



Livret GEM N° 2

Décembre 2015



Dernière réunion du GEM3, Vancouver, juin 2015



Mot du GEM

Chers collègues, chers amis

Quatre ans qu'un groupe de doux rêveurs a créé le GEM Resopso. Depuis, le GEM a grandi et a pris une dimension reconnue par tous, acteurs de Resopso, de la dermatologie française, et des industriels. Quelques chiffres illustreront mieux qu'un long texte la dynamique du GEM depuis 2011, et sa présence au sein de la dermatologie française et internationale, mais aussi auprès de nos jeunes collègues :

- 63 centres investigateurs
- 11 études multicentriques
- 12 publications : 6 publiées, 2 soumises, 4 en préparation
- 32 présentations à 15 congrès, dont 7 congrès internationaux
- 40 signataires membres du GEM dans les publications
- Internes de Dermatologie : 8 présentations en congrès, 3 articles, 3 mémoires de DES

Cette dimension que notre groupe a prise n'est possible s'appuie sur « l'esprit Resopso », amitiés, convivialité, générosité, enthousiasme, mais aussi rigueur intellectuelle et scientifique, qualités indispensables à la cohésion de cette dynamique. Une note de modestie est aussi un point crucial dans les discussions de groupe, où toutes les propositions sont acceptées, discutées, améliorées par le travail du GEM3.

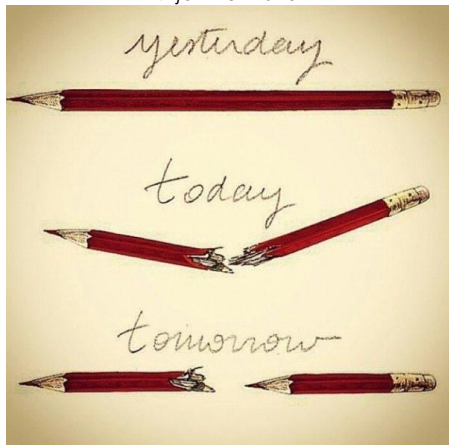
Ce deuxième livret du GEM illustre la bonne santé de notre groupe : de nouveaux travaux, la qualité de ces travaux mais aussi la capacité à inclure dans les études. Ceci a pu se développer de par notre investissement à tous, mais aussi grâce à l'aide de partenaires industriels, partenaires que je tiens à remercier.

Cet enthousiasme a été endeuillé cette année par des événements tristes qui nous ont tous touchés. Je vous joins deux dessins qui, pour moi, témoignent avec beaucoup de simplicité tant de la souffrance de notre pays, que de son envie de ne pas céder à la difficulté.

Amitiés à tous,

Emmanuel Mahé

7 janvier 2015



(Lucile Clerc)

13 novembre 2015



(Ouest-France)

Etudes du GEM	4
Resopsocar	4
Resopso-PI	6
Resoswitch	7
Vitibio	8
R-Ens	9
Methoprac	10
MGUS	11
Resopsonet	12
Cirrho-Bio	13
Resopso Sénior	15
Echelle Skin Cat	16
Présentations aux congrès	18
Publications du GEM	20
Mémoires et thèses	27
Partenariats du GEM	27
Appels à cas au sein du GEM	27
L'article « à ne pas manquer »	28
Centres investigateurs du GEM	29

RESOPSOCAR

« Psoriasis de l'enfant et facteurs de risque cardiovasculaire »

Investigateur principal : Emmanuel Mahé, Hôpital Victor Dupouy, Argenteuil
emmanuel.mahe@ch-argenteuil.fr

Résumé

Le psoriasis touche 2 à 4% de la population générale. Les études épidémiologiques montrent qu'environ 1/3 des cas débutent dans l'enfance (jusqu'à 2/3 dans les formes familiales).

Depuis une dizaine d'années, il a été clairement démontré que le psoriasis chez l'adulte est associé de façon significative au syndrome métabolique et à une augmentation de la fréquence des facteurs de risque cardio-vasculaire, en général : HTA, obésité, diabète, tabagisme, alcoolisme, accidents cardiovasculaires majeurs (AVC, angor, IDM) ainsi qu'à une surmortalité cardiovasculaire.

Les études sur le lien entre psoriasis de l'enfant et facteurs de risque cardiovasculaire sont rares et contradictoires :

- Une étude récente (de Jager M, et al. JEADV 2010), suggère sur la base d'un questionnaire adressé aux patients de l'association de patients psoriasiques néerlandais (taux de réponse faible : 1/3) qu'un début précoce du psoriasis n'est pas associé à une obésité à l'âge adulte. Les autres pathologies du syndrome métabolique n'ont pas été incluses dans cette étude.
- Une étude allemande suggère que les enfants atteints de psoriasis seraient plus souvent hypertendus, diabétiques, dyslipidémiques, ou victimes d'accidents vasculaires sévères que les enfants non atteints de psoriasis (Augustin M, et al. BJD 2010)

Nous souhaitons donc évaluer le lien entre début du psoriasis dans l'enfance et facteurs de risque cardiovasculaire (incluant le syndrome métabolique) à l'âge adulte.

L'objectif principal de ce travail était de rechercher si un début précoce du psoriasis, dans l'enfance, est prédictif ou protecteur pour les facteurs de risque cardiovasculaire à l'âge adulte.

Les objectifs secondaires étaient : évaluer la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire et du syndrome métabolique dans la population psoriasique française ; analyse en sous-groupes : en fonction du sexe, de l'âge de début (<10 ans / > 10 ans), de la sévérité du psoriasis (évalué sur l'utilisation de traitements généraux), type de psoriasis, antécédents familiaux

Début de l'étude : Juin 2011

Fin de l'étude : Octobre 2011

Nombre de centres : 29

Nombre d'inclusions : 2 210

Présentations :

4 Saisons de la Dermatologie, Paris, 2012
2012 Dermatology European Faculty Forum Amsterdam, Pays-Bas, 2012
Journées Dermatologiques de Paris, 2012
4th Congress of the Psoriasis International Network-Psoriasis 2013, Paris, 2013
12th World Congress of Pediatric Dermatology, Madrid, Espagne, 2013
Journées Dermatologiques de Paris, 2013
Journées Dermatologiques de Paris, 2014
12th EADV Spring Symposium, Valence, Espagne, 2015
28^{ème} Congrès Français de Rhumatologie, Paris, 2015

Publications :

Mahé E, Maccari F, Beauchet A, Lahfa M, Barthelemy H, Reguiaï Z, Beneton N, Estève E, Chaby G, Ruer-Mulard M, Steiner HG, Pauwels C, Avenel-Audran M, Goujon-Henry C, Descamps V, Begon E, Sigal ML, for the GEM Resopso. Childhood onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities. *Br J Dermatol* 2013;169:889-95.

Descamps V, Mahé E, Maccari F, Begon E, Barthelemy H, Reguiat Z, Bénétou N, Estève E, Chaby G, Ruer-Mulard M, Steiner HG, Thomas-Beaulieu D, Avenel-Audran M, Goujon-Henry C, Sigal ML, Ezzedine K, Beauchet A. Severe androgenetic alopecia as a proxy of metabolic syndrome in male psoriatic patients older than 59 years. *Eur J Dermatol* 2014;24:356-60.

Phan C, Sigal ML, Estève E, Reguiat Z, Barthélémy H, Bénétou N, Maccari F, Lahfa M, Thomas-Beaulieu D, Le Guyadec T, Vermersch-Langlin A, Mery-Bossard L, Pallure V, Kemula M, Labeille B, Beauchet A, Mahé E, and the GEM RESOPSO. Psoriasis in the elderly: epidemiological and clinical aspects, and evaluation of patients with very late onset psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014 [Epub ahead of print]

Phan C, Sigal ML, Lahfa ML, Barthélémy H, Maccari F, Estève E, Reguiat Z, Perrot JL, Chaby G, Maillard H, Bégon E, Alexandre M, Toussaint P, Bastien-Jacquin M, Bravard P, Sauque E, De Quatrebarbes J, Pfister P, Beauchet A, Mahé E, et le GEM Resopso. Comorbidités métaboliques, tabagisme et hypertension artérielle dans le psoriasis en France. Comparaisons aux bases de données nationales. *Ann Dermatol Venereol* 2015 (sous presse)

Publication soumise :

Galezowski A, Maccari F, Hadj-Rabia S, Sigal ML, Phan A, Lahfa M, Bursztejn AC, Barthelemy H, Boralévi F, Reguiat Z, Chiaverini C, Estève E, Bourrat E, Ruer-Mulard M, Beauchet A, Mahé E, the GEM Resopso, and the Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Psoriasis arthritis in France, from infants to the elderly. Data from two cross-sectional, multicentre studies. *Soumis à Joint Bone Spine*



Dernière réunion du GEM3, Vancouver, juin 2015

RESOPSO-PI

« Psoriasis : prise de Poids sous Infiximab »

Investigateur principal : Emmanuel Mahé, Hôpital Victor Dupouy, Argenteuil
emmanuel.mahe@ch-argenteuil.fr

Résumé

Le psoriasis touche environ 2 à 4% de la population générale. Depuis une dizaine d'année, il est montré que le psoriasis est associé à des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques et notamment l'obésité chez l'adulte et probablement aussi chez l'enfant. La correction des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques est devenue un sujet de préoccupation des dermatologues prenant en charge les patients psoriasiques.

L'impact des traitements systémiques et notamment des biologiques, sur l'amélioration des comorbidités, est le sujet de plusieurs publications mais aussi un enjeu commercial non négligeable.

