

Avertissement : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 24 novembre 2015
Hôpital cantonal de Genève

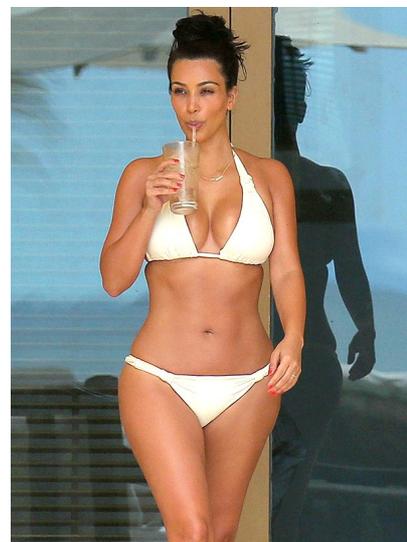
Le Psoriasis : une maladie vaincue ?

Prof. W.H. Boehncke

CariDee English top model a un psoriasis...c'était en 2010 avant les nouveaux traitements...



Mabelynn Capeluj, miss California 2013, et Kim Kardashian ont aussi un psoriasis toutes les deux...mais elles ont pu bénéficier des nouveaux traitement biologiques dont on va parler...



Donc le psoriasis (pso) est bien connu pour ses plaques bien délimitées, infiltrées, squameuses, parfois « en gouttes », parfois érythrodermique, dans le cuir chevelu, dans les plis, parfois pustuleux, mais pouvant toucher aussi les articulations et les ongles...

Histologiquement il s'agit d'une hyperprolifération de keratinocytes, accompagnée d'un infiltrat inflammatoire de cellules T, de monocytes, de macrophages et de mastocytes.

La maladie est connue depuis longtemps...

.....et son traitement reposait essentiellement sur des topiques, la photothérapie, les traitements systémiques comme Rétinoïdes, Mehtotrexate et Ciclosporine, souvent en rotation pour diminuer les risques d'effets secondaires....

Mais les trois quarts des patients ne sont pas satisfaits...

Grâce à l'étude du génome humain (whole genome association study :WGA study, or WGAS) une trentaine de sites (loci) en relation avec le psoriasis ont été identifiés.

Par exemple le HLA-Cw6 ...

Les cytokines comme le TNF alpha, les lymphocytes T helper 17 (Th17) sont aussi directement impliqués...

En conséquence, les médicaments biologiques capables de bloquer cette activation à différents niveaux deviennent les traitements de choix actuellement recommandés...

Par exemple....

L'adalimumab comme anti TNF

L'abatercept comme inhibiteur d'un des co-sigaux d'activation du lymphocyte T

L'ustekinumab comme antiIL12 et antiIL 23

L'ixekizumab et le secukinumab comme antiIL17A

Le brodakumab comme antiIL17RA

L'apremilast comme inhibiteur du la PDE4 (Phosphodiesterase4)

Le baracitunib comme inhibiteur de JAK1 et JAK2 (qui sont des tyrosine kinases)

Vous en voulez encore ???

Allez je m'arrête là...

Maintenant , pour mesurer l'efficacité du traitement, il y a le score PASI (Psoriasis Area Severity Score) qui quantifie l'érythème, l'induration et la desquamation...

(<http://pasi.corti.li/>)

Le pire c'est 72 points, le mieux c'est 0.

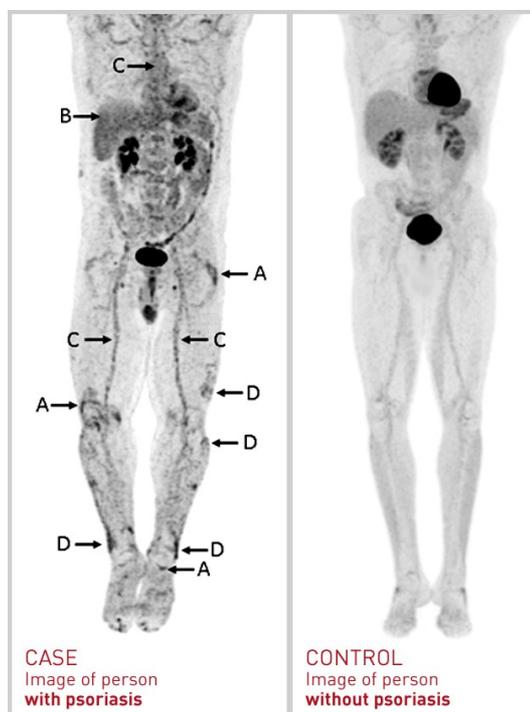
L'objectif du traitement est de diminuer le score de 75%...

Avec l'apremilast p.ex. ¼ des patients diminuent leur score de 75%
Avec l'ustekinumab c'est ¾ des patients qui atteignent cet objectif (PASI75) et presque la moitié qui atteignent 90% d'amélioration (PASI90).
Avec secukinumab c'est encore mieux....

Bref les études se suivent et les succès augmentent...

On cherche aussi à atteindre un DLQI (Dermatology Life Quality Index) entre 0 et 1 soit une qualité de vie optimale (<http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/files/2014/04/DLQI-French-Switzerland.pdf>).

C'est important d'être très exigeant avec les résultats obtenus car comme nous le montre une image de PET CT du corps entier d'un patient avec un psoriasis...



...on observe une atteinte hépatique, une atteinte articulaire (arthrite), et une atteinte des artères.

Le pso est donc une maladie inflammatoire chronique systémique soutenue...

On nous demande à nous médecins de 1^{er} recours de chercher le rhumatisme psoriasique chez nos patients...on nous demande d'être attentif aux facteurs de risque cardiovasculaire (obésité, résistance à l'insuline, syndrome métabolique... etc...).

Actuellement 1/3 des patients avec un pso n'ont pas de traitement, la moitié ne reçoivent que des traitements topiques et seuls 10% sont traités selon les guidelines.

Pour le moment, les traitements biologiques sont réservés en cas d'échec des autres traitements...ils sont chers et coûtent entre 10 et 20 fois plus chers que les traitements proposés jusqu'à maintenant.

Leur « profil sécurité » est supérieurs à celui des traitements classiques, avec de rares infections pour les antiTNF et des candidoses pour les antiIL17...mais ça on sait traiter.

Effectivement il y a des non-répondeurs...et comme ces « biologiques » sont des protéines, il peut y avoir, avec le temps, l'apparition d'anticorps contre ces protéines...

Donc encourageons nos patients avec un psoriasis à une meilleur prise en charge et intéressons nous aux atteintes extracutanées de leur maladie.



compte rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch