

LE MONITEUR des pharmacies

ISSN0026-9689 - Cahier 2 - n° 3369 du 15 mai 2021 - Ne peut être vendu séparément

lemoniteurdespharmacies.fr



helivideo - Istock

Le psoriasis

FORMATION

ORDONNANCE

P. 2 PATHOLOGIE

Le psoriasis en 5 questions

Par Christèle Closse, pharmacienne, en collaboration avec le Dr Martine Baspeyras, dermatologue à Bordeaux (Gironde)

Physiopathologie et pharmacodynamie

Par Christèle Closse et Alexis Sean, pharmaciens

P. 6 THÉRAPEUTIQUE

Comment traiter le psoriasis ?

Par Alexis Sean, pharmacien, en collaboration

avec le Dr Jean-Michel Amici, dermatologue, praticien attaché au centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux

Point de vue

Dr Jean-Michel Amici, dermatologue, praticien attaché au CHU de Bordeaux, interrogé par Maïtena Teknetzian

P. 12 ANALYSE D'ORDONNANCE

Initiation d'une biothérapie

Par Delphine Guilloux, pharmacienne, en

collaboration avec le Dr Charlotte Paugam, dermatologue, cheffe de clinique au CHU de Nantes (Loire-Atlantique)

P. 14 CONSEILS ASSOCIÉS

Accompagner le patient

Par Delphine Guilloux, pharmacienne, en collaboration avec le Dr Charlotte Paugam, dermatologue, cheffe de clinique au CHU de Nantes

Le psoriasis en 5 questions

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées entrecoupées de rémissions. Généralement bénin, il peut avoir un impact psychologique et social important, en raison de son aspect inesthétique, des démangeaisons et des douleurs.

LES CHIFFRES

- Prévalence mondiale d'environ 2 %, variable selon les pays : 0,9 % aux Etats-Unis ; 8,5 % en Norvège ; 4,4 % en France (selon l'étude « Objectifs peau » menée sous l'égide de la Société française de dermatologie, publiée en 2018).
- Prévalence équivalente dans les deux sexes.
- Déclenchement de la maladie le plus souvent entre 16 et 22 ans et entre 57 et 60 ans.

1

COMMENT SE MANIFESTE LE PSORIASIS ?

- Le psoriasis est une maladie chronique qui évolue le plus souvent par poussées entrecoupées de rémissions pendant lesquelles les lésions sont minimales. Les poussées sont souvent imprévisibles, favorisées par différents facteurs, tels que des facteurs psychologiques, des infections ou des médicaments (voir question 3).
- Du fait de l'impact esthétique ou fonctionnel des lésions, le psoriasis peut altérer considérablement la qualité de vie des patients.
- La lésion élémentaire du psoriasis est une plaque rouge, bien délimitée, épaisse, recouverte de squames blanchâtres (plaque érythémato-squameuse), fréquemment prurigineuse. Les lésions cutanées sont le plus souvent multiples.
- Il existe plusieurs formes cliniques, variant par la localisation, l'aspect et la dimension des lésions (de quelques millimètres dans le psoriasis en gouttes à plusieurs centimètres dans le psoriasis nummulaire et vulgaire)
- **Le psoriasis en plaques** (ou vulgaire), est la forme la plus courante de la maladie, touchant 90 % des patients. Il se caractérise par des plaques érythémato-squameuses localisées au niveau des zones de frottement : coudes, genoux, tronc et cuir chevelu.
- **Le psoriasis du cuir chevelu** peut être la seule localisation du psoriasis chez certaines personnes. Classiquement non alopeciant, il peut être constitué de plaques circonscrites, de taille variable, arrondies et bien délimitées, couvertes de larges squames, siégeant surtout sur la bordure frontale, la nuque (voir photo page 3) et derrière les oreilles. Il peut aussi former un véritable casque érythémato-squameux recouvrant tout le cuir chevelu.

- **Le psoriasis unguéal**, qui touche 50 % des patients, peut prendre l'aspect de dépressions punctiformes (en « dé à coudre »), d'une hyperkératose sous-unguéale, d'une **onycholyse** ou de taches saumonées.
- **Le psoriasis inversé** se caractérise par des lésions érythémateuses souvent dépourvues de squames qui siègent au niveau des plis.
- **Le psoriasis en gouttes** est une forme éruptive aiguë survenant principalement chez les enfants et les adolescents à la suite d'une infection rhinopharyngée, souvent streptococcique.
- **Le psoriasis palmoplantaire** est constitué de lésions hyperkératosiques diffuses ou en îlots au niveau des mains ou de la plante des pieds, parfois fissuraires et douloureuses.

2

EXISTE-T-IL DES FORMES GRAVES ?

- Le psoriasis est une maladie généralement bénigne. Cependant, il existe des formes rares mais graves.
- **Le psoriasis pustuleux** peut apparaître d'emblée ou survenir dans l'évolution d'un psoriasis. Il se caractérise par la présence de pustules **spongiformes** et aseptiques. Il peut être localisé, touchant les paumes et les plantes ou l'extrémité des doigts et des orteils ainsi que les ongles. Il est associé à un handicap fonctionnel qui peut être conséquent. Il existe une forme généralisée, plus rare, qui débute brutalement avec une altération de l'état général, de la fièvre et des patchs érythémateux disséminés. L'évolution est parfois grave et nécessite une hospitalisation.
 - **L'érythrodermie psoriasique** se manifeste par un érythème diffus touchant plus de 90 % du tégument, associé à une desquamation importante et à des signes généraux (fièvre, frissons, etc.). Une prise en charge hospitalière est nécessaire pour prévenir les complications (surinfections, troubles hydroélectrolytiques).
 - **Le rhumatisme psoriasique** concerne un tiers des patients. Rarement inaugural, il survient en moyenne 10 ans après une atteinte cutanée. Cliniquement, il s'agit de douleurs articulaires inflammatoires isolées ou concernant plusieurs articulations périphériques, en particulier interphalangiennes distales. Plus rarement, l'atteinte peut être axiale (spondylarthrite psoriasique) touchant les articulations sacro-iliaques et la colonne vertébrale. Une prise en charge précoce par un rhumatologue est essentielle, car l'évolution spontanée du rhumatisme se fait vers une destruction progressive des articulations à l'origine de séquelles fonctionnelles définitives.

3

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

- Le fait qu'environ 30 % des patients ont des antécédents familiaux au premier degré et que la coexistence de la maladie soit 2 à 3 fois plus élevée chez les jumeaux homozygotes que chez les dizygotes, atteste d'une composante génétique importante dans le psoriasis. De plus, au moins 9 loci chromosomiques de prédisposition ont été identifiés.
- Des facteurs environnementaux sont déclenchants :
 - un frottement cutané ou un grattage (phénomène de Koebner) ;
 - certains médicaments (β-bloquants, IEC, facteur de croissance leucocytaire G-CSF, imiquimod, interleukine 3 ou IL-3, interféron, lithium) ;
 - certaines infections (streptocoque β-hémolytique chez l'enfant, VIH) ;
 - ou un stress émotionnel considéré comme facteur déclenchant et aggravant de la pathologie.
- L'alcoolisme, le tabagisme et l'obésité sont identifiés comme étant d'autres facteurs aggravants.

4

COMMENT EST POSÉ LE DIAGNOSTIC ?

- Le diagnostic est avant tout clinique, basé sur l'examen physique des lésions cutanées. En général, aucun examen complémentaire n'est pratiqué. En cas de doute diagnostique, une biopsie cutanée peut être nécessaire. On retrouve à l'examen anatomopathologique une **acanthose** et une hyperkératose associée à un infiltrat inflammatoire constitué de polynucléaires et de lymphocytes.

