le psoriasis chronique et le diabète de type 2. L'association est d'autant plus forte que le psoriasis est sévère. Les auteurs évoquent un état inflammatoire sous-jacent.

LES ÉTUDES proviennent de divers horizons, notamment d'Europe, des États-Unis et du Moyen-Orient. Et partout elles font état, chez des patients qui présentent un psoriasis, d'un risque multiplié par 4 de souffrir aussi d'un diabète, comparativement aux personnes n'ayant pas cette affection dermatologique chronique. Le Dr April Armstrong (université de Californie) et ses collègues ont réuni les résultats de 27 études antérieures d'observation (cohortes, études cas-témoins et transversales). Ils rapportent d'abord les résultats concernant la prévalence. Ainsi, ils observent que les personnes souffrant d'un psoriasis ont une probabilité accrue de 59 % de présenter également un diabète de type 2, comparativement à des témoins non atteints par un psoriasis. Et chez ceux qui ont un psoriasis sévère, l'association est plus forte, le risque étant alors pratiquement doublé (augmentation de 97 %) d'avoir aussi un diabète.

Certaines études ont évalué l'incidence du diabète. Leur conclusion est qu'il existe un risque relatif de 1,27 de développer un diabète de type 2 chez une personne qui a un psoriasis.

Un état inflammatoire ubiquitaire. Quel est le mécanisme sous-tendant cette association ? Il n'est pas élucidé. Certains chercheurs invoquent, d'une manière générale, « l'état inflammatoire qui touche le corps entier en présence d'un psoriasis chronique qui peut



Les personnes atteintes de psoriasis peuvent bénéficier d'un suivi à titre préventif des complications cardio-vasculaires

aussi être responsable d'un accroissement du risque de diabète, et aussi d'infarctus du myocarde et d'AVC ». Par ailleurs, les personnes souffrant d'un psoriasis tendent à avoir un IMC plus élevé, à être plus souvent dépressives et moins actives physiquement en moyenne que les autres. Ce qui pourrait augmenter leur risque sous-jacent de diabète. Les personnes souffrant d'un psoriasis peuvent donc bénéficier d'un suivi à titre préventif des complications, avec dépistage d'une HTA, d'une hypercholestérolémie et d'un diabète. Aux États-Unis, environ 3 % des adultes présentent un psoriasis, selon les chiffres donnés par le NIH. Des travaux antérieurs ont suggéré que le psoriasis est associé à une probabilité accrue de maladies cardio-vasculaires, en particulier d'infarctus du myocarde et d'AVC. Une étude chez plus de 500 000 personnes au Royaume-Uni (juin 2012) a associé un psoriasis sévère avec une augmentation de 46 % du risque de diabète.

> Dr BÉATRICE VUAILLE

Arch Dermatol 17 octobre 2012, doi : 10.1001/2013.jamadermatol.406.

25 ans, PASI 53

Smoking and pathogenesis of psoriasis: a review of oxidative, inflammatory and genetic mechanisms

A.W. Armstrong, E.J. Armstrong,* E.N. Fuller,† M.E. Sockolov‡ and S.V. Voylest†

Department of Dermatology, *Division of Cardiology and ‡School of Medicine, University of California Davis, Sacramento, CA 95816, U.S.A.

†John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii at Manoa, Honolulu, HI, U.S.A.

Summary

Correspondence

April W. Armstrong.

E-mail: aprikarmstrong@post.harvard.edu

Accepted for publication

4 July 2011

Funding sources

None.

Conflicts of interest

None declared.

DOI 10.1111/j.1365-2133.2011.10526.x

Recent studies suggest that cigarette smoking may trigger the development of psoriasis through oxidative, inflammatory and genetic mechanisms. Smoking initiates formation of free radicals that stimulate cell signalling pathways active in psoriasis including mitogen-activated protein kinase (MAPK), nuclear factor- κ B (NF- κ B) and Janus kinase/signal transducers and activators of transcription (JAK-STAT). Smoking damages the skin by increasing formation of reactive oxygen species and decreasing the gene expression of antioxidants. Nicotine also stimulates innate immune cells integral to the pathogenesis of psoriasis including dendritic cells, macrophages and keratinocytes. These cells release cytokines that activate T lymphocytes and perpetuate a cycle of chronic inflammation. Smoking also enhances expression of genes known to confer an increased risk of psoriasis, including HLA-Cw6, HLA-DQA1*0201 and CYP1A1. Improved understanding of the possible link between smoking and psoriasis pathogenesis may provide further insight into mechanisms underlying smoking, psoriasis and risk of subsequent cardiovascular disease.