Le TNF alpha est impliqué dans la physiopathologie du psoriasis. Il est aussi impliqué dans l'homéostasie du poids : il favorise la lipolyse et le catabolisme musculaire. Les anti-TNF alpha, l'éta nercept (Enbrel®), l'adalumimab (Humira®) et l'infiximab (Remicade®) sont utilisés de plus en plus souvent dans la prise en charge des patients présentant un psoriasis en plaques modéré à sévère (30% des patients dans l'étude Resopsocar). Récemment plusieurs études ont montré que ces traitements induisent une augmentation pondérale chez les patients traités pour des affections rhumatologiques ou dermatologiques, prise de poids qui ne serait pas observée chez les patients sous méthotrexate.

Deux travaux récents, français, ont cherché à identifier des facteurs de risque de prise pondérale chez ces patients avec des résultats contradictoires :

- Florin V, ET AL. Prise de poids sous infliximab : étude rétrospective à propos de 35 malades. Ann Dermatol Venereol 2011
- Forien M, Mahé E, Sin C, Marchal A, Sigal ML. Variation pondérale chez les patients recevant un traitement systémique pour un psoriasis. Ann Dermatol Venereol 2012

Dans ces 2 travaux, il semble que le poids initial soit un paramètre majeur de variation pondérale à 1 an.

L'objectif de cette étude était d'évaluer dans des conditions « pragmatiques », les facteurs de risque de prise pondérale chez les patients psoriasiques sous infliximab,

Début de l'étude : Avril 2012

Fin de l'étude : Juin 2012

Nombre de centres : 19

Nombre d'inclusions : 191

Présentation : 4th Congress of the Psoriasis International Network - Psoriasis 2013, Paris, 2013

Publication :

Mahé E, Reguiai Z, Barthelemy H, Quiles-Tsimaratos N, Chaby G, Girard C, Estève E, Maccari F, Descamps V, Schmutz JL, Begon E, Bravard P, Maillard H, Boyer T, Beauchet A, Sigal ML, for the GEM Resopso. Evaluation of risk factors for body weight increment in psoriatic patients on infliximab: a multicentre, cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28:151-9.

RESOSWITCH

« Etude des changements d'une biothérapie par une autre pour le traitement du psoriasis »

Investigateur principal : Ziad Reguiat, CHU de Reims
zreguiat@chu-reims.fr

Résumé

Introduction : Le remplacement d'une 1^{ère} ligne de biothérapie (BT) est une problématique fréquente. Les objectifs principaux de cette étude étaient de déterminer la fréquence et le taux d'efficacité de ces switches réalisés en pratique courante et de déterminer les facteurs associés à leur réussite.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective multicentrique incluant tous les patients ayant nécessité un changement de leur 1^{ère} BT avant le 31/03/2012 pour le traitement de leur psoriasis. Le recueil de données était réalisé à l'aide d'un questionnaire standardisé. L'échec du switch était défini par l'absence de l'obtention d'un PASI75 après 12 à 16 semaines de traitement et/ou PGA>1. Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées.

Résultats : 11 centres français, regroupant 1 157 patients traités par BT ont participé à cette étude (soit environ 20% des patients traités en France pour leur psoriasis). 346 patients ont au moins eu un switch. Leur PASI moyen à l'initiation de la BT était de 18.1 (± 10) et 50% des patients avaient un rhumatisme psoriasique. 80% des patients avaient été traités par du méthotrexate (MTX), 76% par photothérapie, 31% par de la ciclosporine et 13% par de l'efalizumab. Lors de ce 1^{er} switch, du MTX avait été maintenu en association à la BT pour 15% des patients. Près de la moitié des patients avaient de l'etanercept comme 1^{ère} BT. Le switch le plus fréquent était le remplacement de l'etanercept par l'adalimumab (n=102, soit 31,5% des switches). Un wash-out avait été respecté dans 47% des cas. La durée moyenne de maintien de la 1^{ère} BT (seule) était de 440 ± 396 jours et de 530 ± 396 jours si du MTX y était associé. Le 1^{er} switch était efficace pour 70% des patients. Les switches du fait d'une inefficacité initiale (vs. intolérance ou échappement thérapeutique) avaient une plus grande fréquence d'échec (p=0,02). Les switches vers l'ustekinumab étaient significativement associés à une meilleure efficacité (p=0,001). Un 2^{ème} switch avait été réalisé pour 92 patients et considéré comme efficace pour 63% d'entre eux.

Discussion : Aucune caractéristique du patient (âge, sexe, comorbidités, BMI) ou du psoriasis (sévérité, ancienneté, rhumatisme associé, ...) n'influçait l'efficacité du switch. Après un 2^{ème} switch seulement 3% de l'ensemble des patients n'avaient toujours pas trouvé de BT efficace. Le remplacement d'un anti-TNF par de l'ustekinumab était le plus souvent efficace (n=78/88).

Conclusion : Resoswitch est la 1^{ère} étude d'aussi grande envergure, en pratique courante, analysant les switches d'une 1^{ère} ligne de BT pour le traitement du psoriasis. 30% des 1 136 patients inclus ont nécessité un changement de leur BT. Ceci témoigne de la grande fréquence de cette problématique dont les coûts d'échecs économique et médical sont considérables.

Date de l'étude : 2012

Nombre de centres : 11

Nombre d'inclusions : 346

Présentation : Journées Dermatologiques de Paris, 2013

Publication soumise :

Dabouz F, Khemis A, Barbe C, Lahfa M, Maccari F, Chaby G, Beneton B, Boye T, Estève E, Mahé E, Bégon E, Pauwels C, Bernard P, Reguiat Z, on behalf of Resopso network. Factors associated with successful switching between biologic therapies for the treatment of psoriasis in daily dermatological real-life practice: the Resoswitch study. Soumis au *J Eur Acad Dermatol Venereol*

VITIBIO

« Apparition ou modification d'un Vitiligo sous biothérapie »

Investigateur principal : Laure Méry-Bossard, CH François Quesnay, Mantes la Jolie
laurepat@wanadoo.fr

Résumé

Il s'agit d'un appel à observation reposant sur la diffusion de cette étude par l'intermédiaire des sites internet respectifs du GEM Resopso, SFD et du CRI.

L'objectif de ce travail est de mieux comprendre les caractéristiques de survenue de troubles pigmentaires ainsi que leur évolution chez des patients sous biothérapies pour les indications suivantes :

- psoriasis cutané et/ou rhumatisme psoriasique
- maladie de Crohn et rectocolite hémorragique
- spondylarthrite ankylosante et autres spondyloarthrites
- polyarthrite rhumatoïde
- ou d'éventuelles indications hors AMM.

Investigateur associé (CRI) : Pr Eric Toussirot, service de rhumatologie, CHRU Besançon

Nombre de centres : 16 Resopso
9 CRI

Début de l'étude : juillet 2013
Fin de l'étude : janvier 2015

Nombre d'inclusions : 18 vitiligos acquis
18 vitiligos préexistants

Présentations : 26^{ème} Congrès Français de Rhumatologie, Paris, 2013
EULAR 2014/ ACR, Paris, 2014
Journée Dermatologiques de Paris, 2014
27^{ème} Congrès Français de Rhumatologie, Paris, 2014
24th EADV Congress, Copenhagen, Danemark, 2015

Publication en préparation :

Méry-Bossard L, Bagny K, Chaby G, Khemis A, Macari F, Sigal ML, Marotte F, Perrot JL, Reguiai Z, Avenel-Audran M, Boyé T, Grasland A, Gillard J, Jullien D, Quiles N, Sibilica J, Bastien M, Beneton N, Benmansour A, Carbonnel F, Collet P, Descamps V, Gaudin P, Jacobzone C, Parier J, Toussirot E. New-onset vitiligo and progression of pre-existing vitiligo during treatment with biological agents in chronic inflammatory diseases.

Investigateur principal : Emmanuel Mahé, Hôpital Victor Dupouy, Argenteuil
emmanuel.mahe@ch-argenteuil.fr

Résumé

Si le psoriasis est considéré comme bénin, car non mortel, par beaucoup, sa sévérité potentielle et son retentissement sont finalement admis actuellement à plusieurs niveaux :

- physique : certaines formes cliniques présentent un retentissement fonctionnel (acropulpites, psoriasis palmoplantaire par exemple), général (érythrodermie, psoriasis pustuleux), et social (psoriasis du visage, psoriasis unguéal) majeur
- la qualité de vie (QDV) : il n'est plus à démontrer que les différentes dimensions de la qualité de vie sont impactées par le psoriasis (travail, vie familiale, sexualité,)
- social : altération des activités collectives, professionnelles, familiales, sportives par exemple
- économique : coût directs (ex : traitements et hospitalisation) et indirects (arrêts de travail, dépressions induites ...)
- enfin l'association du psoriasis aux comorbidités métaboliques et cardiovasculaires fait parler par certains auteurs de « maladie systémique ».

Paradoxalement, tant en pratique clinique que dans les données de la littérature, il est montré que :

- une minorité de patients est prise en charge
- la prise en charge des formes sévères est très (trop ?) tardive
- une prise en charge adaptée améliore les différentes dimensions altérées : physique, QDV, social

Peu d'informations sont disponibles pour essayer d'expliquer les raisons de ce retard de prise en charge, où pourquoi les patients tardent tant pour être pris en charge ? S'agit-il de données médicales (par exemple : sous-évaluation du retentissement par le médecin), sociales comme observées pour certaines pathologies comme les cancers ou les maladies cardiovasculaires (rapidité de prise en charge et pronostic corrélé de façon inverse au statut social), individuelles (ex : hommes moins préoccupés par leur apparence que les femmes, ...) ...

L'objectif de ce travail était de mieux comprendre le parcours des patients psoriasiques avant de consulter un dermatologue adhérent à un réseau de praticiens investis dans la prise en charge du psoriasis, hospitaliers ou libéraux, chez les patients psoriasiques primo-consultants.