TÉMOIGNAGE : LÉA, 31 ANS, COMPTABLE

« Mon psoriasis est apparu en pleine adolescence, à une période de la vie où l'aspect physique a tant d'importance ! La première fois, ça s'est manifesté au niveau du cuir chevelu, puis j'ai eu des plaques dans le dos, sur les jambes, les bras, avec des grosses poussées de démangeaisons. J'ai consulté un dermatologue et j'ai essayé plusieurs traitements. Avec le stress, j'ai encore parfois des plaques au niveau des bras et du cuir chevelu. L'été, il y a une amélioration après une petite exposition au soleil. Au-delà des démangeaisons qui sont insupportables, le regard dégoûté des autres fait beaucoup souffrir psychologiquement. Pourtant, ce n'est pas une maladie contagieuse ! En échangeant avec d'autres malades, j'ai appris au fil du temps à ne plus avoir honte de mes lésions et à ne plus chercher systématiquement à les camoufler. »

L'ESSENTIEL

- La lésion élémentaire du psoriasis est une plaque rouge, bien délimitée, épaisse, recouverte de squames blanchâtres.
- Le psoriasis en plaques, le plus fréquent, est localisé au niveau des zones de frottement.
- Il existe des formes graves, mais rares comme le rhumatisme psoriasique.
- Le psoriasis est associé à une augmentation du risque cardiovasculaire.



- Le diagnostic de rhumatisme psoriasique s'appuie sur l'interrogatoire et l'examen physique, complétés par des clichés d'imagerie et des examens biologiques pour exclure une polyarthrite rhumatoïde ou une spondylarthrite ankylosante, notamment.

5

EXISTE-T-IL UN LIEN CERTAINES COMORBIDITÉS ?

- Le psoriasis n'est plus aujourd'hui considéré comme une simple maladie cutanée mais comme une véritable maladie systémique. Les études épidémiologiques ont en effet objectivé son association fréquente avec le syndrome métabolique, le diabète, la maladie de Crohn, le syndrome dépressif, certains cancers, etc.
- Plusieurs études ont par ailleurs montré que le psoriasis est un facteur de risque de survenue d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de décès cardiovasculaire. Ce risque cardiovasculaire est d'autant plus grand que le psoriasis est sévère. ■

•••

ONYCHOLYSE :
décollement distal de la tablette unguéale

SPONGIFORME :
d'aspect en éponge

ACANTHOSE :
Épaississement de l'épiderme

Physiopathologie et pharmacodynamie

Bien que le psoriasis ne soit pas une maladie auto-immune à proprement parler (absence d'auto-anticorps), il met en jeu des mécanismes immunologiques, ce qui explique l'efficacité des traitements immunomodulateurs.

PHYSIOPATHOLOGIE DU PSORIASIS

- Les lésions érythématosquameuses du psoriasis sont la traduction d'une inflammation dermoépidermique chronique associée à des troubles de la prolifération et de la différenciation des kératinocytes, qui se renouvellent en 3 à 5 jours au lieu de 28 jours et s'accumulent.
- C'est la conjonction entre des facteurs environnementaux déclenchants et une prédisposition génétique qui entraîne la cascade d'événements à l'origine du psoriasis.
- Le stimulus initial déclenche l'activation des cellules dendritiques de la peau. Ces dernières produisent alors des cytokines pro-inflammatoires (IL-12 et IL-23) qui induisent

la différenciation des lymphocytes T naïfs présents dans la peau, en lymphocytes Th1 et Th17. La production de cytokines telles que l'interféron (IFN)- γ et le *tumor necrosis factor* (TNF)- α par les lymphocytes Th1, et d'IL-17 et IL-22 par les Th17 est à l'origine de la prolifération accrue et de la différenciation anormale des kératinocytes. L'activation continue des cellules dendritiques et des lymphocytes T aboutit à la chronicisation des lésions cutanées.

- La présence de ces altérations immunitaires justifie l'emploi de médicaments immunomodulateurs dans le traitement du psoriasis.

LES TRAITEMENTS DU PSORIASIS

Le traitement du psoriasis fait appel à des médicaments aux propriétés anti-inflammatoires, antiprolifératives ou immunosuppressives.

- **Les dermocorticoïdes** (bétaméthasone, clobétasol, désonide, difluprednate, hydrocortisone, etc.) : ils exercent une action anti-inflammatoire, antiproliférative sur les cellules épidermiques (par induction de gènes de la mort cellulaire), vasoconstrictrice et immunosuppressive.
- **Les analogues de la vitamine D** : ils inhibent la prolifération des kératinocytes. Les molécules commercialisées sont le calcipotriol seul (Daivonex crème et pommade) ou associé à de la bétaméthasone (Daivobet gel et pommade, Enstilar mousse cutanée, Xamiol gel) et le calcitriol (Silkis pommade). Les molécules commercialisées sont le calcipotriol seul (Daivonex crème et pommade) ou associé à de la bétaméthasone (Daivobet gel et pommade, Enstilar mousse cutanée, Xamiol gel) et le calcitriol (Silkis pommade).
- **L'acitrétine** : elle normalise les processus de la prolifération cellulaire, de la différenciation et de la kératinisation de l'épiderme.
- **Le méthotrexate** : en empêchant l'activation de l'acide folique, il inhibe la synthèse des bases puriques et celle de la

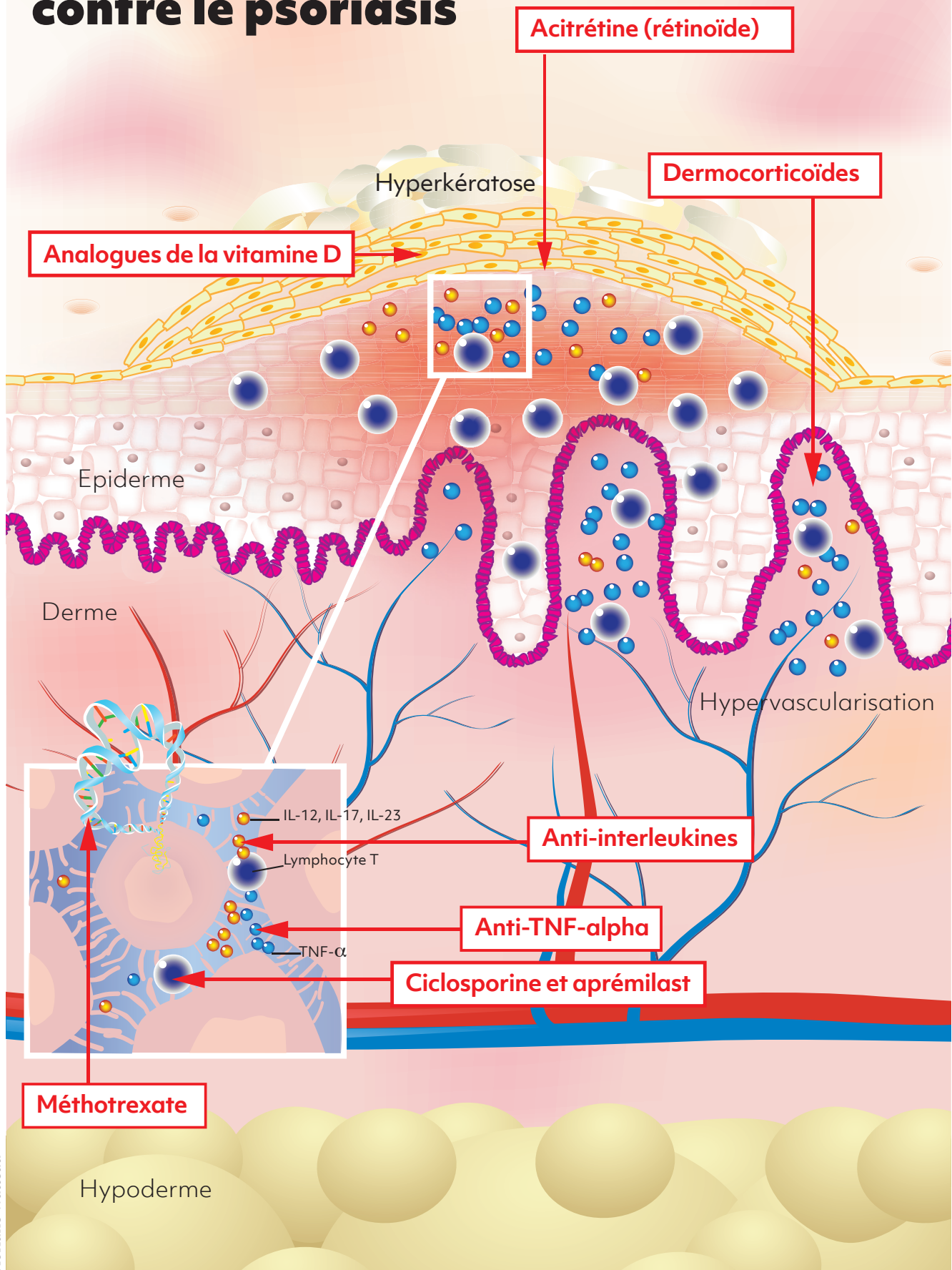
thymidine, exerçant ainsi une action antiproliférative sur les kératinocytes.