The risks of smoking in patients with spondyloarthritides

Jürgen Braun,¹ Joachim Sieper,² Angela Zink³

The smoking prevalence in Europe varies from 14% in Sweden to nearly 38% in Greece.¹ In the USA it is now approximately 20%, with large differences between states and according to social class and ethnic background.² The proportions of men and women smoking is rather variable, but the relative risk of cardiovascular diseases seems to be higher in women.³ Smoking prevalence decreases

Smoking also has an unfavourable influence on other outcomes of rheumatic diseases, and more intensive therapy is required for RA patients who smoke.¹¹ The interaction between genetic and environmental factors is of pathogenic importance for RA.¹² The presence of anticitrullinated protein antibodies is a risk factor for developing RA—especially in men who smoke.¹³ Of interest, nicotine must be

of patients with psoriasis. The prevalence of the metabolic syndrome is high among individuals with psoriasis.²⁷ Past association studies in patients with psoriasis²⁸ and PsA²⁹ have suggested a worsening effect of smoking on the disease. Now, the association between smoking status, duration and intensity of smoking and incidence of PsA has been studied in 94 874 participants from the Nurses' Health Study II over a 14-year time period.¹⁶ During 1 303 970 person-years of follow-up, 157 incident PsA cases were identified. Among total participants, smoking was associated with an elevated risk of PsA. Compared with never smokers, the relative risk was 1.5 for past smokers and 3.1 for current smokers. With increasing smoking duration or pack-years, the risk of

Augmentation de l'incidence du RP avec RR de 1,5 pour les anciens fumeurs et de 3,1 pour les fumeurs actifs

III. (Ré)-évaluer la sévérité du psoriasis en intégrant les paramètres professionnels

- ◆ **Atteinte cutanée (BSA, PGA et score PASI...), prurit, douleurs**
- ◆ **retentissement sur la qualité de vie (DLQI, échelle de Beck...)**
- ◆ **Localisations lésionnelles (Visage, cuir chevelu, mains, OGE...)**
- ◆ **Age, sexe, profession, milieu socio-culturel**
- ◆ **Historique clinique et thérapeutique**
(avec les ttt non conventionnels!)

Scores de gravité :

- ✓ BSA (Body Surface Area) → pso. léger, modéré et sévère
- ✓ PASI (Pso. Area and Severity Index)
- ✓ SAPASI (Self Administrated PASI) à partir d'échelles analogiques visuelles
- ✓ SPI (Salford Psoriasis Index) associe le PASI, un score psychosocial et un indice de sévérité des ATCD basé sur les traitements utilisés
- ✓ PGA (Physician's Global Assessment)
- ✓ PGPA (Patient's Global pso. Assessment)

Scores de QdV :

① Instruments généralistes :

- ✓ SF-36, DLQI, CDLQI...

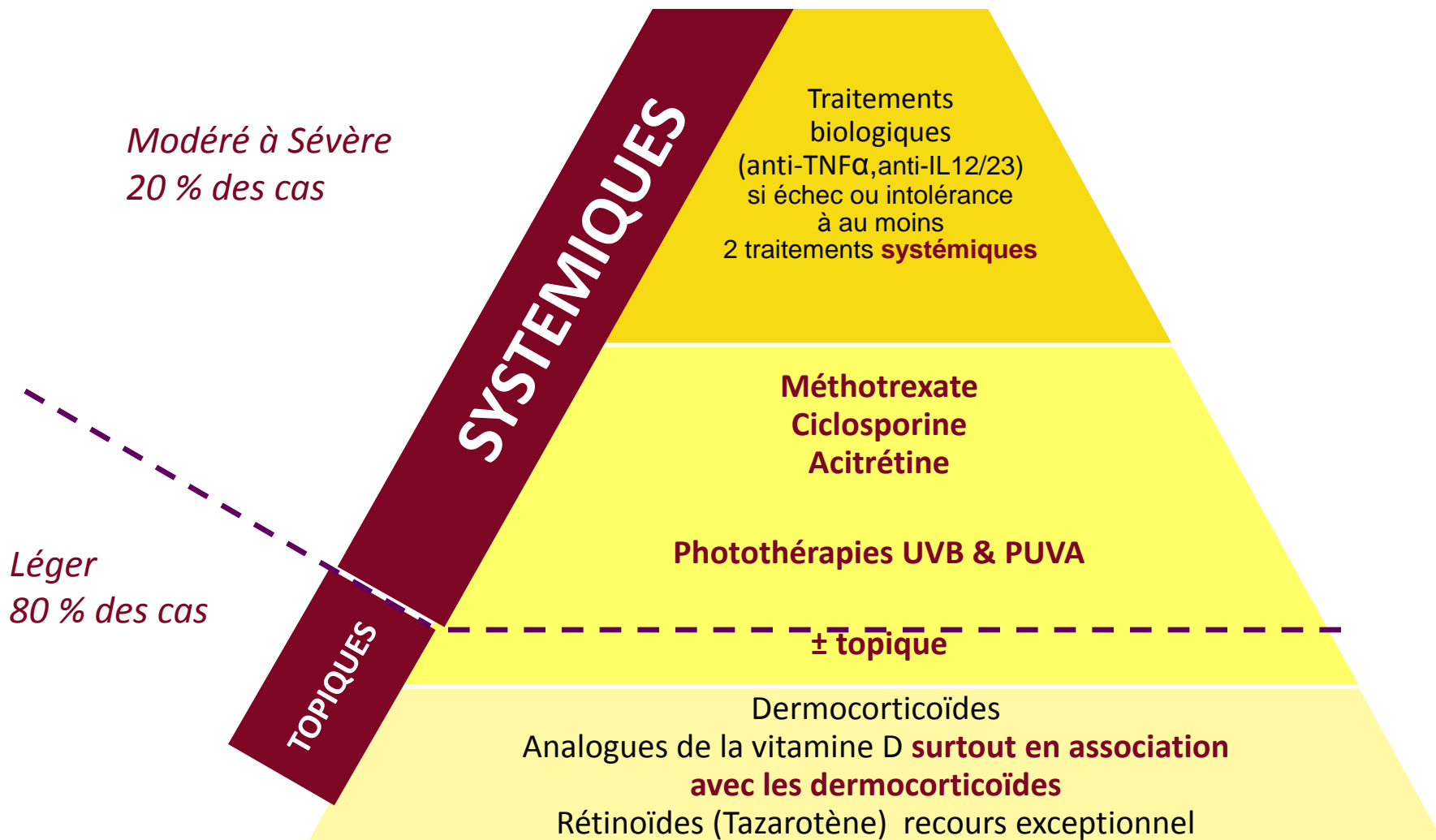
② Instruments spécifiques :