Début de l'étude : 1^{er} janvier 2013
Fin de l'étude : 15 novembre 2013

Nombre de centres : 40
Nombre d'inclusions : 1 302

Présentations : *Journées Dermatologiques de Paris, 2013*
11th EADV Spring Symposium, Belgrade, Serbie, 2014

Articles en préparation :

Amy de la Bretèque M, Sigal ML, Reguiat Z, Maccari F, Ruer-Mulard M, Le Guyadec T, Estève E, Goujon-Henry C, Chaby G, Barthélémy H, Parier J, Steiner HG, Bégon E, Maillard H, Bastien M, Beauchet A, Mahé E, and the GEM Resopso. Evaluation of discordance PASI/DLQI in patients with cutaneous psoriasis

Mahé E, Beauchet A, Reguiat Z, Maccari F, Ruer-Mulard M, Chaby G, Le Guyadec T, Estève E, Goujon-Henry C, Parier J, Barthélémy H, Bégon E, Steiner HG, Beneton N, Boyé T, Mery-Bossard L, Schmutz JL, Bravard P, Sigal ML, and the GEM RESOPSO. Socio-economic inequalities and severity of psoriasis at a first consultation in dermatology.

METHOPRAC

« Enquête observationnelle multicentrique pour évaluer l'utilisation du METHOTrexate en PRATique Courante dans le psoriasis en plaques »

Investigateur principal : Abdallah Khemis, CHU Larchet, Nice
khemis.a@chu-nice.fr

Résumé

Rationnel :

- Utilisation croissante du méthotrexate depuis l'émergence des biothérapies
- Aucune étude prospective de grande envergure pour ce médicament incontournable dans le psoriasis
- Absence de recommandation sur l'utilisation optimale du méthotrexate

Objectif principal :

- Efficacité du méthotrexate en terme de PASI 75 à 16 semaines de traitement

Objectif secondaire :

- Efficacité du méthotrexate en terme de PASI 75 à 12 semaines de traitement
- Tolérance en fonction des posologies (15 mg/semaine versus 20 mg/semaine) et des voies d'administration (per os versus sous-cutané)
- Efficacité à la semaine 12 et à la semaine 16 en termes de PASI 50 et PASI 90
- Impact de l'utilisation de la Spéciafoldine®
- Délai de réponse
- Evaluation de la compliance et de l'observance
- Evaluation de l'efficacité et de la tolérance à 6 mois

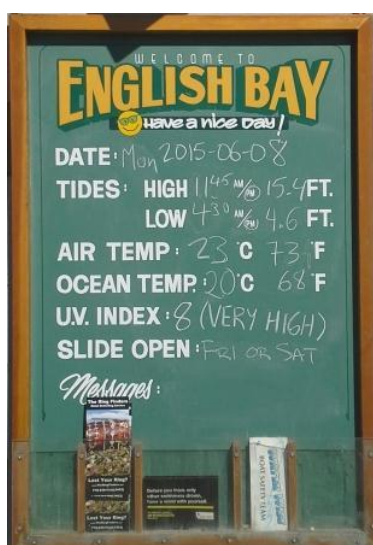
Début de l'étude : janvier 2014

Fin de l'étude : février 2015

Nombre de centres : 19

Nombre d'inclusions : 250

Présentation : Journées Dermatologiques de Paris, 2015



Dernière réunion du GEM3, Vancouver, juin 2015

MGUS

« Apparition de gammopathies monoclonales dans le psoriasis sous biothérapie »

Investigateur principal : Anne-Laure Liégeon, Jean-Luc Schmutz, CHU Nancy, Vandœuvre-Les-Nancy
jl.schmutz@chu-nancy.fr

Résumé

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique dont la prévalence est estimée à 1,5-3% de la population. La prise en charge s'est vue modifiée ces dernières années avec l'apparition des nouvelles thérapeutiques : les biothérapies. Les principaux effets secondaires connus sont infectieux et cancéreux. L'impact de ces traitements est toujours en cours d'évaluation.

Une étude italienne récente a montré l'apparition de gammopathie monoclonale bénigne (MGUS, *monoclonal gammopathy with undertermined signifiante*) chez 12 patients après 8 mois de traitement par efalizumab. La régression était spontanée après l'arrêt du traitement. Une seconde étude à plus grande échelle, menée par l'équipe du docteur Prignano et comprenant 300 patients a permis de confirmer cette découverte. Huit patients sur 300 ont développé une MGUS ou une double MGUS. Le diagnostic de MGUS était retenu. Le délai d'apparition variait de 9 à 16 mois.

L'électrophorèse des protéines sériques est recommandée dans le bilan pré thérapeutique. Le suivi biologique des patients sous biothérapie se fait selon l'appréciation du médecin. Les habitudes sont variables, mais un bilan sanguin est souvent réalisé tous les quatre semaines à quatre mois. Le but du bilan est de contrôler la tolérance du traitement et de rechercher un point d'appel infectieux voire cancéreux. L'électrophorèse des protéines sériques est un examen couramment prescrit permettant de rechercher un syndrome inflammatoire et une MGUS, souvent premier signe d'une maladie de la lignée sanguine.

Lorsque l'on découvre une MGUS, le diagnostic de MGUS est retenu dans 65% des cas. Cette pathologie est fréquente, puisqu'elle atteint 1% de la population à 60 ans, 3% à 70 ans et 10% à 80 ans. Le risque de dégénérescence est non négligeable, 10% de transformation maligne à 10 ans.

Certaines affections sont associées à une MGUS. Le psoriasis n'en fait pas partie même si l'on suppose, du fait de son mécanisme inflammatoire, qu'il existe une augmentation de la proportion des MGUS dans cette population. Enfin certaines thérapeutiques sont connues pour donner des MGUS mais jusqu'à présent les biothérapies n'en faisaient pas parties.

Hypothèses de recherche : Suite aux découvertes Italienne, il paraît nécessaire de réaliser une étude Française afin de confirmer les résultats concernant l'apparition de MGUS. Si cela se confirmait, il faudrait modifier les modalités de surveillance des traitements sous biothérapie et imposer la réalisation d'une électrophorèse des protéines sériques. Les MGUS sont révélateurs de plusieurs pathologies à caractères malins ou à fort potentiel de dégénérescence.

Objectif Principal : Déterminer la prévalence des MGUS sous biothérapie

Début de l'étude : 1^{er} août 2013

Fin de l'étude : 31 juillet 2014

Nombre de centres : 16

Nombre d'inclusions : 445

Présentation : Journées Dermatologiques de Paris, 2014

Publication :

Liégeon AL, Bégon E, Mahé E, Poreaux C, Estève E, Quiles-Tsimaratos N, Avenel-Audran M, Chaby G, Schoeffler A, Mery-Bossard L, Pauwels C, Girard C, Maillard H, Barthelme D, Bernier C, Reguiat Z, Maccari F, Schmutz JL. Development of monoclonal gammopathy under biotherapy in psoriasis: French multicenter retrospective study. *Eur J Dermatol* 2015 (Sous presse)

RESOPSONET

« Patients souffrant de psoriasis et internet »

Investigateur principal : Maud Amy de la Bretèque, Hôpital Victor Dupouy, Argenteuil
maud.amydelabreteque@ch-argenteuil.fr

Résumé

En France, un peu plus de trois personnes sur quatre ont globalement accès à internet, mais le pourcentage d'internautes dans la population est plus élevé chez les plus jeunes, de 99% chez les 12-17ans à 22% des plus de 70 ans. Selon la revue de la littérature « Le patient internaute », élaborée par la HAS, 1 patient sur 5 environ cherche de l'information médicale et de santé sur Internet. Les résultats de l'enquête Médiamétrie/Net Ratings indiquent par ailleurs que, parmi les 25 sites les plus visités en France au mois de septembre 2007, figurent deux sites Internet santé ou sites disposant d'un espace d'information dédié à l'information santé.

Ces données témoignent de la montée en puissance du média Internet dans le traitement des sujets médicaux et de santé. En effet, les patients n'hésitent plus à multiplier leurs sources d'information santé et à les recouper, y compris sur Internet.

Concernant l'utilisation d'internet chez des patients atteints de psoriasis, des travaux ont été publiés sur l'utilisation des réseaux sociaux. Les auteurs ont montré que ces communautés virtuelles offraient aux utilisateurs à la fois une valeur éducative et un soutien psychologique et social (*Arch Dermatol* 2009).

Il est légitime de s'interroger sur le profil des patients qui cherchent ce type d'information et sur la qualité de cette information.

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des patients atteints de psoriasis consultant internet, de décrire le contexte et l'impact de ces recherches sur le comportement des patients. Dans un second temps, les sites les plus visités seront analysés avec évaluation des critères de qualité des sites, et de la qualité de l'information médicale.

Début de l'étude : 25 août 2014
Fin de l'étude : 31 octobre 2014

Nombre de centres : 39
Nombre d'inclusions : 1115

Article en préparation :

Amy de la Bretèque M, Sigal ML, Maccari F, Barthélémy H, Estève E, Girard C, Maillard H, Avenel-Audran M, Perrot JL, Modiano P, Quiles-Tsimaratos N, Parier J, Bégon E, Pallure V, Becherel PA, Chaby G, Beauchet A, Mahé E, and GEM Resopso. Patients with psoriasis and the Internet: profile of the population consulting websites, and evaluation of the websites.