- **La ciclosporine** : c'est un immunosuppresseur qui inhibe la libération de lymphokines par les lymphocytes T.
- **L'aprémilast** : il inhibe la phosphodiesterase (enzyme intervenant dans la production de cytokines), ce qui diminue la réponse inflammatoire en modulant l'expression du TNF- α , de l'IL-23 et 17.
- **Les biothérapies** : elles ont pour cible le TNF- α (adalimumab, certolizumab, étanercept, infliximab) ou certaines interleukines (brodalumab, guselkumab, ixekisumab, risankizumab, sécukinumab, tildrakizumab, ustékinumab) dont elles inhibent l'activité pro-inflammatoire. ■

BIOTHÉRAPIES :

thérapeutiques fondées sur l'utilisation de molécules conçues à partir d'un organisme vivant ou de ses produits (tissus, cellules, gènes, anticorps, etc.) ou copiant les molécules naturelles du corps humain (anticorps, IL, facteurs de croissance, etc.)

Site d'action des traitements contre le psoriasis



Floriane Watteau

Comment traiter le psoriasis ?

Le psoriasis peut avoir un fort retentissement sur la qualité de vie et les relations sociales du patient. L'évaluation du vécu de la maladie est primordiale pour une prise en charge adaptée.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Objectifs du traitement

- Le traitement vise à limiter au maximum les phases de poussées par un traitement d'attaque et à maintenir le plus longtemps possible les phases de rémission par un traitement d'entretien.

- Il dépend de plusieurs facteurs :

- la **sévérité clinique de la maladie** et le **retentissement sur la qualité de vie**, basé sur le vécu de la maladie par le patient ;

- l'**étendue des plaques** : les formes peu étendues, c'est-à-dire concernant moins de 10 % de la surface corporelle sont traitées par topiques (la paume de la main et les doigts correspondant à 1 % de la surface du corps) tandis que les formes modérées à sévères relèvent d'un traitement général ;

- la **motivation du patient à prendre un traitement** : dans les formes peu étendues,

le patient non demandeur peut s'abstenir d'être traité ;

- la **localisation des plaques**, dont dépendent les formes galéniques des traitements locaux (gel ou mousse pour le cuir chevelu, gel, crème, mousse et pommade pour le corps).

Choix du traitement

Psoriasis faible

Si le patient n'est pas demandeur il n'est pas nécessaire d'initier un traitement.

Psoriasis faible à modéré

- Le traitement de première intention comprend les dermocorticoïdes qui peuvent être associés, selon la nature et la localisation des lésions, à des analogues de la vitamine D3 et à des kératolytiques (acide salicylique ou urée).

- En deuxième intention, des corticoïdes d'activité plus forte seront prescrits en

association avec des analogues de la vitamine D3. Les rétinoïdes par voie locale ne sont plus utilisés du fait d'un rapport bénéfiques/risques défavorable.

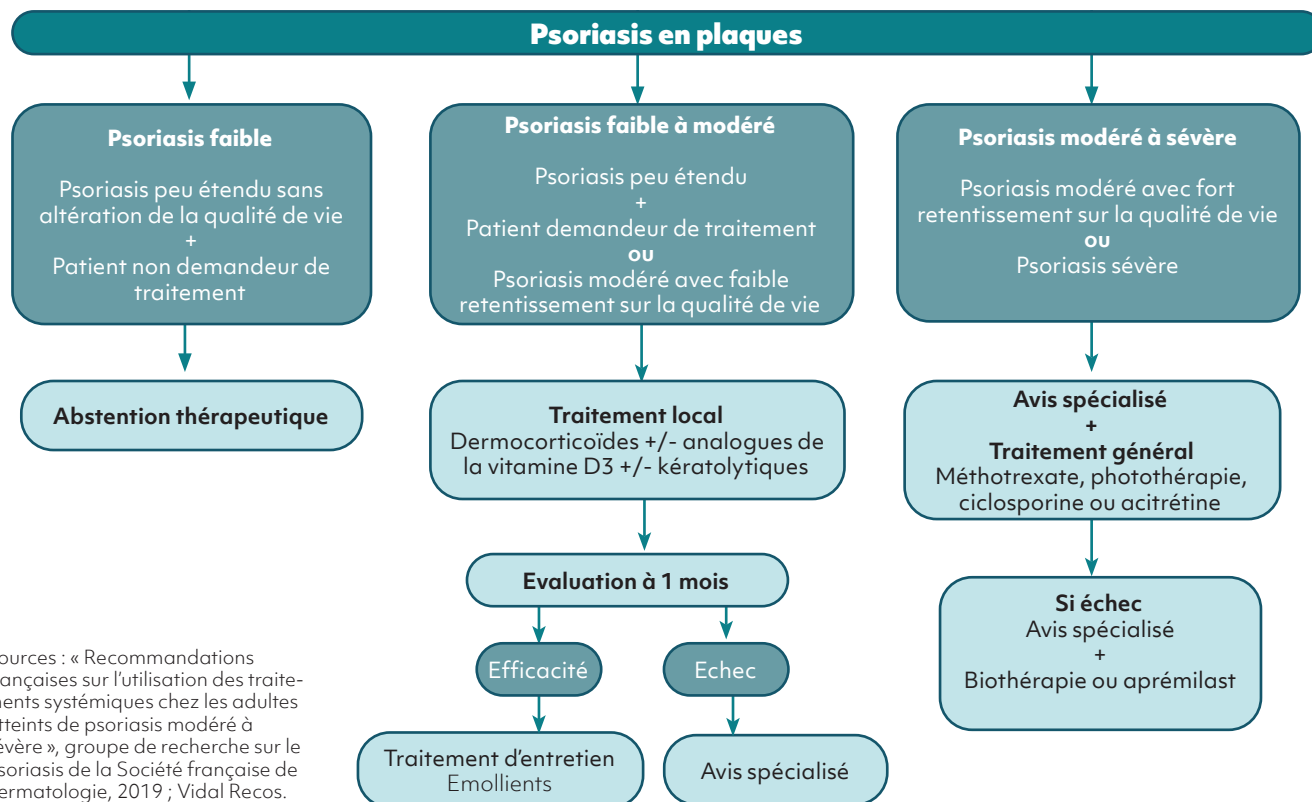
- Les émoullients sont utilisés en traitement d'entretien pour lutter contre la sécheresse cutanée et l'irritation provoquée par les traitements.

Psoriasis modéré à sévère

- Le traitement des formes modérées à sévères fait appel en première ligne au méthotrexate par voie injectable ou orale, à la photothérapie, à la ciclosporine ou à l'acitrétine (en cas de contre-indications aux traitements précédents).

- En cas d'échec ou de contre-indications à deux traitements de première ligne, les biothérapies ou l'aprémilast sont employées. Deux classes de biothérapies sont utilisées :
 - les **anti-TNF** (adalimumab, certolizumab, étanercept, infliximab),

PRISE EN CHARGE DU PSORIASIS



Sources : « Recommandations françaises sur l'utilisation des traitements systémiques chez les adultes atteints de psoriasis modéré à sévère », groupe de recherche sur le psoriasis de la Société française de dermatologie, 2019 ; Vidal Recos.

NIVEAU D'ACTIVITÉ DES DERMOCORTICOÏDES

	DCI	Nom de spécialité
Activité très forte	Bétaméthasone dipropionate*	Diprolène
	Clobétasol propionate	Derموال, Clarelux, Clobex
Activité forte	Bétaméthasone dipropionate*	Diprosone
	Bétaméthasone valérate	Betneval, Bétésil
	Désonide*	Locatop
	Diflucortolone valérate	Nérisone
	Difluprednate	Epitopic
	Fluticasone	Flixovate
	Hydrocortisone acéponate	Efficort
Activité modérée	Désonide*	Locapred, Tridésionit
	Hydrocortisone butyrate	Locoïd
Activité faible	Hydrocortisone	Cortisédermyl, Dermofénac, Hydrocortisone Kerapharm
	Hydrocortisone acétate	Cortapaisyl

* Certaines molécules sont présentes dans deux catégories différentes. En effet, la classification des dermocorticoïdes est fondée sur le test de vasoconstriction de McKenzie et sur les données d'efficacité issues des essais cliniques. Cela signifie que certaines spécialités, bien que présentant les mêmes DCI, ont eu des résultats différents lors de leurs essais cliniques.