- ✓ PDI (Pso. Disability Index)
- ✓ PLSI (Pso. Life Stress Inventory)

1	Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0
2	Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0
3	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
4	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
5	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
6	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
7	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ? Si la réponse est "non" : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?	Oui <input type="checkbox"/> 3 Non <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e) Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
8	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
9	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)
10	Au cours des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0 Non concerné(e)

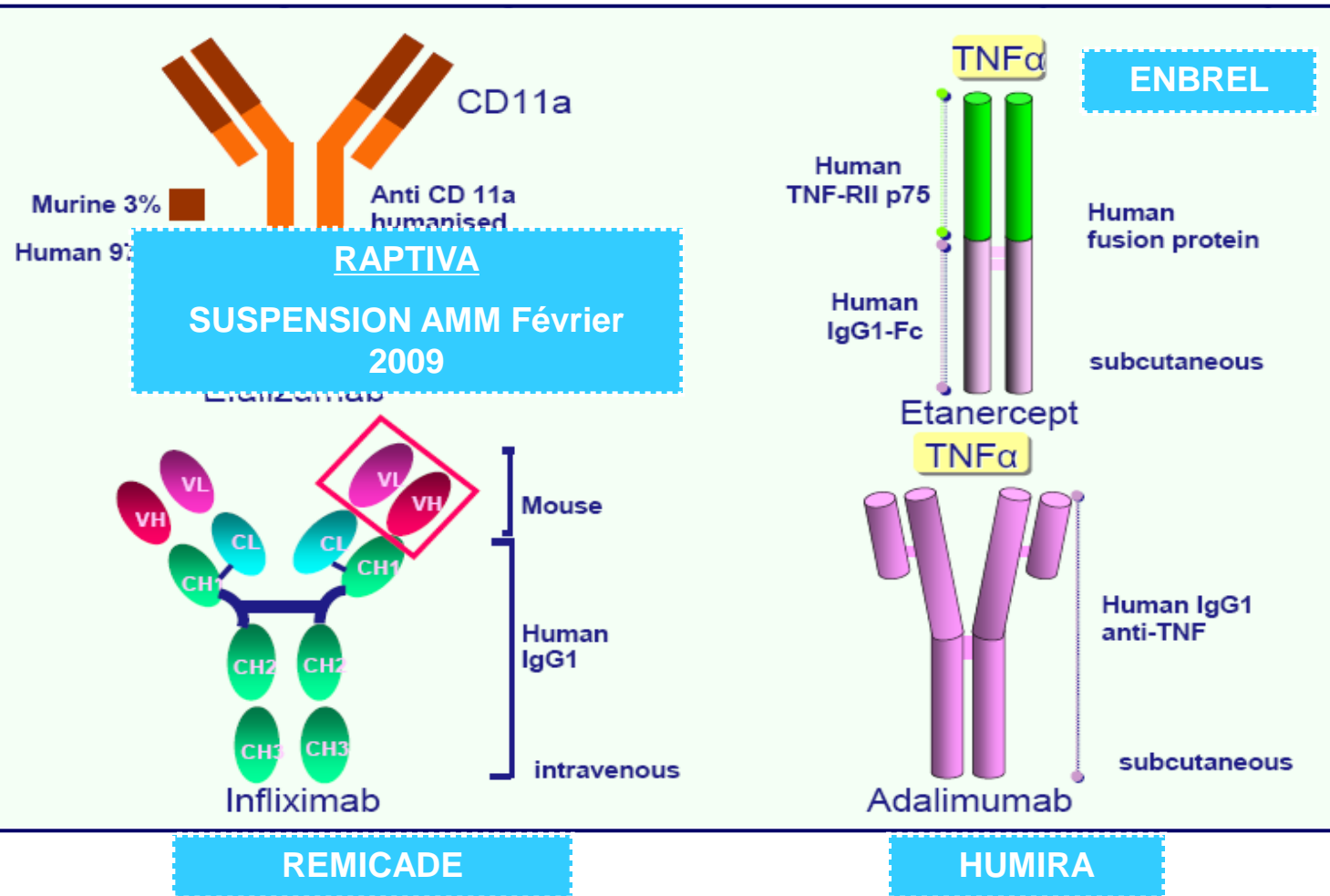
DLQI > 5 = altération de la qualité de vie
DLQI > 10 = altération importante de la qualité