CIRRHO-BIO

« Etude rétrospective de la tolérance et de l'efficacité des biothérapies dans le psoriasis chez les patients cirrhotiques post alcooliques »

Investigateur principal : Edouard Bégon, Hôpital René Dubos, Pontoise
edouard.begon@ch-pontoise.fr

Résumé

Introduction : La tolérance et l'efficacité des biothérapies du psoriasis dans la population particulière des patients cirrhotiques n'a jamais été étudiée. Cette population n'est pas incluse dans les essais randomisés prospectifs analysant les biologiques du fait de cette comorbidité. Pourtant du fait de la sévérité du psoriasis chez les patients alcooliques, de l'hépatotoxicité ou des difficultés d'emploi des autres traitements systémiques conventionnels, de l'absence de contre-indication des biologiques en cas d'insuffisance hépatique les biothérapies ont une place de choix dans le traitement du psoriasis au cours de la cirrhose. Néanmoins les risques infectieux bactériens et le risque d'hépatocarcinome inhérents à la cirrhose invitent à préciser le profil de tolérance de ces molécules au cours de la cirrhose alcoolique.

Objectif : Analyse rétrospective multicentrique observationnelle des événements indésirables (EI) et de l'efficacité (réponse PGA) sous biothérapie (etanercept, adalimumab, infliximab et ustekinumab) chez les patients présentant un psoriasis ± rhumatisme psoriasique et une cirrhose post alcoolique ou cirrhose mixte post alcoolique et stéatohépatite dysmétabolique diagnostiquée par un hépatologue avant introduction du biologique.

Patients et méthodes : Etude rétrospective nationale après appel à cas de tous les centres du Groupe d'Etude Multicentrique (GEM) de RESOPSO (56 centres). Ont été colligés pour chaque patient : âge, sexe, type et gravité (score CHILD) de la cirrhose, durée de la cirrhose avant introduction de la biothérapie, obtention d'un sevrage alcoolique, nature et durée du traitement par biothérapie, EI survenant sous biothérapie et après arrêt jusqu'à 5 demi-vie, efficacité en terme d'obtention d'un score PGA 0 à 1 (blanchiment à quasi blanchiment) à M3, M6 et M12.

Résultats : 23 patients ont été inclus (âge médian : 59 ans ; H/F : 19/4) issus de 15 centres GEM. La durée moyenne d'évolution du psoriasis avant introduction du biologique était de 34 ans et l'ancienneté du diagnostic de la cirrhose de 12 mois (1 à 153 mois). La cirrhose était de gravité légère compensée CHILD A dans 21/23 cas. Seuls 9/23 patients (39%) ont cessé leur intoxication alcoolique durant la période d'étude. Plus de la moitié des patients (14/23) n'avait reçu qu'un systémique conventionnel (photothérapie, acitrétine, méthotrexate, ciclosporine) avant introduction du biologique. Vingt trois patients ont reçu 33 lignes de traitements : etanercept : 10 ; adalimumab : 8 ; infliximab : 5 et ustekinumab : 10. Le score PASI moyen avant biothérapie était de 27 et le score PGA moyen de 4. La durée moyenne de traitement par biothérapie était de 22 mois (4-102 mois). La durée moyenne de la cirrhose post alcoolique avant introduction du biologique était de 12 mois (1-153 mois). Cinq patients ont présenté un EI sous biologique : 1 patient un érysipèle de jambe à 5 mois d'infliximab, 1 patient un érysipèle de jambe à 4 mois d'infliximab, 1 patient deux épisodes d'érysipèle de jambe à 1 mois et à 21 mois d'Enbrel, 1 patient une pneumopathie infectieuse non sévère à 7 mois d'etanercept, 1 patient grabataire érythrodermique décédé sous ustekinumab de sepsis dans un contexte de cirrhose CHILD C. Aucune infection tuberculeuse, infection opportuniste, infection de liquide d'ascite ou hépatocarcinome n'était observé. Un blanchiment ou quasi blanchiment (score PGA 0 à 1) était constaté chez 7/23 patients (30%) à la semaine 16, chez 13/21 (62%) à la semaine 24 et chez 14/17 (82%) à un an de traitement.

Conclusion : Malgré l'augmentation du risque infectieux et carcinologique lié à la cirrhose alcoolique la tolérance des biothérapies du psoriasis apparaît satisfaisante dans cette série rétrospective de 23 patients cirrhotiques présentant un psoriasis sévère traités en moyenne plus de deux ans. Les biothérapies sont efficaces malgré l'alcoolisation poursuivie permettant un blanchiment ou quasi blanchiment chez 62 à 82% des patients entre 6 mois et un an. Du fait des difficultés d'emploi des autres traitements systémiques conventionnels les biologiques ont une place dans cette population particulière.

Début de l'étude : septembre 2014
Fin de l'étude : août 2015

Nombre de centres : 15
Nombre d'inclusions : 21

Présentation : *Journées Dermatologiques de Paris, 2015*

Coupe du Monde Féminine FIFA, Canada 2015™
6 Juin - 5 Juillet

Infos Photos Vidéos



BC Place Stadium Vancouver (CAN) 12 juin 2015 - 19:00 Heure Locale
Phase de groupes - Groupe C
FIN

 JAPON SAMESHIMA 6' SUGASAWA 17'	2-1	CAMEROUN  NCHOUT 90'
---	------------	---

Dernière réunion du GEM3, Vancouver, juin 2015

RESOPSO SENIOR

« *Safety and efficacy of biologic treatments in Elderly patients with psoriasis: a multicenter national retrospective study* »

Investigateurs : Nathalie Beneton, CH Le Mans
Thierry Boyer, HIA Ste-Anne, Toulon
nbeneton@ch-lemans.fr, thierry.boyer@yahoo.fr

Résumé

L'étude a pour objectifs :

Objectif primaire :

Etude la tolérance des biologiques chez patients atteints de psoriasis de plus de 65 ans (inclus)

Objectifs secondaires :

Etude de l'efficacité des biologiques chez ces patients

Description des caractéristiques phénotypiques du psoriasis et les comorbidités

Critères d'inclusion :

Inclusion des patients ayant 65 ans ou plus lors de l'initiation ou survenant au cours d'un traitement par biologique prescrit pour un psoriasis cutané : étanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab. Il peut s'agir de patients naïfs ou non de biologiques antérieurs.

Nombre de centres : 10

Nombre d'inclusions : 41

Début de l'étude : 30 septembre 2014

Fin de l'étude : 31 janvier 2016

Présentation : *Journées Dermatologiques de Paris, 2015*



Dernière réunion du GEM3, Vancouver, juin 2015

ECHELLE SKIN CAT

Contraintes Associées au Traitement

Création d'un questionnaire patient évaluant les contraintes associées au traitement du psoriasis

Investigateurs

Investigateur principal : Edouard Begon, Hôpital René Dubos, Pontoise
Groupe projet SKIN CAT : Marie Bastien (Cabinet Val de Marne), Hugues Barthelemy (Cabinet CH Auxerre), Alain Beauchet (CHU Ambroise Paré – URC), Catherine Goujon (CHU Lyon), Bruno Halioua (Cabinet Paris), Caroline Jacobzone (CH Lorient), François Maccari (HIA Begin), Laurent Wagner (Cabinet Paris)

Partenaires de l'étude

Société de recherche clinique médicale (interview patients etc.): NUKLEUS
Unité de Recherche Clinique (URC), hôpital Ambroise Paré (Alain Beauchet)

Financier de l'étude

RESOPSO au travers d'un budget alloué par le laboratoire Cellgene à hauteur de 109 375 €, après acceptation de cette sollicitation de financement par le laboratoire, selon les devis émis par la société Nukleus et l'URC Ambroise Paré, en contrepartie de la libre utilisation par le laboratoire Cellgene de l'échelle SKIN CAT dans les études promues par Cellgene. RESOPSO est seul promoteur de l'étude et propriétaire de l'ensemble des données

Résumé

L'objectif du projet est la création d'un questionnaire patient à type d'échelle de quantification visant à évaluer le fardeau du traitement (Treatment burden) / les contraintes liées au traitement (CAT ou Contraintes Associées aux Traitements) chez les patients psoriasiques en France. Cette échelle à la manière du score DLQI comprendra entre 10 et 15 questions. Notre objectif est de cerner au plus près le fardeau thérapeutique de chaque traitement en concentrant le questionnaire sur ce point particulier et en mettant de côté l'efficacité et les effets secondaires. Les patients psoriasiques seront au cœur de l'élaboration de cette échelle afin de distinguer au mieux les aspects prédominants de cette contrainte dans la vie courante. A terme cette échelle sera un nouvel outil de mesure pour le choix de thérapeutiques au profil similaire de tolérance / efficacité mais dont les contraintes peuvent être très différentes. Ce questionnaire sera élaboré à partir d'interview de patients psoriasiques d'âge, de profession, de sévérité de maladie et de traitement différents dans l'objectif de couvrir le panel le plus large possible des contraintes vécues dans tous les aspects de la vie.

Après une étape de choix des items les plus pertinents pour répondre à l'objectif de mesure ce questionnaire sera évalué au travers d'une étude large sur plusieurs centaines de patients.

Déroulement de l'étude

Étape 1 : phase qualitative d'élaboration des items de l'échelle SKIN CAT (année 2016)

1-1 Etape qualitative interview

- . Identification des items devant faire partie de l'échelle grâce aux interviews d'une trentaine de patients psoriasiques + 2 focus groupe de 4 à 5 dermatologues de RESOPSO (hors groupe Skin CAT) + interview de deux généralistes
- . Le groupe SKIN CAT recrute les patients et fait appel aux collègues de RESOPSO pour participer aux interviews.