- les **inhibiteurs d'IL** (brodalumab, guselkumab, ixékizumab, sécukinumab, tildrakizumab, ustékinumab, risankizumab). L'instauration de ces biothérapies fait l'objet d'un avis spécialisé. Elles sont disponibles en ville.

TRAITEMENTS

Traitements topiques

Dermocorticoïdes

- Ils constituent le traitement de référence du psoriasis faible à modéré. Ils réduisent les démangeaisons, l'inflammation et les rougeurs. Leur efficacité apparaît rapidement.
- Les dermocorticoïdes à activité très forte sont utilisés sur les coudes, genoux, paumes ou plantes, ceux à activité modérée

et forte sur les plis et les zones pileuses, ceux à activité faible et modérée sur le visage (voir *tableau ci-dessus*).

• **Effets indésirables** : ils dépendent de la puissance de la molécule, de la durée du traitement et de la zone à traiter (un traitement au long cours peut causer une fragilité cutanée ou des ecchymoses).

Analogues de la vitamine D

Ils régulent l'inflammation et diminuent l'aspect squameux des plaques. Ils ne doivent pas être utilisés sur le visage. Ils sont moins rapidement efficaces que les dermocorticoïdes (délai d'efficacité de quelques semaines) et peuvent être utilisés en association fixe à ces derniers pour accélérer l'efficacité et améliorer la tolérance.

• **Effets indésirables** : érythème, sensation de brûlure, prurit, douleur au site d'application.

Kératolytiques

L'acide salicylique dosé de 2 à 10 % (en association avec un corticoïde dans Diprosalic lotion et pommade, ou en préparation magistrale) ou l'urée à 10 ou 30 % (par exemple Kératosane Uriage ou Crème UR10 Topiderm) sont employés pour décapoter les lésions kératosiques ou squameuses et permettre une meilleure pénétration des traitements locaux. Ils ne doivent pas être utilisés sous pansement occlusif.

PHOTOTHÉRAPIE

- La photothérapie consiste à projeter des rayons ultraviolets sur la peau pour un effet anti-inflammatoire et immunosuppresseur. La prise en charge par l'Assurance maladie est soumise à une demande d'entente préalable.
- La puvathérapie emploie les rayons ultraviolets A (UVA) après la prise de méthoxsalène par voie orale ou locale 2 heures avant les séances. La photothérapie UVB, actuellement privilégiée car limitant le risque carcinogène, ne nécessite pas de prise de méthoxsalène.
- Trois séances hebdomadaires pendant environ 2 mois sont habituellement nécessaires.
- Il faut éviter l'exposition solaire après chaque séance en se couvrant et en

VIGILANCE !

Certaines contre-indications sont à connaître.

- **Dermocorticoïdes** : infection cutanée, lésions ulcérées.
- **Analogues de la vitamine D3** : antécédents de troubles du métabolisme calcique.
- **Acitrétine** : grossesse et allaitement, hypervitaminose A, hyperlipidémie, insuffisance rénale ou hépatique sévères.
- **Méthotrexate** : grossesse et allaitement, maladie ulcéreuse gastro-intestinale ou buccale, alcoolisme, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale sévère, insuffisance respiratoire chronique.
- **Ciclosporine** : allaitement.
- **Aprémilast** : grossesse, allaitement.
- **Biothérapies** : infections évolutives et cliniquement significatives, et – pour certaines molécules – insuffisance cardiaque, grossesse, allaitement.

... utilisant une crème solaire écran total. Des lunettes filtrant les UVA sont utilisées durant et après la puvathérapie pour limiter le risque de cataracte.

• **Effets indésirables** : vieillissement cutané, modification pigmentaire, augmentation du risque de cataracte et, à long terme, risque carcinogène plus élevé avec la puvathérapie.

• **Interactions** : l'association de méthoxsalène à d'autres médicaments photosensibilisants est déconseillée.

TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Méthotrexate

• Il est efficace en 2 à 6 semaines. Il est administré 1 fois par semaine (à jour fixe) par voie orale ou sous-cutanée, qui présente l'avantage d'une meilleure biodisponibilité et limite le risque d'erreur de rythme de prise. Une supplémentation en acide folique 24 ou 48 heures après la prise limite les effets indésirables.

• **Effets indésirables** : asthénie, troubles digestifs, stomatite, toxicité pulmonaire, hématologique, hépatique et rénale (imposant une surveillance biologique), augmentation du risque infectieux et de réactivation d'infections, effet tératogène imposant une contraception efficace chez l'homme et la femme, pendant le traitement et durant les 6 mois suivant son arrêt.

• **Interactions** : Voir tableau ci-dessous. L'association aux pénicillines, à la ciprofloxacine, aux AINS ou aux inhibiteurs de la pompe à protons (dans le cas de doses de méthotrexate supérieures à 20 mg/semaine) est déconseillée (majoration de l'hématotoxicité).

Ciclosporine

• La ciclosporine réduit les formes graves de psoriasis. Elle est efficace 4 à 6 semaines. Elle ne peut être utilisée sur le long terme du fait de sa toxicité et constitue une alternative au méthotrexate (si intolérance ou contre-indication).

• **Effets indésirables** : hématotoxicité, hyperlipidémie, dysfonctionnement rénal, hyperkaliémie, tremblements, céphalées, hypertension artérielle, hirsutisme.

• **Interactions** : Voir tableau ci-dessous. L'association au potassium ou aux diurétiques épargneurs potassiques est déconseillée (risque d'hyperkaliémie), ainsi que celle à l'ézétimibe (risque majoré de rhabdomyolyse), à l'amiodarone (risque d'augmentation des concentrations de ciclosporine), à l'orlistat et au modafinil (risque de diminution des concentrations de ciclosporine), à la colchicine (majoration de sa toxicité), au répaglinide (risque majoré d'hypoglycémie), à la nifédipine (risque de gingivopathie), etc.

Acitrétine

• Elle est efficace en 6 à 8 semaines.

• Sa prescription initiale est réservée aux dermatologues (renouvellement possible par tout médecin). En raison d'un risque tératogène, un test plasmatique de grossesse doit être réalisé dans les 3 jours précédant la prescription. La délivrance est conditionnée à la présentation du carnet patiente et doit être exécutée dans les 7 jours après la prescription. Une contraception efficace est nécessaire jusqu'à 3 ans après la fin du traitement.

• **Effets indésirables** : céphalées, sécheresse et inflammation des muqueuses, fragilité cutanée, arthralgies, myalgies, œdèmes périphériques, risque d'hyperlipidémie et d'élévations des transaminases justifiant un contrôle biologique.

• **Interactions** : Voir tableau ci-dessous. La consommation d'alcool est proscrite pendant le traitement et les 2 mois suivant son arrêt.

Aprémilast

L'aprémilast est efficace en 24 semaines.

• **Effets indésirables** : troubles gastro-intestinaux survenant au cours des 2 premières semaines de traitement et se résorbant en 4 semaines, céphalées, infections des voies respiratoires hautes, possibles troubles du comportement avec idées suicidaires (peu fréquents).

• **Interactions** : l'association aux inducteurs enzymatiques est déconseillée.

Biothérapies

• Les anti-TNF- α et les inhibiteurs d'IL ont une activité anti-inflammatoire et immunosuppressive. Ils sont efficaces en 12 à 16 semaines.

