

## Revue générale

# Psoriasis : quel parcours en ville ?

**RÉSUMÉ :** La consultation d'un patient psoriasique est chronophage mais son parcours de soins est facilité aujourd'hui par la suppression de la prescription initiale hospitalière. La bonne utilisation de la CCAM et la connaissance des règles d'initiation et de suivi des biothérapies rendront service au patient, d'autant qu'un traitement précoce donnera de meilleurs résultats. Le rôle du dermatologue est essentiel dans la prévention du risque que représente le psoriasis modéré à sévère.



**M. PERRUSSET**  
Dermatologue et vénérologue,  
CHU de RENNES.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique chronique dont l'impact sur la qualité de vie peut être majeur. Relativement fréquent, il touche entre 3 et 4,5 % de la population européenne.

Le psoriasis est associé à de nombreuses comorbidités : rhumatologiques, cardiovasculaires et psychiatriques. Elles imposent aux dermatologues un véritable rôle de sentinelle. Depuis avril 2024, la suppression de la prescription initiale hospitalière permet l'accès aux innovations thérapeutiques, pour tous les patients le justifiant, auprès de leur dermatologue de proximité. C'est une véritable reconnaissance de l'expertise des confrères libéraux. En respect du parcours de soins, c'est le médecin traitant qui vous adressera le patient, soit après avis par téléexpertise, soit par demande explicite. La première consultation consistera à donner votre avis (avis ponctuel de consultation) [1].

Le diagnostic du psoriasis est le plus souvent évident cliniquement avec ses lésions érythémato-squameuses bien limitées touchant préférentiellement le cuir chevelu, les faces d'extension des membres et la région lombosacrée. Mais il existe des formes cliniques moins évidentes comme le psoriasis des plis dit inversés, le sébopsoriasis, les formes pustuleuses localisées ou généralisées, les atteintes unguéales.

### Examen clinique

L'examen clinique permet d'éliminer les diagnostics différentiels comme les mycoses, l'eczéma, le lymphome T épidermotrope et les toxidermies, qui sont parmi les plus fréquents (**tableau I**).

Le PASI est un index surtout utilisé pour les études cliniques. Il évalue les caractéristiques de la plaque sur 4 zones (tête, tronc, membres supérieurs et membres inférieurs) en cotant l'érythème, l'infiltration et la desquamation. Il est considéré comme sévère quand il est supérieur à 10. Le m PASI est simplifié en tenant compte de la surface cutanée totale et des critères de la plaque la plus sévère. On évalue la somme de la moyenne de l'érythème, de l'infiltration et de la desquamation multipliée par une estimation de la surface totale (x 1 pour 1 à 10 %, x 2 pour 10 à 30 %, x 3 pour 30 à 50 % etc.). Il y a une bonne corrélation statistique entre le PASI et le S PASI (ou m PASI).

La surface cutanée atteinte est également un critère de gravité. Une paume de la main du patient représente 1% de la surface corporelle totale. Un score supérieur à 10 détermine une atteinte sévère.

La nécessité de passer plus de 10 minutes par jour à appliquer le traitement local peut être également un obstacle à l'observance.

Un retentissement sur la qualité de vie avec un score supérieur à 10 sur l'échelle

PASI	Tête	Tronc	Membres supérieurs	Membres inférieurs
Érythème	Évalué de 0 à 4			
Infiltration	Idem			
Desquamation	Idem			
Total	Idem			
Coefficient	X 0,1	X 0,3	X 0,2	X 0,4
Total	E+I+D =			
Surface corporelle et évaluation	De 1 à 10 % : 1 ; de 10 à 30 % : 2 ; de 30 à 50 % : 3 ; de 50 à 70 % : 4 ; de 70 à 90 % : 5 ; de 90 % et X	De 10 à 30 % : 2 ; et de 90 % et X	De 30 à 50 % : 3 ; Plus : 6. X	De 50 à 70 % : 4 ; X
Total	A =	B =	C =	D =
PASI	A + B + C + D =			

**Tableau I :** Le dermatologue appréciera la gravité du psoriasis au travers de l'examen et de différents scores.

DLQI est un critère important que l'on doit considérer même lorsque l'atteinte est inférieure à 10 % de surface cutanée, tout comme les **atteintes particulières** telles les atteintes génitale, palmoplantaire, unguéale ou faciale.