1-2 Etape d'élaboration des items de l'échelle SKIN CAT

- . Première version de l'échelle SKIN CAT

1-3 Etape Delphi

- . Dix experts dermatologues (membres GEM) sont interrogés par courriel sur le contenu et la pertinence des items selon la méthode DELPHI (à l'aide d'une échelle de cotation de Likert)
- . Le groupe SKIN CAT détermine selon ces réponses une première version de SKIN CAT (SKIN CAT 1)

1-4 Etape de vérification effets seuil / plafond

. Elaboration de la version SKIN CAT 2

1-5 Valorisation / publication

. Une première publication en anglais présentant l'échelle SKINCAT et la méthodologie d'élaboration sera soumise. La liste des auteurs comprendra : Edouard BEGON (premier auteur), Alain Beauchet (dernier auteur), l'ensemble des dermatologues du groupe SKINCAT (ordre à définir), les collègues de la société Nukleus, GEM RESOPSO. L'échelle et son nom seront déposés à l'Institut National de la Propriété Intellectuelle

Etape 2 : validation quantitative à grande échelle (analyse des propriétés psychométriques) (année 2016-2017)

. Un échantillon de 250 patients sera constitué

. Tous les centres du GEM RESOPSO seront appelés à inclure des patients

. Seront inclus des patients psoriasiques âgés de plus de 18 ans ayant un traitement stable depuis plus de 6 mois et dont le traitement n'est pas modifié à l'issue de la consultation

. Tous les patients complèteront le SKIN CAT 2 et en parallèle le questionnaire de satisfaction sur les traitements à base de médicaments (TSQM version II) ; sur la fiche apparaîtra les initiales du patient (N/P) et le numéro du centre

. Tous les patients inclus devront remplir à domicile une seconde fois entre 15 jours et un mois le questionnaire SKIN CAT 2 et le retourner par enveloppe, ceci pour vérifier la reproductibilité dans le temps du questionnaire (méthode du test / retest)

. Le CRF de l'étude sera court

. Les CRF, les fiches 1 SKIN CAT et le TSQM seront adressés par les membres GEM RESOPSO à Alain Beauchet par courrier ou fax

. Les fiches 2 SKIN CAT remplies par le patient à domicile seront adressées à Alain Beauchet URC Ambroise Paré par courrier avec enveloppe préaffranchie

. La saisie de données sera effectuée par l'URC Ambroise Paré et Alain Beauchet effectuera l'analyse statistique des données

. Une seconde publication en anglais présentant l'échelle et la méthodologie de validation sur un large échantillon de patients sera soumise

Présentations aux congrès (fin 2014-2015)

JOURNEES DERMATOLOGIQUES DE PARIS, 2014

APPARITION DE GAMMAPATHIES MONOCLONALES SOUS BIOTHERAPIE DANS LE PSORIASIS : RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE FRANÇAISE

Liegeon AL, Begon E, Mahé E, Poreaux C, Estève E, Quiles-Tsimaratos N, Avenel-Audran M, Chaby G, Schoeffler A, Mery-Bossard L, Pauwels C, Girard C, Maillard H, Barthelme D, Bernier C, Reguiai Z, Maccari F, Schmutz JL.

PARTICULARITES PHENOTYPIQUES DU PSORIASIS DANS LA POPULATION GERIATRIQUE

Phan C, Sigal ML, Maccari F, Lahfa M, Barthélémy H, Reguiai Z, Estève E, Bénétou N, Chaby G, Ruer-Mullard M, Steiner HG, Beaulieu D, Avenel-Audran M, Goujon-Henry C, Begon E, Beauchet A, Mahé E, GEM RESOPSO.

APPARITION DE VITILIGOS SOUS BIOTHERAPIE : UNE SERIE DE 12 CAS

Mery-Bossard L, Mahé E, Chaby G, Maccari F, Quilès N, Reguiai Z, Khemis A, Grasland A, Guerin M, Jullien D, Bagny K, Sibilia J, Toussiro E, RESOPSO/CRI.

DEUX CAS DE PSORIASIS PARADOXAUX ERYTHRODERMIQUES INDUITS PAR ANTI-TNF ALPHA : UNE FORME CLINIQUE EXCEPTIONNELLE

Sin C, Girard C, Sigal ML, Mahé E, GEM RESOPSO.

EVALUATION DES PARAMETRES EXPLIQUANT LA DISCORDANCE PASI/DLQI CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS

Amy De La Bretèque M, Sigal ML, Estève E, Le Guyadec T, Maccari F, Reguiai Z, Bastien M, Avenel-Audran M, Boyé T, Mery-Bossard L, Bravard P, Pauwels C, Bouilly-Auvray D, Gener G, Beauchet A, Mahé E, GEM RESOPSO.

27^{EME} CONGRES FRANÇAIS DE RHUMATOLOGIE, PARIS, 2014

APPARITION DE VITILIGOS SOUS BIOTHERAPIE : UNE SERIE DE 13 CAS

Mery-Bossard L, Mahé E, Maccari F, Chaby G, Quilès N, Reguiai Z, Khemis A, Grasland A, Guerin M, Bagny K, Jullien D, Sibilia J, Toussiro E, RESOPSO.

12TH EADV SPRING SYMPOSIUM, VALENCE, ESPAGNE, 2015

PSORIASIS IN THE ELDERLY: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS, AND EVALUATION OF PATIENTS WITH VERY LATE ONSET PSORIASIS

Phan C, Sigal ML, Estève E, Reguiai Z, Barthélémy H, Beneton N, Maccari F, Lahfa M, Thomas-Beaulieu D, Le Guyadec T, Vermersch-Langlin A, Mery-Bossard L, Pallure V, Kemula M, Labeille B, Beauchet A, Mahé E; and the GEM RESOPSO.

METABOLIC AND CARDIOVASCULAR COMORBIDITIES IN PSORIASIS IN FRANCE. COMPARISON TO NATIONAL DATA

Phan C, Sigal ML, Beauchet A, Lahfa M, Barthélémy H, Maccari F, Estève E, Reguiai Z, Perrot JL, Chaby G, Maillard H, Bégon E, Alexandre M, Toussaint P, Bastien-Jacquin M, Bravard P, Sauque E, de Quatrebarbes J, Pfister P, Mahé E; and the GEM RESOPSO.

New onset vitiligo under biological agents: a case series

Mery-Bossard L, Mahé E, Reguiat Z, Maccari F, Bagny K, Chaby G, Boyé T, Quilès N, Khemis A, Avenel-Audran M, Jullien D, Sibilia J, Grasland A, Toussirot E.

JOURNEES DERMATOLOGIQUES DE PARIS, 2015

RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE SUR L'UTILISATION DES BIOTHERAPIES CHEZ LE SUJET AGE AU COURS DU PSORIASIS

Beneton N, Mahé E, Beauchet A, Perrussel M, Chaby G, Quiles N, Pallure V, Khemis A, Bégon E, Maccari F, Boyé T, et le groupe RESOPSO.

ENQUETE MULTICENTRIQUE EVALUANT L'UTILISATION DU METHOTREXATE EN PRATIQUE COURANTE EN TRAITEMENT DU PSORIASIS : ETUDE METHOPRAC

Khemis A, Maccari F, Fougousse AC, Mahé E, Bégon E, Beneton N, Boyé T, Reguiat Z, et RESOPSO.

TOLERANCE ET EFFICACITE DES BIOTHERAPIES DANS LE PSORIASIS CHEZ LES PATIENTS CIRRHOTIQUES POST ALCOOLIQUES : SERIE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE DE 23 CAS

Bégon E, Beneton N, Poiraud C, Droitcourt C, Jacobzone C, Vermersch A, Descamps V, Perrot J-L, Khemis A, Pallure V, Fougousse A-C, Sigal ML, Schmutz J-L, Goujon C, Reguiat Z, GEM RESOPSO.

28^{EME} CONGRES FRANÇAIS DE RHUMATOLOGIE, PARIS, 2015

ÉPIDEMIOLOGIE DU RHUMATISME PSORIASIQUE EN FRANCE, DE L'ENFANT A LA PERSONNE AGEÉ : DONNEES DE 2 ETUDES TRANSVERSALES FRANÇAISES

Galezowski A, Maccari F, Hadj-Rabia S, Sigal ML, Phan A, Lahfa M, Bursztejn AC, Barthelemy H, Boralevi F, Reguiat Z, Chiaverini C, Esteve E, Bourrat E, Ruer-Mullard M, Beauchet A, Mahé E, pour le GEM Resopso et le Groupe de Recherche de la SFDP.

2013

CHILDHOOD ONSET PSORIASIS: ASSOCIATION WITH FUTURE CARDIOVASCULAR AND METABOLIC COMORBIDITIES

Mahé E, Maccari F, Beauchet A, Lahfa M, Barthelemy H, Reguiã Z, Beneton N, Estève E, Chaby G, Ruer-Mulard M, Steiner HG, Pauwels C, Avenel-Audran M, Goujon-Henry C, Descamps V, Bégon E, Sigal ML, for the GEM Resopso

British Journal of Dermatology 2013;169:889-95.

2014

EVALUATION OF RISK FACTORS FOR BODY WEIGHT INCREMENT IN PSORIATIC PATIENTS ON INFLIXIMAB: A MULTICENTRE, CROSS-SECTIONAL STUDY

Mahé E, Reguiã Z, Barthelemy H, Quiles-Tsimaratos N, Chaby G, Girard C, Estève E, Maccari F, Descamps V, Schmutz JL, Bégon E, Bravard P, Maillard H, Boyer T, Beauchet A, Sigal ML, for the GEM Resopso

Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2014;28:151-9.

SEVERE ANDROGENETIC ALOPECIA AS A PROXY OF METABOLIC SYNDROME IN MALE PSORIATIC PATIENTS OLDER THAN 59 YEARS

Descamps V, Mahé E, Maccari F, Bégon E, Barthelemy H, Reguiã Z, Bénétón N, Estève E, Chaby G, Ruer-Mulard M, Steiner HG, Thomas-Beaulieu D, Avenel-Audran M, Goujon-Henry C, Sigal ML, Ezzedine K, Beauchet A

European Journal of Dermatology 2014;24:356-60.