• **Effets indésirables** : infection opportuniste, réactivation d'infections chroniques inactives, et, avec l'ustékinumab, risque rare d'érythrodermie et de desquamation cutanée. Il est conseillé de vacciner les patients avant l'instauration de la biothérapie. Compte tenu du risque de toxicité sur la grossesse, une contraception efficace doit être instaurée et poursuivie après le traitement (pendant une durée variable selon la biothérapie). ■

PRINCIPALES INTERACTIONS CONTRE-INDIQUÉES

DCI	Agent associé	Risque
Acitrétine	Alcool	Risque de formation de métabolites tératogènes
	Cyclines	Risque d'hypertension intracrânienne
	Méthotrexate	Majoration de l'hépatotoxicité du méthotrexate
	Vitamine A et autres rétinoïdes	Risque d'hypervitaminose A
Ciclosporine	Millepertuis, bosentan (à l'hôpital)	Diminution de l'activité de la ciclosporine
	dabigatran	Augmentation des concentrations de dabigatran
	Rosuvastatine, simvastatine	Risque majoré de rhabdomyolyse
Méthotrexate	Triméthoprim	Majoration de la toxicité du méthotrexate
	Aspirine > 500 mg par prise (si méthotrexate > 20 mg/semaine)	Majoration de la toxicité hématologique du méthotrexate
	Vaccins vivants	Risque de maladie vaccinale généralisée



DR JEAN-MICHEL AMICI

dermatologue, praticien attaché au
CHU de Bordeaux (Gironde)

« Les biothérapies constituent un progrès majeur dans la prise en charge du psoriasis »

Quels sont les messages importants à diffuser aux patients ?

Le psoriasis est une maladie chronique dont on ne peut certes pas guérir définitivement, mais dont on peut obtenir, quelle que soit sa sévérité, un blanchiment complet des lésions et de longues fenêtres thérapeutiques. Il est important de rassurer les patients car une poussée ne récidive pas forcément et, si tel est le cas, on saura à nouveau la traiter. Pour obtenir l'efficacité attendue, il convient, à l'officine, d'encourager la bonne observance des traitements, notamment celle des topiques qui ne sont pas toujours bien appliqués par les patients. Avec le méthotrexate, il faut faire particulièrement attention au risque d'erreur et de surdosage de la forme orale et bien insister sur son administration hebdomadaire et non journalière. Le pharmacien peut aussi vérifier que la surveillance biologique trimestrielle est bien réalisée afin de dépister une éventuelle hépatotoxicité. Pour

autant, toute élévation des transaminases ne doit pas être systématiquement imputée au méthotrexate, il convient aussi d'exclure une consommation excessive d'alcool qui peut parfois s'observer chez ces patients déprimés par l'altération de leur qualité de vie. Enfin, il ne faut pas s'étonner devant une prescription de méthotrexate pour un psoriasis peu étendu, car la sévérité s'évalue surtout avec la perte de la qualité de vie liée à des localisations particulières et à un éventuel rhumatisme associé.

Les biothérapies ont émergé dans l'arsenal thérapeutique. Qu'en pensez-vous ?

L'essor des biothérapies est une avancée majeure qui change la vie des patients. Elles permettent un blanchiment stabilisé des lésions en 4 à 8 injections par an selon les molécules. Les premières mises à disposition ont été les anti-TNF- α . Les dernières anti-interleukines mises sur le marché (anti-IL-17 et 23) ont une efficacité supérieure aux anti-TNF- α . Ces biothérapies nécessitent d'être à jour de la vaccination contre le pneumocoque et d'avoir réalisé un test interféron- γ pour exclure une tuberculose évolutive. En cette période de pandémie, il est important de préciser que ces médicaments ne contre-indiquent pas la vaccination anti-Covid-19. Ils doivent être interrompus en cas de grossesse à l'exception du certolizumab (Cimzia) qui a fait la preuve de sa non-toxicité chez la femme enceinte.

PRINCIPAUX TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES UTILISÉS DANS LE PSORIASIS CHEZ L'ADULTE

DCI	Spécialité	Posologie	À retenir
Traitements systémiques (hors biothérapies)			
Acitrétine	Soriatane gélule à 10 et 25mg	- Poso initiale : 25-30 mg/jour pendant 2 à 4 semaines - Puis 25-50 mg/jour pendant 6 à 8 semaines en traitement d'attaque et 25 à 35 mg/jour en entretien	- Prescription initiale par un dermatologue valable 1 an - A prendre de préférence au cours d'un repas ou avec du lait - Délivrance dans les 7 jours suivant la prescription
Méthotrexate	Imeth seringue à 7,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg et 25 mg (SC et IM), cp à 2,5 mg, 7,5 mg et 10 mg Méthotrexate Biodim sol. inj. à 5 mg et 25 mg (SC et IM), Méthotrexate Mylan sol. inj. à 5 mg (SC et IM) Metoject stylo ou seringue à 7,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg et 25 mg (SC) Nordimet stylo à 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg, 15 mg, 17,5 mg, 20 mg, 22,5 mg et 25 mg (SC) Novatrex cp à 2,5mg Prexate seringue à 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg, 15 mg, 17,5 mg, 20 mg, 22,5 mg et 25 mg (SC)	Sol. inj. : Evaluation de la tolérance : 5-10 mg/semaine Initiation : 7,5 mg/semaine Recherche de la posologie efficace : 7,5-25 mg/semaine Comprimé : Evaluation de la tolérance : 2,5-5 mg/semaine Initiation : 7,5-15 mg/semaine Recherche de la posologie efficace : 7,5-25 mg/semaine	Injection dans le pli cutané au niveau du haut des cuisses ou de l'abdomen ou en intramusculaire Eviter tout contact du méthotrexate avec la peau et les muqueuses. Prendre les comprimés avec un verre d'eau, en position assise ou debout Administration hebdomadaire à jour fixe
Ciclosporine	Néoral capsule à 10, 25, 50, 100 mg et sol. buv. à 100 mg/ml	- Initiation : 2,5mg/kg/jour en 2 prises - Puis recherche de la posologie efficace, max 5 mg/kg/jour	- Prescription initiale hospitalière valable 6 mois. Avaler les capsules entières avec de l'eau - Ne pas prendre de pamplemousse sous toutes ses formes
Aprémilast	Otezla cp à 10 ; 20 et 30 mg	- Posologie progressive sur 6 jours de 10 mg/jour à 60 mg/jour en 2 prises.	- Administration pendant ou en dehors du repas - Prescription restreinte aux rhumatologues, dermatologues et spécialistes en médecine interne

...

PRINCIPAUX TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES UTILISÉS DANS LE PSORIASIS CHEZ L'ADULTE

DCI	Spécialité	Posologie	À retenir
Biothérapies			
Anti-TNF-α			<p>Médicaments d'exception, nécessitant une prescription initiale hospitalière, renouvellement restreint à certains spécialistes</p> <p>Injection sous-cutanée dans le pli cutané dans le devant de la cuisse ou l'abdomen (ou selon les spécialités dans la face externe du bras ou la fesse)</p> <p>Changer de site à chaque injection</p> <p>Ne pas injecter dans les zones avec plaques de psoriasis</p> <p>Conservation entre + 2 °C et + 8 °C à l'abri de la lumière</p> <p>Autres modes de conservation possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 jours à moins de + 30 °C pour Cosentyx • 5 jours à moins de + 30 °C pour Taltz • 14 jours à moins de + 25 °C pour Amgevita, Humira, Idacio et Kyntheum • 10 jours à moins de + 25 °C pour Cimzia • 21 jours à moins de + 25 °C pour Hyrimoz • 28 jours à moins de + 25 °C pour les spécialités à base d'étanercept ou Imraldi et Remsima • 30 jours à moins de + 25 °C pour Ilumetri
Adalimumab	Amgevita stylo 40 mg et seringue 20 mg et 40 mg Hulio flacon, stylo et seringue 40 mg Humira stylo 40 mg et 80 mg ou seringue 20 mg, 40 mg et 80 mg Hyrimoz stylo et seringue 40 mg Idacio flacon, stylo et seringue 40 mg Imraldi stylo et seringue 40 mg	Initiation : 80 mg/semaine Entretien : 40 mg/2 semaines puis 40 mg/semaine ou 80 mg/2 semaines si absence d'amélioration après 16 semaines.	
Certolizumab	Cimzia stylo et seringue à 200 mg (SC)	Initiation : 400 mg/2 semaines pour les 3 premières injections Entretien : 200 voire 400 mg /2 semaines A réévaluer si absence de réponse au cours des 16 premières semaines	
Etanercept	Benepali stylo 50 mg ou seringue 25 mg et 50 mg Enbrel stylo, seringue 25 mg et 50 mg et sol. inj. 10 mg et 25 mg Erelzi stylo 50 mg et seringue 25 mg et 50 mg	25 mg à 50 mg 2 fois par semaine Interrompre le traitement si pas de réponse après 12 semaines	
Infliximab	Remsima stylo, seringue 120 mg	Initiation : par la forme IV à l'hôpital Entretien : attendre 4 semaines après l'initiation avant le relais par la forme sous-cutanée, 120 mg/2 semaines	
Inhibiteurs d'interleukines			
Brodalumab	Kyntheum seringue 210 mg	Initiation : 210 mg/semaine pour les 3 premières injections Entretien : 210 mg/2 semaines Envisager l'arrêt si pas de réponse après 12 à 16 semaines	
Guselkumab	Tremfya seringue et stylo 100 mg	Initiation : 100 mg/mois pour les 2 premières injections Entretien : 100 mg/2 mois Arrêt envisagé si pas de réponse après 16 semaines	
Ixekizumab	Taltz seringue et stylo 80 mg	Initiation : 160 mg à la première administration puis deux semaines après 80 mg/2 semaines les 6 administrations suivantes Entretien : 80 mg/4 semaines	
Risankizumab	Skyrizi seringue 75 mg	Initiation : 150 mg/mois les 2 premières administrations Entretien : 150 mg/12 semaines Arrêt envisagé si pas de réponse après 16 semaines	
Secukinumab	Cosentyx seringue et stylo 150 mg	Initiation : 300 mg/semaine les 4 premières administrations Entretien : 300 mg/4 semaines Arrêt envisagé si pas de réponse après 16 semaines	
Tildrakizumab	Ilumetri seringue 100 mg	Initiation : 100 mg/4 semaines (200 mg/4 semaines si > 90 kg) les 2 premières injections Entretien : 100 mg (ou 200 mg si > 90 kg)/12 semaines Arrêt envisagé si pas de réponse après 28 semaines	
Ustékinumab	Stélara seringue 45 mg et 90 mg et sol. inj. à 45 mg	Initiation : 45 mg/4 semaines les 2 premières injections Entretien : 45 mg/12 semaines Arrêt envisagé si pas de réponse après 28 semaines	