**Une évaluation de l'état dépressif** du patient au début de la prise en charge thérapeutique est justifiée par une échelle recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) (MADRS par ex.) [2].

Le dermatologue s'enquiert des traitements antérieurs que ce soient les topiques, l'UVthérapie, les traitements systémiques conventionnels comme les rétinoïdes, le méthotrexate ou la ciclosporine et éventuellement les traitements immunomodulateurs comme les petites molécules (apremilast, deucravacitinib) ou les biothérapies.

### ■ Bilan biologique et radiologique

En préthérapeutique, un bilan biologique simple et un bilan radiologique sont nécessaires.

Le dermatologue recherchera des contre-indications à certains traitements et fera le bilan des comorbidités métaboliques, rhumatologiques et vasculaires fréquemment associées [3].

#### **Le bilan biologique comprend :**

- NFS, plaquettes ;
- CRP ;
- électrophorèse des protéides ;
- bilan hépatique ;
- bilan rénal ;
- sérologies virales : HIV, hépatite A, B et C, rougeole ;
- anticorps antinucléaires (le labo recherche systématiquement les anti-ADN si positifs) ;
- quantIFERON ;
- sérologie syphilitique ;
- frottis cervico-vaginal (recherche de papillomatose) si pas de suivi gynécologique.

#### **Le bilan radiologique comprend :**

- radio pulmonaire (recherche d'une infection tuberculeuse latente) ;
- radio des sinus ;
- panoramique dentaire.

### ■ Initiation du traitement

Le patient sera revu avec son bilan pour initier le traitement le plus adapté et en respect de l'AMM.

Selon la HAS, les biothérapies sont réservées aux formes de psoriasis en plaques chroniques graves, en échec, ou ayant une contre-indication ou une intolérance à UN traitement

systémique conventionnel parmi le méthotrexate ou la ciclosporine ou les rétinoïdes (soriatane) et éventuellement la photothérapie [4].

Le patient sera revu avec son bilan pour une consultation dite de synthèse si on choisit un traitement systémique classique ou pour une consultation très complexe (MPB) pour initier une biothérapie [1].

On définit l'échec à un traitement systémique selon des critères variables en fonction du traitement.

Ainsi, pour la photothérapie, les critères sont : nombre supérieur à 250 séances PUVA et UVB cumulées, absence de réponse ou de rechute rapide, antécédent de mélanome ou de carcinome épidermoïde, phototype I ou contraintes logistiques.

Pour la ciclosporine, la prise de 2,5 à 5 mg/kg/J pendant au moins 3 mois sans amélioration est un échec, l'existence d'une HTA ou une dysfonction rénale est une contre-indication.

Pour le méthotrexate, on considère comme un échec une posologie de 15 à 25 mg/semaine pendant au moins 3 mois sans amélioration.

Le patient est éligible à une biothérapie lorsque l'on a respecté les critères de gravité, la notion de traitements systémiques antérieurs en échec ou contre-indiqués.

### ■ Choix de la biothérapie et suivi

Devant toutes les possibilités offertes en 2025, le choix d'une biothérapie est difficile, d'où l'intérêt des méta-analyses et des recommandations.

Nous savons que les biothérapies sont efficaces [5]. Il existe plusieurs classes et modes d'administration :

- les anti-TNFα avec étanercept (inhibiteur du récepteur soluble du TNF),

## Revue générale

adalimumab (anticorps humain), certolizumab (avec du propylène glycol comme chaînes lourdes) et infliximab (anticorps chimérique dont l'administration se fait par perfusion);

– l'anti-IL12/IL23 avec ustekinumab.