2015

PSORIASIS IN THE ELDERLY: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS, AND EVALUATION OF PATIENTS WITH VERY LATE ONSET PSORIASIS

Phan C, Sigal ML, Estève E, Reguiã Z, Barthélémy H, Bénétón N, Maccari F, Lahfa M, Thomas-Beaulieu D, Le Guyadec T, Vermersch-Langlin A, Mery-Bossard L, Pallure V, Kemula M, Labeille B, Beauchet A, Mahé E, and the GEM RESOPSO

Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Epub ahead of print]

COMORBIDITES METABOLIQUES, TABAGISME ET HYPERTENSION ARTERIELLE DANS LE PSORIASIS EN FRANCE. COMPARAISONS AUX BASES DE DONNEES NATIONALES

Phan C, Sigal ML, Lahfa ML, Barthélémy H, Maccari F, Estève E, Reguiã Z, Perrot JL, Chaby G, Maillard H, Bégon E, Alexandre M, Toussaint P, Bastien-Jacquin M, Bravard P, Sauque E, De Quatrebarbes J, Pfister P, Beauchet A, Mahé E, et le GEM Resopso

Annales de Dermatologie et Vénérologie [sous presse]

DEVELOPMENT OF MONOCLONAL GAMMAPATHY UNDER BIOTHERAPY IN PSORIASIS: FRENCH MULTICENTER RETROSPECTIVE STUDY

Liégeon AL, Bégon E, Mahé E, Poreaux C, Estève E, Quiles-Tsimaratos N, Avenel-Audran M, Chaby G, Schoeffler A, Mery-Bossard L, Pauwels C, Girard C, Maillard H, Barthelme D, Bernier C, Reguiã Z, Maccari F, Schmutz JL.

European Journal of Dermatology [sous presse]

FACTORS ASSOCIATED WITH SUCCESSFUL SWITCHING BETWEEN BIOLOGIC THERAPIES FOR THE TREATMENT OF PSORIASIS IN DAILY DERMATOLOGICAL REAL-LIFE PRACTICE: THE RESOSWITCH STUDY

Dabouz F, Khemis A, Barbe C, Lahfa M, Maccari F, Chaby G, Beneton B, Boye T, Estève E, Mahé E, Bégon E, Pauwels C, Bernard P, Reguiat Z, on behalf of Resopso network
*Soumis au **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology***

PSORIASIS ARTHRITIS IN FRANCE, FROM INFANTS TO THE ELDERLY. DATA FROM TWO CROSS-SECTIONAL, MULTICENTRE STUDIES

Galezowski A, Maccari F, Hadj-Rabia S, Sigal ML, Phan A, Lahfa M, Bursztejn AC, Barthelemy H, Boralévi F, Reguiat Z, Chiaverini C, Estève E, Bourrat E, Ruer-Mulard M, Beauchet A, Mahé E, the GEM Resopso, and the Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique.
*Soumis à **Joint Bone Spine***

EFFICACY OF BIOLOGICS IN PSORIASIS PATIENTS UNDER HEMODIALYSIS

Larquey M, Girard C, Sbidian E, Richard MA, Aubin F, Schmutz JL.
*Soumis au **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology***



Dernière réunion du GEM3, Vancouver, juin 2015

SHORT REPORT

Psoriasis in the elderly: epidemiological and clinical aspects, and evaluation of patients with very late onset psoriasis

C. Phan,¹ M.-L. Sigal,¹ E. Estève,² Z. Reguiat,³ H. Barthélémy,⁴ N. Beneton,⁵ F. Maccari,⁶ M. Lahfa,⁷ D. Thomas-Beaulieu,⁸ T. Le Guyadec,⁹ A. Vermersch-Langlin,¹⁰ L. Mery-Bossard,¹¹ V. Pallure,¹² M. Kemula,¹³ B. Labeille,¹⁴ A. Beauchet,¹⁵ E. Mahé,^{1,*}; GEM RESOPSO

¹Department of Dermatology, Hôpital Victor Dupouy Hospital, Argenteuil, France

²Department of Dermatology, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Orléans, France

³Department of Dermatology, Hôpital Robert Debré, Reims, France

⁴Department of Dermatology, Centre Hospitalier d'Auxerre, Auxerre, France

⁵Department of Dermatology, Centre Hospitalier du Mans, Le Mans, France

⁶Department of Dermatology, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé, France

⁷Department of Dermatology, Hôpital Larrey, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Paul Sabatier-Toulouse 3 University, Toulouse, France

⁸Department of Dermatology, Centre Hospitalier de Poissy, Saint Germain en Laye, France

⁹Department of Dermatology, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart, France

¹⁰Department of Dermatology, Hôpital Jean Bernard, Valenciennes, France

¹¹Department of Dermatology, Hôpital François Quesnay, Mantes La Jolie, France

¹²Department of Dermatology, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Eloi, Montpellier, France

¹³Private Office, Charenton-Le Pont, France

¹⁴Department of Dermatology, Centre Hospitalier Universitaire, Saint-Etienne, France

¹⁵Department of Public Health, Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Boulogne Billancourt, France

*Correspondence: E. Mahé. E-mail: emmanuel.mahé@ch-argenteuil.fr

Abstract

Background Age of the patients and age of onset of psoriasis may have an impact on the disease. There is little information about psoriasis in elderly patients.

Objective We evaluated epidemiological, clinical aspects, comorbidities and treatments of psoriasis in the elderly (>70 years) patients, and in patients with very late onset psoriasis (onset \geq 70 years).

Methods This observational multicentre non-interventional study of adults with psoriasis was conducted in 29 departments of dermatology in France. A total of 2210 adults with psoriasis were included.

Results A total of 212 (9.5%) patients were elderly. This group had a higher frequency of females ($P = 0.005$), a later onset of the disease ($P < 0.0001$), a lower frequency of familial ($P < 0.0001$) and plaque psoriasis ($P < 0.0001$), but higher frequency of guttate and inverse psoriasis ($P \leq 0.005$). Hypertension, diabetes, dyslipidaemia, and major cardiovascular events (MACE) were more frequent in this group ($P < 0.0001$), but not tobacco ($P < 0.0001$). Systemic and biological therapies were used less frequently in the elderly group ($P < 0.0001$). Fifty-eight (2.7%) patients had late onset psoriasis. Patients with very late onset psoriasis were more frequently women ($P = 0.02$) and older ($P < 0.0001$), among elderly group. They had significantly less frequently familial ($P < 0.0001$) and plaque psoriasis ($P < 0.0001$), and were less often on systemic treatment including biological. Frequencies of comorbidities were not statically different but patients with 'early' onset psoriasis have a tendency ($P < 0.5$) to have higher frequencies of obesity, diabetes, dyslipidaemia, hypertension and MACE.

Conclusion This study highlights phenotypic features of psoriasis in elderly and in very late onset psoriasis. The management of these fragile patients remains poorly codified and needs further investigation.

Received: 1 September 2014; Accepted: 14 October 2014

Conflicts of interest

M.-L. Sigal has received speaker honoraria from Janssen-Cilag. E. Estève has received speaker honoraria from Abbott, Janssen-Cilag, Leo, Pfizer, and Schering-Plough. Z. Reguiat is a consultant for Janssen-Cilag and Pfizer; has been an

investigator for Abbott, Novartis, Pfizer; has received speaker honoraria from Abbott, Janssen-Cilag, Pfizer, and Schering-Plough. H. Barthelemy is a consultant for Abbott, Janssen-Cilag, Leo, MSD, and Pfizer; and has received speaker honoraria from Abbott, Janssen-Cilag, Leo, MSD, and Pfizer. N. Beneton has been an investigator for Pfizer; is a consultant for Janssen-Cilag; and has received speaker honoraria from Janssen-Cilag. F. Maccari is a consultant for Janssen-Cilag; and has received speaker honoraria from Abbott, Janssen-Cilag, Leo, and Schering-Plough. M. Kemula is a consultant for Abbvie, Novartis and Pfizer. B. Labelle is investigator for Leo, Pfizer, MSD, and Amgen. M. Lahfa is a consultant for Janssen-Cilag, Novartis, Abbvie, MSD and Pfizer; has received speaker honoraria from Abbvie, Janssen-Cilag, Novartis, Pfizer, Leo pharma, Galderma, Pierre Fabre Dermatologie and MSD; and is investigator for Leo, Janssen-Cilag, Novartis, Abbvie, Celgene, Pierre Fabre Dermatologie, Regeneron, Atopix, Lilly, Pfizer and Amgen. T. Le Guyadec has received speaker honoraria from Novartis and Janssen-Cilag. L. Mery-Bossard has received speaker honoraria from Abbvie, Pfizer et Leo. V. Pallure has received speaker honoraria from Janssen-Cilag, Leo, Pfizer, and Abbvie. E. Mahé is a consultant for Janssen-Cilag, Novartis, and Pfizer; has received speaker honoraria from Abbott, Janssen-Cilag, Novartis, Pfizer, and Schering-Plough; and is investigator for Leo, and Amgen. C. Phan, D. Thomas-Beaulieu, T. Le Guyadec, A. Vermeschand A. Beauchet declare no conflict of interest concerning this article.

Funding sources

None declared.