Source : Base de données publique des médicaments, base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr.

Initiation d'une biothérapie

Edouard T., 28 ans, a du psoriasis depuis l'adolescence. A l'âge de 20 ans, il avait fait une trentaine de séances de photothérapie qui avaient permis une amélioration pendant quelques mois puis les plaques étaient réapparues. Sa dermatologue lui avait alors prescrit du méthotrexate. Celui-ci a été efficace la première année mais par la suite, M. T. a eu de nouveau de plus en plus souvent recours aux topiques. A sa dernière consultation, il s'est montré découragé et un peu déprimé car il vient d'intégrer un nouveau poste à responsabilités et son psoriasis le rend mal à l'aise. Sa dermatologue l'a alors adressé à un confrère hospitalier. Cette dernière, après un bilan biologique et une radiographie thoracique, prescrit une biothérapie à M. T., met à jour sa vaccination et renouvelle son traitement local.

Ordonnance de médicaments,
de produits ou de prestations d'exception

Personne recevant les soins

Nom et prénom : Edouard T.

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Dr Sylvie J.
Raison sociale : Hôpital du Bon Soir, service de dermatologie
Adresse : 1, rue de la Forme

A compléter par le prescripteur

Médicament, indiquer son nom :
Risankizumab 75 mg (Skyrizi) : 2 injections en sous-cutané à 75 mg à la semaine 0, à la semaine 4 et à la semaine 16

Date : le 15/05/2021

Service de dermatologie
Hôpital du Bon Soir

Le 15/05/2021
M. Edouard T., 28 ans
1,84 m, 76 kg

Calcipotriol 50 µg/bétaméthasone 0,5 mg mousse cutanée (Enstilar), une application par jour en cas de lésion puis, en fonction de l'amélioration, les lundis et jeudis sur les zones précédemment touchées par le psoriasis – 6 tubes par mois

QSP 3 mois

Repevax, 1 injection à faire par une IDE 1 semaine avant l'administration de Skyrizi

Prévenar, 1 injection à faire par une IDE 1 semaine avant l'administration de Skyrizi

Pneumovax, 1 injection à faire par une IDE 2 mois après celle de Prévenar

QUEL EST LE CONTEXTE DE L'ORDONNANCE ?

Que savez-vous du patient ?

M. T. vient depuis des années à la pharmacie pour la délivrance de traitements contre son psoriasis. Il prend régulièrement de la phytothérapie contre son anxiété et occasionnellement de la mélatonine pour des difficultés d'endormissement.

Que lui a dit le médecin ?

Le Dr J. explique à M. T. que le risankizumab est un traitement relativement récent du psoriasis et qu'une amélioration est généralement observée dans les 16 semaines suivant l'instauration du traitement.

L'ordonnance est-elle recevable ?

Oui. Skyrizi est bien prescrit sur une ordonnance d'exception, par un dermatologue hospitalier.

LA PRESCRIPTION EST-ELLE COHÉRENTE ?

Que comporte la prescription ?

- **Le risankizumab** est un anticorps monoclonal inhibant spécifiquement l'IL-23 et la libération des cytokines pro-inflammatoires.
- **La mousse cutanée Enstilar** est une association d'un analogue de la vitamine D (calcipotriol) et d'un corticoïde (bétaméthasone).
- **Repevax** est un vaccin inactivé contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche.
- **Prévenar** est un vaccin antipneumococcique 13-valent inactivé.
- **Pneumovax** est un vaccin antipneumococcique 23-valent inactivé.

Est-elle conforme à la stratégie thérapeutique de référence ?

• Oui, une biothérapie est indiquée chez les patients atteints d'une forme étendue ou avec un retentissement psychosocial important en cas d'échec à au moins 2 traitements

- parmi les traitements systémiques de première ligne et la photothérapie. Un traitement local peut y être associé, notamment en début de traitement par biothérapie, le temps que ce dernier fasse effet.

- Une mise à jour des vaccinations doit être envisagée avant l'instauration d'un traitement par biothérapie.

Y a-t-il des contre-indications ?

M. T. ne présente pas d'infection active cliniquement importante qui contre-indiquerait l'administration de Skyrizi. M. T. ne présente pas non plus de maladie fébrile aiguë qui pourrait différer les vaccinations.

Y a-t-il des interactions ?

Non. Les trois vaccins étant inactivés, il n'y a pas d'interactions avec la biothérapie.

Les posologies sont-elles cohérentes ?

Oui. La dose recommandée de risankizumab est de 150 mg, soit 2 injections sous-cutanées de 75 mg administrées à la semaine 0, à la semaine 4 puis toutes les 12 semaines.

La posologie recommandée pour l'association calcipotriol/bétaméthasone est d'une application par jour pour le traitement des poussées et d'une application 2 fois par semaine sur 2 jours consécutifs, en respectant un délai de 2 à 3 jours sans traitement, sur les zones précédemment affectées, pour le traitement d'entretien à long terme.

QUELS CONSEILS DE PRISE DONNER ?

Il faut s'assurer que le patient ait bien compris le rythme des injections de Skyrizi et vérifier l'observance et la tolérance à Enstilar. Les injections de Repevax et de Prévenar auront été faites 1 semaine avant celle de Skyrizi (elles peuvent toutefois être réalisées en même temps que la première de Skyrizi), et l'injection de Pneumovax sera effectuée 8 semaines après celle de Prévenar.

Concernant le risankizumab

Utilisation du médicament

La première administration du risankizumab aura lieu à l'hôpital avec l'aide d'une infirmière formée à l'éducation thérapeutique. Elle fera la première injection en expliquant la technique à M. T. qui fera la deuxième sous surveillance de l'infirmière. M. T. pourra ensuite être autonome. Les injections doivent être pratiquées dans des zones différentes : cuisse ou abdomen, en vérifiant que la peau est indemne. Sortir la boîte du réfrigérateur, en y laissant les seringues pour qu'elles restent à l'abri de la lumière, 15 à 30 minutes avant l'injection.

Que faire en cas d'oubli ?

Les doses oubliées doivent être administrées dès que possible et les suivantes selon le schéma habituel.

Le patient pourra-t-il juger de l'efficacité du traitement ?

L'efficacité du traitement est généralement appréciable après 12 à 16 semaines de traitement. En fonction de la réponse

QU'EN PENSEZ-VOUS ?

Que faire si le patient a oublié de remettre Skyrizi au réfrigérateur en rentrant chez lui et ne s'en rend compte que le lendemain ?