IV. Participer à l'éducation thérapeutique (observance++) et au suivi des traitements



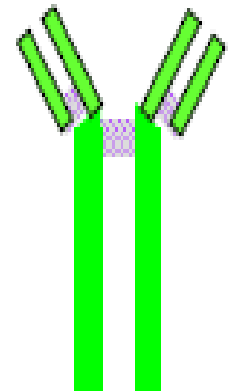
Les biomédicaments

IL-12/IL-23
p40 antagonists



Anti-IL12/IL23

Human monoclonal IL-12/23 p40 antibody⁸



Ustekinumab

STELARA

Indications des biomédicaments

L'indication de l'AMM des biomédicaments dans le psoriasis

Psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte, en cas d'échec, intolérance ou contre-indication aux autres traitements systémiques : PUVA, MTX, Ciclo.

L'avis de la Commission de la Transparence sur les biomédicaments

Formes graves et chroniques de psoriasis en plaques :

- BSA \geq 30% ou retentissement psychosocial important

ET

-Echec, intolérance ou contre-indication à aux moins 2 des traitements systémiques suivants : PUVA, MTX, Ciclo.

PSORIASIS EN PLAQUES MODERE A SEVERE DE L'ENFANT

Traitement du psoriasis en plaques sévère chronique de l'enfant à partir de 8 ans et de l'adolescent en cas de contrôle inadéquat, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques ou à la photothérapie.

Seul Etanercept a une indication dans le psoriasis sévère de l'enfant

RHUMATISME PSORIASIQUE

Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement de fond antérieur. *(Pas d'AMM pour Stelara)*



Le CRI

La Recherche

Formation

Contact

Inscription

La Recherche

Les Fiches Pratiques du CRI

Fiches pratiques du CRI

Le Club Rhumatismes et Inflammations met à votre disposition une série de fiches pratiques pour vous aider face à des situations pratiques que vous pouvez rencontrer au cours du suivi d'un rhumatisme inflammatoire traité par anti-TNFa, mais aussi, depuis décembre 2007, lors de la prise en charge d'un patient sous rituximab.

Prise en charge pratique des patients sous rituximab la mise à jour de juin 2012 est disponible en ligne !

[Le Club Rhumatismes et Inflammations est heureux de vous offrir la mise à jour des fiches Rituximab en français !](#)

Traitements anti-TNFa et suivi de tolérance la mise à jour de décembre 2010 est disponible en ligne !

Le Club Rhumatismes et Inflammations met à votre disposition une série de fiches pratiques pour vous aider face à des situations pratiques que vous pouvez rencontrer au cours du suivi d'un rhumatisme inflammatoire traité par anti-TNFa.

Etudes interactives du CRI

- Etudes en cours
- Etudes archivées

Projets du CRI

- Projets en cours
- Projets archivés
- Groupes de travail

Les Fiches Pratiques du CRI

- Fiches Pratiques du CRI
- Recommandations SFR/CRI sur l'utilisation des anti-TNF

Communications du CRI

- Communications orales
- Communications écrites

Journées Scientifiques du CRI

HPDD (5 j ou 2 x 5j) pour SLI, gestion des comorbidités et bilan pré-thérapeutique

SLI !

Cs d'addictologie, nutrition, diabétologie, psychiatrie, rhumatologie, stomatologie, gynécologie...

Explorations paracliniques : RT, Echo hépatique, fibrotest, panoramique dentaire...

Examens biologiques : sérologies, quantiféron (IDR)

Vaccinations

Séances d'éducation thérapeutique