Introduction

Psoriasis is a chronic inflammatory disease, mainly involving the skin and joints, with a strong genetic background.¹ It may begin throughout life, but it is considered that there are two peaks regarding age of onset, one occurring at 15–25 years old, and another later around 50–60 years.²

There are few data about epidemiological, clinical and genetic aspects of childhood psoriasis. Main characteristics are a higher frequency of napkin and guttate psoriasis, and a higher genetic background.^{3–6} Little information is available about psoriasis in the elderly. Furthermore, managing psoriasis in the elderly can be difficult, because of the comorbidities and possible drug interactions.^{7,8} The aim of this study was to analyse whether psoriasis in elderly patients had specific clinical, epidemiological and therapeutic profiles. Then, we evaluated if very late onset psoriasis (onset ≥ 70 years) had an influence on clinical aspects and comorbidities in older group.

Methods

The methodology of this study was reported in a previous publication. This study, 'Resopso', was designed to evaluate if childhood-onset psoriasis is associated with future cardiovascular and metabolic comorbidities.⁹ This non-interventional, cross-sectional, multicentre study of adults with psoriasis was performed in 29 French dermatology centres, all members of Resopso (<http://resopso.fr>), in 2011.

All patients with psoriasis who had a consultation during the 4.5 months of the study were included in the study. We identified two groups: patients older than 70-year old, and patients younger than 70-year old.

A protocol for evaluation was implemented with a case report form especially created for the study. It comprised 38 items,

including data on patients (i.e. age, sex); psoriasis (i.e. age at onset, clinical characteristics, rheumatism, history of treatments, family history including first-degree relatives only); cardiovascular risk factors and diseases (i.e. hypertension, current smoking, major cardiovascular events (MACE) including angina pectoris, myocardial infarction and stroke; and metabolic diseases (i.e. weight, BMI calculated as weight in kg divided by height in m², waist circumference, diabetes and dyslipidaemia). Definition of comorbidities has been detailed in a previous publication.⁹ Very late onset psoriasis was defined as disease onset after the age of 70 years.

Quantitative data are expressed as means and standard deviations (SD), while qualitative data are expressed as *n* (%). Means were compared using Student's *t*-test and frequencies with the χ^2 test or Fisher's exact test when necessary. A *P* < 0.05 was considered as statistically significant. Statistical analyses were computed with SAS software v 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Results

Patients

Two thousands two hundred and ten patients were included in this study; 212 (9.5%) were older than 70, with a mean age of 77.1 ± 5.6 years. There were more females in the elderly group (52.8% vs. 42.8%, *P* = 0.005). The mean age of onset was 55.7 years old in the elderly group and 28.6 years old in the younger group (*P* < 0.0001). Elderly patients had a lower frequency of family history of psoriasis (*P* < 0.0001) (Table 1).

Clinical aspects and treatments in elderly patients

The main clinical type of psoriasis was plaque psoriasis in the elderly (67.8%), but was significantly less frequent than in the

Table 1 Epidemiological, clinical characteristics, treatments and comorbidities of psoriatic patients

	<70 years n = 1998	≥70 years n = 212	P-value
Mean age (year), mean ± SD	45.7 ± 13.0	77.1 ± 5.6	<0.0001
Male, n (%)	1143 (57.2)	100 (47.2)	0.005
Age of onset (year), mean ± SD	28.6 ± 15.0	55.7 ± 20.8	<0.0001
Familial psoriasis, n (%)	812 (41.4)	57 (27.3)	<0.0001
Main clinical aspect of psoriasis, n (%)*			
Plaque psoriasis	1500 (80.1)	137 (67.8)	<0.0001
Palmoplantar psoriasis	115 (6.1)	16 (7.9)	0.32
Scalp psoriasis	65 (3.5)	11 (5.4)	0.14
Guttate psoriasis	53 (2.8)	13 (6.4)	0.005
Pustular palmoplantar psoriasis	51 (2.7)	3 (1.5)	0.29
Inverse	27 (1.4)	16 (7.9)	<0.0001
Psoriatic arthritis, n (%)	384 (21.6)	35 (19.4)	0.49
Treatment before inclusion, n (%)			
Systemic	1061 (54.0)	78 (37.9)	<0.0001
Biological	387 (19.7)	30 (14.6)	0.06
Treatment at inclusion, n (%)			
Systemic	684 (35.9)	67 (33.2)	0.44
Biological	650 (34.1)	33 (16.3)	<0.0001
Comorbidities, n (%)			
Obesity	475 (23.9)	63 (30.1)	0.06
Diabetes	194 (9.7)	47 (22.4)	<0.0001
Dyslipidaemia	499 (25.2)	102 (48.6)	<0.0001
Hypertension	444 (22.3)	130 (61.6)	<0.0001
MACE	104 (5.2)	42 (19.8)	<0.0001
Tobacco	696 (35.1)	17 (8.0)	<0.0001

*It included only clinical aspects that involved > 2% of patient in at least one group.

MACE, major cardiovascular events; SD, standard deviation.

other group (80.1%, $P < 0.0001$). We observed a higher frequency of inverse ($P < 0.0001$) and guttate psoriasis ($P < 0.0001$) in the elderly group. No difference was shown for the other clinical types of psoriasis and for psoriatic arthritis (Table 1).

We show a lower frequency of use of systemic (37.9% vs. 54%, $P < 0.0001$) and biological therapies (14.6% vs. 19.7%) in the elderly group.

Comorbidities in elderly patients

Comorbidities were more frequent in the elderly group – obesity ($P = 0.06$), diabetes ($P < 0.0001$), dyslipidaemia ($P < 0.0001$), hypertension ($P < 0.0001$), cardiovascular events ($P < 0.0001$) – but lower for current smoking ($P < 0.0001$) (Table 1).

Very late onset psoriasis

For 28.0% of elderly patients (and 2.7% of all the patients), the first signs of the disease occurred after the age of 70 years and

this was more frequently seen in women (60.3% vs. 49.7%, $P = 0.02$). Patients with very late onset psoriasis were older ($P < 0.0001$), had significantly less frequent familial disease ($P < 0.0001$), plaque psoriasis ($P < 0.0001$) and were more often on systemic treatment including biological (Table 2).

Frequencies of comorbidities among the elderly are not statistically different, but patients with early onset psoriasis have a tendency ($P < 0.5$) to have higher frequencies of obesity, diabetes, dyslipidaemia, hypertension and MACE (Table 2).

Discussion

This multicentre study included 2210 adult psoriatic patients, 9.5% were older than 70, and in 2.7% of cases, the first signs of the disease occurred after the age of 70 years. In the elderly group (age ≥ 70 years), we have shown a higher frequency of females, a later onset of the disease, lower frequencies of familial and plaque psoriasis, but higher frequencies of guttate and inverse psoriasis. Comorbidities were more frequent in this group except tobacco. Systemic and biological therapies were used less frequently in the elderly group.

In the very late onset group (onset of psoriasis ≥ 70 years), we have shown a higher frequency of females, and a lower frequency of familial component and plaque psoriasis. Comorbidities were less frequent in this group. Systemic and biological therapies were used less frequently in the group with very late onset psoriasis.

Previous studies reported that early and elderly psoriasis showed distinct epidemiological and clinical characteristics.^{3–5,10,11} Clinical studies of psoriasis in geriatric patients have been rarely conducted, whereas psoriasis appears as the sixth most frequent skin diseases in a population over 65 years old.⁷

It is well known that childhood psoriasis is associated with high frequency of familial psoriasis.^{1,2,4–6,9} This study, like previous reports, shows that even for elderlies, familial psoriasis is less frequent than in adult psoriasis, independently of age of onset of the disease, but also when we analyse very late onset psoriasis (cut-off = 65–70 years).^{3–5,12} Herein, we identified clinical aspects in adults and elderly psoriasis: low frequency of plaque psoriasis, but higher frequencies of guttate and inverse psoriasis. This profile is similar to that of the children. Indeed streptococcal-induced guttate psoriasis is more frequent, and as well inverse psoriasis, including napkin psoriasis in the young population. Streptococcal infections are not usual in elderly. But contact dermatitis caused by friction from skin to skin, sweating, and urinary and faecal incontinence are frequent in these aged patients, and could explain high frequency of inverse psoriasis, probably by Koebner phenomenon.¹³ This data have not been found in another report where the proportion of guttate type and generalized pustular psoriasis type decreased remarkably, while that of erythroderma type increased in elderly onset psoriasis. The evaluation of localisation of lesions did not find inverse psoriasis more frequent in elderlies.³

Table 2 Epidemiological, clinical, treatment, and comorbidity characteristics of psoriatic patients according to age of onset of the disease (cut-off = 70 years), in the elderly group (age \geq 70 years)

	Onset < 70 years n = 149	Onset \geq 70 years n = 58	P-value
Mean age (year), mean \pm SD	75.9 \pm 5.2	80 \pm 5.7	<0.0001
Male, n (%)	75 (50.3)	23 (39.7)	0.02
Age of onset (year), mean \pm SD	47.3 \pm 17.9	77.2 \pm 5.5	<0.0001
Familial psoriasis, n (%)	48 (32.9)	9 (15.5)	0.02
Main clinical aspect of psoriasis, n (%)*			
Plaque psoriasis	103 (72.5)	30 (54.5)	0.02
Palmoplantar psoriasis	10 (7.0)	6 (11.1)	0.56
Scalp psoriasis	8 (5.6)	3 (5.5)	0.95
Guttate psoriasis	9 (6.3)	4 (7.3)	0.81
Generalized pustular psoriasis	1 (0.7)	3 (5.5)	0.12
Inverse	8 (5.6)	6 (12.5)	0.09
Joint involvement, n (%)	29 (22.8)	6 (12.5)	0.11
Treatment before inclusion, n (%)			
Systemic	66 (44.9)	11 (20.4)	0.0007
Biological	26 (17.7)	4 (7.4)	0.05
Treatment at inclusion, n (%)			
Systemic	50 (43.7)	15 (28.3)	0.28
Biological	30 (20.8)	3 (5.7)	0.008
Comorbidities, n (%)			
Obesity	48 (32.7)	11 (19.3)	0.06
Diabetes	34 (23.1)	10 (17.2)	0.38
Dyslipidaemia	75 (51.0)	25 (43.1)	0.35
Hypertension	95 (64.2)	31 (54.3)	0.17
MACE	31 (21.8)	8 (13.8)	0.22
Tobacco	11 (7.4)	6 (10.3)	0.49

*It included only clinical aspects that involved >5% of patient in at least one group.