- 1) Il faut le détruire.
- 2) Cela n'a pas d'importance tant que le patient l'utilise dans les 30 jours
- 3) La conduite à tenir est décidée au cas par cas

Réponse : Skyrizi est à conserver au réfrigérateur (entre + 2 à + 8 °C) et ne doit pas être congelé. Les seringues préremplies doivent être conservées dans l'emballage d'origine, à l'abri de la lumière. En cas d'excursion accidentelle de température chez le pharmacien ou le patient, le produit pourrait dans certaines conditions être quand même utilisé. Il convient dans ce contexte de se rapprocher du service d'information médicale du laboratoire qui le commercialise (Abbvie) en précisant la durée et le temps d'exposition pour pouvoir statuer au cas par cas. Il fallait choisir la troisième proposition.

après 16 semaines de traitement, le médecin décidera de la poursuite du traitement ou de son interruption en l'absence totale d'amélioration.

Quels sont les principaux effets indésirables ?

Les principaux effets indésirables sont les infections des voies respiratoires supérieures. En plus de la réaction locale au point d'injection possible, des dermatophytoses, des céphalées, un prurit et une asthénie peuvent survenir.

Quels sont ceux gérables à l'officine ?

Une infection des voies respiratoires supérieures d'intensité faible à modérée peut être prise en charge à l'officine.

Quels signes nécessiteraient d'appeler le médecin ?

Une infection cliniquement sévère sous risankizumab nécessiterait d'appeler le médecin et il faudrait attendre la guérison avant d'envisager l'administration d'une nouvelle dose.

Concernant l'association calcipotriol/bétaméthasone

Observance

Il faut vérifier que M. T. respecte bien les posologies en fonction des phases de poussées et d'entretien et qu'il utilise bien la mousse : agiter le flacon, appliquer la mousse par pulvérisation à au moins 3 cm de la peau puis masser délicatement et se laver les mains ensuite. Pour le cuir chevelu, M. T. peut appliquer la mousse après l'avoir pulvérisée dans la paume de la main.

Tolérance

M. T. ne se plaint pas de réaction au moment où il applique la mousse.

Conseil complémentaire

Une réaction locale ainsi que la survenue de fièvre sont possibles dans les jours qui suivent les injections des vaccins. L'administration de paracétamol est possible pour diminuer la fièvre. ■

Accompagner le patient

Pour soutenir le patient et lui prodiguer des conseils adaptés, il est nécessaire de bien connaître l'impact du psoriasis et de ses traitements sur la vie quotidienne.

LE PSORIASIS VU PAR LES PATIENTS

Impact psychologique et social

- L'annonce du diagnostic qui permet de poser un nom sur des symptômes est parfois vécue comme un soulagement. Cependant, la plupart des patients passent par une phase où ils ont du mal à accepter la maladie, éprouvant des sentiments de colère, ou d'injustice.
- Le psoriasis peut avoir des répercussions sur la vie sociale et sportive et les vacances. Certains patients ont tendance à s'isoler pour éviter le regard des autres et à choisir des vêtements couvrants pour cacher les lésions. Ils évitent aussi les vêtements serrés qui provoquent des frottements.
- La vie intime peut être perturbée (crainte du regard de l'autre, douleurs lors de rapports sexuels en cas d'atteinte des muqueuses génitales).

Impact professionnel

- Le regard des autres peut affecter la vie professionnelle et conditionner parfois le choix et la poursuite d'un métier (métier d'accueil du public, en contact avec la clientèle, profession commerciale, etc.).
- Certaines formes, notamment palmoplantaires, peuvent être une entrave à l'exercice de certaines professions (métiers du bâtiment, de la coiffure ou de la restauration, etc.).

À DIRE AUX PATIENTS

A propos de la pathologie

- Le psoriasis est une maladie non contagieuse qui évolue par poussées.

QUESTIONS DE PATIENT :

« Les cures thermales sont-elles prises en charge ? »



Le psoriasis fait partie des pathologies pour lesquelles une cure thermique annuelle peut être prise en charge. La demande doit comporter la prescription médicale, le formulaire de prise en charge et la déclaration de ressources. L'hébergement et les frais de transport peuvent être pris en charge à condition que les ressources ne dépassent pas un certain plafond. »

- Le soutien psychologique est essentiel pour mieux accepter la maladie (orienter vers une association de patients comme un psychothérapeute).
- Les cures thermales (Avène, La Roche-Posay, Uriage, etc.) offrent les propriétés des eaux thermales et proposent des ateliers de maquillage, de gestion du stress, d'hygiène et d'hydratation.
- Choisir le maquillage parmi les gammes dermatologiques, hypoallergéniques, non comédogènes ou couvrantes et qui s'adaptent aussi bien aux femmes qu'aux hommes.
- Le rasage et l'épilation ne sont pas déconseillés mais des précautions doivent être prises, pour éviter une irritation et une poussée. Éviter l'épilation et le rasage au niveau des zones de plaques et appliquer un émollient avant et après.
- En cas de localisation sur le cuir chevelu, un shampooing kératorégulateur spécifique du psoriasis (comme Kertyol Pso) peut être conseillé.
- Une grossesse est envisageable mais le médecin réévaluera le traitement car certains médicaments sont contre-indiqués. Il semblerait que, du fait de l'action de la progestérone sur le système immunitaire, le psoriasis ait tendance à s'améliorer ou à se stabiliser pendant la grossesse.

A propos du traitement

Traitements locaux

- Les traitements locaux sont contraignants et nécessitent une observance stricte.
- Ils seront appliqués de préférence après le bain ou la douche sur une peau légèrement humide pour en faciliter l'application. Ils ne sont pas photosensibilisants mais sont préférentiellement appliqués le soir en cas d'exposition au soleil pour pouvoir appliquer la protection solaire en journée.
- La corticophobie est une source d'échec thérapeutique. Expliquer au patient qu'un traitement commencé tôt et jusqu'à disparition des plaques permet de diminuer la quantité de dermocorticoïdes appliqués sur le long terme. Pour limiter leurs effets indésirables, qui sont le plus souvent locaux et réversibles, rappeler qu'une seule application par jour suffit en raison de l'effet réservoir (accumulation dans la couche cornée avant absorption progressive vers les couches plus profondes), et le principe de l'unité phalange : une quantité recouvrant la dernière phalange (soit à 0,5 gramme) permet de traiter une surface équivalente à 2 paumes de mains. Il est recommandé d'arrêter le traitement à l'amélioration des symptômes. La décroissance progressive n'est plus recommandée pour favoriser l'adhésion au traitement.

QUESTIONS DE PATIENT :

« L'alimentation influence-t-elle l'évolution du psoriasis ? »



Le lien entre alimentation et psoriasis n'est pas établi. Cependant, le régime méditerranéen peut être conseillé pour limiter le risque de maladies cardiovasculaires associées au psoriasis. Des études suggèrent une relation entre un déséquilibre de l'écosystème bactérien intestinal et le psoriasis et des recherches sont en cours pour évaluer l'efficacité des probiotiques. »

L'ESSENTIEL

- La prévention du psoriasis repose sur une bonne observance des traitements durant les poussées, l'application de crèmes hydratantes entre les poussées et la gestion du stress.
- L'acceptation de la maladie peut être facilitée par la mise en relation avec une association de patients.
- L'application de maquillage hypoallergénique et non comédogène peut être proposée pour masquer les lésions.

...

Traitements oraux

• L'acitrétine est contre-indiquée pendant la grossesse et sa délivrance est conditionnée par la présentation d'un carnet patiente rempli. Une contraception, qui doit être démarrée 4 semaines avant le traitement, poursuivie pendant toute sa durée et au moins 3 ans après l'arrêt, est obligatoire pour les femmes traitées.

Ne pas donner son sang pendant le traitement ni pendant 3 ans suivant son arrêt. La consommation d'alcool est contre-indiquée jusqu'à 2 mois après l'arrêt. Les substituts lacrymaux permettent de pallier la sécheresse muqueuse.

• Le méthotrexate est également contre-indiqué pendant la grossesse. Une contraception est obligatoire pour les femmes traitées, ainsi que pour celles dont le partenaire est sous méthotrexate pendant le traitement et au moins 6 mois après l'arrêt. La consommation d'alcool est déconseillée. Noter sur la boîte le jour de la prise hebdomadaire. Les effets indésirables sont diminués par la prise d'acide folique au moins 48 heures après le méthotrexate. Déconseiller la prise d'AINS et d'acide acétylsalicylique en automédication.