Il existe désormais des biosimilaires pour ces 2 classes thérapeutiques :

– les anti-IL17 avec sécukinumab, ixekizumab (anti-IL-17A) brodalumab (anti-IL 17R) et bimékizumab (anti-IL1A et F);

– les anti-IL23 avec guselkumab, risankizumab et tildrakizumab;

– le dernier né est un anti-TYK2, le deucravacitinib dont l'administration est orale.

Par ailleurs, certaines molécules ont une AMM chez l'enfant.

Des méta-analyses neutres réalisées par l'association britannique des dermatologues (2020) [6] ou par le Pr E. Sbidian [7] comparent l'efficacité et la tolérance de nombreuses molécules sans avoir d'études *head to head*.

Smith *et al.* concluent que [6]:

– adalimumab, certolizumab, ustekinumab, sécukinumab, brodalumab, guselkumab, tildrakizumab et risankizumab étaient comparables en termes d'efficacité et font preuve d'une bonne tolérance;

– infliximab et ixekizumab ont démontré une efficacité élevée mais une tolérance plus faible, en particulier des douleurs au point d'injection qui ne sont plus si présentes depuis la suppression d'un conservateur dans la préparation;

– étanercept et méthotrexate ont été différenciés par une efficacité inférieure et une tolérance modérée par rapport aux autres agents.

Au total, risankizumab, brodalumab, guselkumab et sécukinumab ont été estimés comme ayant une efficacité élevée et des profils de tolérance acceptables.

Sbidian *et al.* estiment que comparativement au placebo, infliximab, ixekizumab, risankizumab, bimékizumab,

## POINTS FORTS

- Le dermatologue est le médecin de première ligne dans la prise en charge du psoriasis modéré à sévère.
- L'expert est une sentinelle du risque articulaire, vasculaire et psychiatrique lié au fardeau de la maladie.
- La perte de chance pour le patient vient d'un retard à sa prise en charge correcte.

guselkumab, sécukinumab et brodalumab sont les meilleurs choix pour obtenir un PASI 90 chez les patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère. Risankizumab, certolizumab, deucravacitinib, et tildrakizumab pourraient être associés à de meilleurs profils de tolérance. **Risankizumab et bimékizumab pourraient être les meilleurs traitements en termes d'efficacité et de tolérance** [7].

Quant aux recommandations, nous disposons d'une proposition française un peu ancienne des recommandations européennes, assez bien adaptées à la vraie vie, et d'une méthode Delphi qui s'est intéressée aux choix de prescription d'un échantillon de dermatologues prenant en charge le psoriasis [8].

Certaines situations ou comorbidités nécessitent d'adapter le choix de la molécule.

En cas de grossesse ou de désir de grossesse, le choix se portera sur **certolizumab**.

Les anti-TNF $\alpha$  sont à éviter en cas de tuberculose active ou latente et chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les anti-IL17 sont à éviter chez les patients ayant une **maladie inflammatoire de l'intestin**. Enfin, en cas de suspicion de rhumatisme psoriasique, la biothérapie devra avoir l'AMM pour cette indication.

Certaines localisations comme le palmo-plantaire peuvent bénéficier d'un traitement plus actif [9-12].

Un traitement précoce donnera de meilleurs résultats [13-15].

Il faut faire le point et mettre à jour **le calendrier vaccinal du patient**. Les vaccins vivants sont contre-indiqués sous biothérapies (BCG, fièvre amarile, ROR, grippe par voie nasale, polio par voie buccale, zona). Néanmoins, il peut être important, dans certaines circonstances, d'immuniser ces patients, et dans ce cas, pour réaliser ces vaccinations en toute sécurité, il est recommandé de respecter un délai de 4 (cas général) à 6 semaines (varicelle) entre la dernière injection vaccinale et le début de la biothérapie.

Les vaccinations contre la grippe, le pneumocoque et le Covid sont particulièrement recommandées et le **nouveau vaccin recombinant contre le zona** doit être envisagé.

Le patient sera **revu après 16 semaines de traitement** afin d'en évaluer l'efficacité et la tolérance. Le suivi de son état dépressif sera permis par des tests validés par la HAS [2] et coté ALQP003 [1]. Les effets secondaires les plus fréquents sont des infections des voies aériennes hautes, des céphalées, des candidoses pour les anti-IL17, un risque faible de MICI pour les anti-IL17 [16].