• Les effets indésirables de la ciclosporine limitent la durée totale cumulée d'administration à 1 à 2 ans. Respecter un intervalle de 12 heures entre 2 prises. Vérifier l'hygiène dentaire (risque d'hypertrophie gingivale). Consulter en cas de signes d'infection.

• Vérifier la réalisation d'une surveillance biologique sous acitrétine (transaminases, cholestérol total, triglycérides), méthotrexate (fonction rénale, numération formule sanguine, fonction hépatique) et ciclosporine (fonction rénale, bilirubine, lipides, potassium) et de la tension artérielle sous ciclosporine.

• Le risque d'infection accru sous biothérapie impose une recherche préalable d'infection active ou ancienne ainsi que d'alerter le patient en cas de signe infectieux.

• Les injections peuvent être pratiquées par le patient après formation, en veillant à alterner les sites et à fournir un conteneur de déchets de soins à risque infectieux (boîte Dastri).

• Les vaccins vivants étant contre-indiqués, la mise à jour de la vaccination est recommandée avant l'instauration.

• Photothérapie

Une protection oculaire par des coques opaques et celles des parties génitales par un vêtement sont indispensables durant les séances. Éviter l'exposition au soleil et aux UV artificiels le jour de la séance (porter des vêtements couvrants et utiliser une crème écran total). La puvathérapie nécessite en plus le port de lunettes de soleil dans les 12 heures suivant la prise du psoralène.

En prévention des poussées

- Appliquer des crèmes émollientes entre les poussées. Privilégier pour la toilette, l'utilisation de produits sans savon et sans parfum tels que gels nettoyants surgras ou huiles lavantes pour pallier l'effet desséchant de l'eau.
- L'application de dermocorticoïdes 2 fois par semaine sur les zones fréquemment atteintes peut être prescrite en entretien.
- La gestion du stress (hypnose, sophrologie, relaxation, méditation, yoga), est également importante, tout comme une bonne qualité du sommeil.
- La consommation d'alcool et de tabac est à limiter. ■

EN SAVOIR PLUS

France Psoriasis

francepsoriasis.org

L'association donne de nombreuses informations visant à faciliter le quotidien des patients et à organiser des rencontres physiques ou virtuelles entre patients ou entre patients et professionnels. Sur le site de l'association (francepsoriasis.org), le service digital gratuit CaliPso (développé avec le soutien du laboratoire Lilly) permet un accompagnement personnalisé du patient et permet de préparer les consultations dermatologiques.

La Société française de dermatologie dermato-info.fr

Le site d'information grand public donne des renseignements sur les différentes formes cliniques de psoriasis et des fiches sur les traitements.

Délivreriez-vous ces ordonnances ?

D^r Véronique G.
Médecin généraliste

Le 15/05/2021
M^{me} H., 29 ans

Acitrétine 25 mg (Soriatane) : 2 gélules par jour en
1 prise au cours d'un repas

QSP 1 mois

M^{me} H. a déjà eu des délivrances mensuelles de Soriatane depuis 6 mois et vous présente son carnet patiente ainsi qu'une ordonnance de Soriatane pour 6 mois de son dermatologue sur laquelle figurent 6 délivrances.

OUI, Un traitement par acitrétine peut être renouvelé par un médecin généraliste tant que le patient présente une prescription initiale annuelle par un spécialiste en dermatologie et, pour les femmes, un carnet patiente qui permet de vérifier le respect du programme de prévention des grossesses. Le pharmacien s'assure que l'ordonnance soit bien présentée dans les 7 jours et que le carnet mentionne bien le résultat négatif d'un test de grossesse, réalisé dans les 3 jours précédant la date de la prescription. Le pharmacien y mentionne à son tour la date de délivrance de Soriatane.

D^r Dominique S.
Dermatologue

Le 15 mai 2021
M. Gérard F., 59 ans

Bétaméthasone 0,05 % crème (Diprosone) :
1 application par jour sur les plaques – 2 tubes par mois

QSP 1 an

L'ordonnance du dermatologue a déjà été délivrée 8 fois. M. F. en profite pour renouveler pour la deuxième fois l'ordonnance de péridopril de son généraliste. M. F. fait part d'une impression de diminution d'efficacité de son traitement contre le psoriasis.

OUI, les deux ordonnances peuvent être délivrées. Néanmoins il faut suspecter que le péridopril, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), soit à l'origine de l'aggravation du psoriasis. En effet, les IEC peuvent augmenter le risque d'éruption psoriasiforme, d'évolution toutefois favorable à l'arrêt de l'antihypertenseur. Il convient donc d'orienter le patient vers son dermatologue. Bien que la cause iatrogène ne puisse être clairement certifiée, il pourrait être envisagé de modifier le traitement antihypertenseur. Si l'IEC est indispensable, le dermatologue devra adapter le traitement contre le psoriasis.

D^r Yves C.
Dermatologue

Le 15/05/2021
M. Vincent J., 24 ans
62 kg

Ciprofloxacine 500 mg : 1 comprimé matin et soir

QSP 7 jours

M. J. qui a un psoriasis depuis des années, vous apprend dans la conversation qu'il a rendez-vous le lendemain pour sa première séance de photothérapie par UVB.

NON, pas sans appeler le médecin généraliste de M. J. pour l'informer du traitement par photothérapie de M. J. et réévaluer l'antibiothérapie. En effet, la ciprofloxacine étant photosensibilisante, des séances de photothérapie ne peuvent être pratiquées durant le traitement par ciprofloxacine. S'il n'est pas possible de changer de molécule, il faudra reporter la séance de photothérapie et attendre l'élimination de la ciprofloxacine, soit 5 demi-vies, c'est-à-dire 20 à 35 heures.

LE MONITEUR des pharmacies

11-15, quai de Dion-Bouton
92 800 Puteaux
lemoniteurdespharmacies.fr

La charte éditoriale :

lemoniteurdespharmacies.fr/Charte
Les déclarations publiques d'intérêt (DPI) :
lemoniteurdespharmacies.fr/DPI
Les bibliographies complètes :
lemoniteurdespharmacies.fr/Bibliographies

Chaque « Cahier Formation » est relu par un membre du comité scientifique avant parution.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Françoise Amouroux, pharmacienne
d'officine et professeure associée (Bordeaux) ;

Grégory Arpino, pharmacien d'officine ;
Mireille Becchio, médecin généraliste ;
Noëlle Davoust, pharmacienne d'officine
et professeure associée (Rennes) ;
Florence Deguine-Riaux, pharmacienne d'officine ;
Eric Douriez, pharmacien d'officine ;
Alessandra Dragoni, pharmacienne d'officine ;
Jeanne Elie, pharmacienne d'officine ;
Pierre Garcia-Santos, pharmacien d'officine ;
Arnaud Lecerf, pharmacien responsable BPDO et
pharmacien d'officine ; Nicolas Mattern, pharmacien
d'officine ; Denis Richard, pharmacien hospitalier
et enseignant universitaire (Poitiers) ;
Vivien Veyrat, pharmacien d'officine et professeur
associé (Paris-Sud) ; Caroline Wehrle, pharmacienne
d'officine et professeure associée (Strasbourg) ;
Patrick Wierre, docteur en pharmacie,
expert à la Commission de la transparence.
Photos : Istock

Editeur : 1healthmedia-health initiative, SAS au capital
de 2 000 € - RCS Paris 838 045 987

- Président, directeur de la publication : Julien Kouchner
- Imprimeur : Senefelder Misset, Pays-Bas
- N° de la commission paritaire : n° 0126 T 81808
- ISSN : 0026-9689
- Dépôt légal : à parution
- Prix du numéro : 8 €

ABONNEMENT : 48 numéros incluant les cahiers
spéciaux (formation et thématique) + l'accès à
l'intégralité du site lemoniteurdespharmacies.fr.
Numéros servis sur une durée de 47 à 52 semaines.
Accès aux archives réservé pour les revues
auxquelles vous êtes abonné.
Tarif : 329 € TTC TVA 2,1 %
- Drom-COM et autres pays : consulter le site internet
lemoniteurdespharmacies.fr
Abonnement étudiants sur justificatif :
149 € TTC TVA 2,1 %