Si tout va bien, le patient sera revu **6 mois plus tard pour le renouvellement de son ordonnance**. Le dépistage des cancers de la peau pourra être fait à cette occasion, il est important en raison des antécédents de photothérapie et de traitements

immunosuppresseurs antérieurs. La consultation sera cotée CDE [1].

En conclusion, la prise en charge d'un patient psoriasique est gratifiante. Depuis la suppression de la prescription initiale hospitalière, le rôle d'expert du dermatologue de proximité est validé. Les premières consultations, qui peuvent être chronophages, seront compensées par un **bon usage de la CCAM**.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. JO 20 juin 2024.
2. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_fiche\\_de\\_synthese\\_diagnostic.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf)
3. RICHARD MA. *Ann Derm Vénérol*, 201;138:813-820.
4. Fiche d'information thérapeutique. Commission de la transparence HAS. *Journal Officiel*, Novembre 2009 modifié en 2016, Avis 11 juillet 2022.
5. VAN MUGEN ME, THOMAS SE, GROENEWOUD HMM *et al*. Direct comparison of real world effectiveness of biologics for psoriasis and the impact of absolute and relative PASI scores in a prospective multicenter cohorte. *Acta Derm Venereol*, 2022;16:102:adv00712.
6. MAHIL SK, EZEJIMOFOR MC, SMITH CH *et al*. Comparing the efficacy and tolerability of biologic therapies in psoriasis: an updated network meta-analysis. *Br J Dermatol*, 2020;183:638-649.
7. SBIDIAN E, CHAIMANI A, GARCIA-DOVAL I *et al*. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis/ a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systemic Review*, 2022; 23;5.
8. F. POIZEAU *et al*. Poster PO18-313. JDP, 2022.
9. MEGNA M, TOMMASINO N, POTESTIO L *et al*. Real-world practice indirect comparison between guselkumab, risankizumab, and tildrakizumab: results from an Italian 28-week retrospective study. *J Dermatolog Treat*, 2022;33:2813-2820.
10. JOHNSTON A, FRITZ Y, SEAN M *et al*. Keratinocyte overexpression of IL17C promotes psoriasiform skin inflammation. *J Immunol*, 2013;190: 2252-2262.
11. SCHÄKEL K *et al*. Poster 33830. AAD 2022.
12. PERRUSSEL M, SASSOLAS B. Efficacy and tolerability of Brodalumab in 42 Adult patients with moderate to severe psoriasis: first french real-life case series on hard-to-treat areas. *JEADV Clinical Practice*, 6 may 2025.
13. THAÇI D *et al*. Poster 1754. EADV 2019.
14. IVERSEN L, EIDSMO L, AUSTAD J *et al*. Secukinumab treatment in new-onset psoriasis: aiming to understand the potential for disease modification - rationale and design of the randomized, multicenter STEPIn study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:1930-1939.
15. MASTORINO L, BURZI L, FRIGATTI G *et al*. Clinical effectiveness of IL17 and IL23 inhibitors on difficult-to-treat psoriasis areas (scalp, genital, and palmoplantar sites): a retrospective, observational, single-center, real-life study. *Expert Opin Biol Ther*, 2023;23:929-936.
16. BLAUVELT A, LEONARDI C, ELEWSKI B *et al*. A head-to-head comparison of ixekizumab vs. guselkumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: 24-week efficacy and safety results from a randomized, double-blinded trial. *Br J Dermatol*, 2021;184:1047-1058.

M. Perrussel a déclaré les liens d'intérêts suivants: consultant, orateur principal ou coinvestigateur, invitation aux congrès pour les laboratoires: LEO Pharma, Merck Serono, Schering-Plough, Wyeth-Pfizer, Abbott-AbbVie, Janssen, Novartis, Celgene-Amgen, Genévrier, Lilly, Sanofi, UCB, BMS, Galderma, Almirall.