MACE, major cardiovascular events; SD, standard deviation.

No significant difference was noticed in the frequency of psoriasis arthritis, like previous studies.^{1,3,6} But it was suggested that clinical and genetic features of psoriasis arthritis may differ depending on the age of psoriasis onset.¹² These aspects have not been evaluated herein.

Traditional systemic and biological therapies are less frequently used in the elderly group, according to other reports.^{8,9} Previous studies propose three explanations. First, a study compared elderly onset psoriasis vs. adult onset psoriasis. A milder mean PASI score was observed in the elderly onset group. So, a decrease in clinical severity over time could explain this difference.³ Another aspect is that patients' subjective sensation of disease course improved statistically comparing early and very late onset groups.³ Our group recently confirmed this data (submitted for publication). For a same clinical severity (PASI), the

quality of life (DLQI) is less impaired in elderlies. Finally, it also could be explained by the reluctance of physicians to use systemic treatments, because of the fragility of the geriatric patients due to their comorbidities or the frequency of drug interactions.¹⁴⁻¹⁶

Elderly onset psoriasis is considered as relatively rare. The frequency of elderly onset psoriasis (cut-off = 60 years) has previously been evaluated at 3.2% of all psoriasis, a frequency quite close from ours.³ As in our study, a decrease in frequency of familial psoriasis has been shown. In this population, we have mainly shown that plaque psoriasis is less frequent, and show a tendency to increase in generalized pustular psoriasis and inverse psoriasis, results not shown by previous studies.³ We have not found genetic studies evaluating elderly onset psoriasis. This study could be interesting to better understand this unusual aspect of psoriasis, affecting about 3% of the patients.

Conclusion

In dermatologic practice, 10% of psoriatic patients are 70 years or more. We identified some specificities such as clinical aspects. These patients are not only more fragile because of their age but also because of the high frequency of comorbidities. The less frequent use of systemic treatments in these patients could not only be explained by the lesser clinical and psychological severity of psoriasis but also by the reluctance of physicians to use systemic treatment. Little information is available in the literature regarding the safety of these therapies in this population and could need further investigations.

Acknowledgements

The authors thank Dr M. Alexandre (Bobigny), Dr M. Avenel-Audran (Angers), Dr C. Bara (Le Mans), Dr M. Bastien-Jacquin (Joinville-le-Pont), Dr E. Begon (Pontoise), Dr N. Beneton (Le Mans), Dr P. Bravard (Le Havre), Dr C. Brenuchon (Valenciennes), Dr G. Chaby (Amiens), Dr P. de la Salmonière (Saint-Germain-en-Laye), Dr J. de Quatrebarbes (Annecy), Dr F. Delesalle (Valenciennes), Pr V. Descamps (Paris), Dr D. Drouot-Lhoumeau (Argenteuil), Dr M. Fenot (Le Mans), Dr C. Goujon-Henry (Lyon), Dr Z. Hamidou (Angers), Dr Pr C. Paul (Toulouse), Dr J.-P. Perrot (Saint-Etienne), Dr M. Perrussel (Limmeil-Brevannes), Dr C. Pauwels (St-Germain en Laye), Dr P. Pfister (Paris), Dr M. Ruer-Mulard (Martigues), Dr E. Sauques (Fontenay-sous-Bois), Dr C. Sin (Argenteuil), Dr H.-G. Steiner (Vienne), Dr P. Toussaint (Talence) and Dr A.-F. Tronquoy (Valenciennes) for their kind collaboration.

References

- 1 Stuart P, Malick F, Nair RP. Analysis of phenotypic variation in psoriasis as a function of age at onset and family history. *Arch Dermatol Res* 2002; **294**: 207-213.
- 2 Hensder T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985; **13**: 450-456.
- 3 Kwon HH, Kwon IH, Youn JI. Clinical study of psoriasis occurring over the age of 60 years: is elderly-onset psoriasis a distinct subtype? *Int J Dermatol* 2012; **51**: 53-58.

- 4 Youn JI, Park BS, Park SB *et al.* Characterization of early and late onset psoriasis in the Korean population. *J Dermatol* 1999; **26**: 647–652.
- 5 Ferrándiz C, Pujol RM, García-Patos V *et al.* Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *J Am Acad Dermatol* 2002; **46**: 867–873.
- 6 Ejaz A, Raza N, Ifukhar N. Presentation of early onset psoriasis in comparison with late onset psoriasis: a clinical study from Pakistan. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; **75**: 36–40.
- 7 Balato N, Patruno C, Napolitano M *et al.* Managing moderate-to-severe psoriasis in the elderly. *Drugs Aging* 2014; **31**: 233–238.
- 8 Militello G, Xia A, Stevens SRJ *et al.* Etanercept for the treatment of psoriasis in the elderly. *J Am Acad Dermatol* 2006; **55**: 517–519.
- 9 Mahé E, Maccari F, Beauchet A *et al.* Childhood-onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities. *Br J Dermatol* 2013; **169**: 889–895.
- 10 Bernhard JD. Clinical differences in juvenile vs adult-onset psoriasis. *Br J Dermatol* 1996; **135**: 501–502.
- 11 Queiro R, Alperi M, Alonso-Castro S *et al.* Patients with psoriatic arthritis may show differences in their clinical and genetic profiles depending on their age at psoriasis onset. *Clin Exp Rheumatol* 2012; **30**: 476–480.
- 12 Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T *et al.* Age at onset and different types of psoriasis. *Br J Dermatol* 1995; **133**: 768–773.
- 13 Proksch E. Altershaut und hautpflege. *Z Gerontol Geriatr* 2014. DOI: 10.1007/s00391-014-0670-5 [Epub ahead of print]
- 14 Van der Voort E, Koehler EM, Dowlatshahi EA. Psoriasis is independently associated with nonalcoholic fatty liver disease in patients 55 years old or older: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2014; **70**: 517–524.
- 15 Herédi E, Csordás A, Clemens M *et al.* The prevalence of obesity is increased in patients with late compared with early onset psoriasis. *Am J Epidemiol* 2013; **23**: 688–692.
- 16 Potts GA, Hurley MY. Psoriasis in the geriatric population. *Clin Geriatr Med* 2013; **29**: 373–395.

Mémoires et thèses

FADIA DABOUZ

Faculté de Médecine de Reims, Université de Reims Champagne-Ardenne
Mémoire DES de Dermatologie et Vénérologie

**« FACTEURS ASSOCIES A L'EFFICACITE D'UN 1^{ER} CHANGEMENT DE BIOTHERAPIE
POUR LE TRAITEMENT DU PSORIASIS »**

Direction : Ziad Reguiat
Soutenance : Novembre 2013

ANNE-LAURE LIEGEON

Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine
Mémoire de DES de Dermatologie et Vénérologie

**« APPARITION DE GAMMAPATHIES MONOCLONALES SOUS BIOTHERAPIE DANS LE PSORIASIS :
ETUDE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE FRANÇAISE »**

Direction : Jean-Luc Schmutz
Soutenance : Octobre 2014

MARIE LARQUEY

Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine
Mémoire de DES de Dermatologie et Vénérologie

« EFFICACITE DES BIOTHERAPIES DANS LE PSORIASIS CHEZ LES PATIENTS HEMODIALYSES »

Direction : Jean-Luc Schmutz
Soutenance : Octobre 2015

Partenariats du GEM

Psoriasis segmentaires (2015)

« PSORIASIS SEGMENTAIRES. ETUDE NATIONALE »

Etude Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la SFD / Société Française de Dermatologie
Pédiatrique

Investigateur principal : E. Mahé

Psolib (2015-2016)

« PSOroriasis de l'enfant : étude transversale en cabinet de dermatologie LIBérale. Aspects
cliniques, thérapeutiques et étude des comorbidités »

Etude FFFCEDV

Investigateur principal : E. Mahé / F. Corgibet

Appels à cas au sein du GEM

Biothérapie chez les patients hémodialysés (2014) – Resopso, Gr Pso SFD

Coordination : J.-L. Schmutz, Nancy

Nombre d'inclusions : 5

Article soumis :

Larquey M, Girard C, Sbidian E, Richard MA, Aubin F, Schmutz JL. Efficacy of biologics in
psoriasis patients under hemodialysis. *Soumis au J Eur Acad Dermatol Venereol*

Psoriasis induits par le nivolumab (2015-2016) – Resopso, Gr Pso SFD, GCC

Coordination : E. Mahé, Argenteuil

En cours

ESPERANCE DE VIE DIMINUEE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS

*Salahadeen E, Torp-Pedersen C, Gislason G, Hansen PR, Ahlehoff O.
Nationwide population-based study of cause-specific death rates in patients with psoriasis.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:1002-5.*

Le psoriasis est considéré comme une maladie chronique ne mettant pas en jeu le pronostic vital. L'espérance de vie est estimée comme normale, même si la qualité de vie est altérée.

Certes, le psoriasis est associé à une plus grande incidence des maladies cardiovasculaires incluant l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral. Il est également associé au syndrome métabolique et au rhumatisme psoriasique.

Cependant, la mise en évidence d'une mortalité prématurée n'est pas démontrée de façon claire dans les études épidémiologiques. Le travail de Salahadeen tente de démontrer le lien entre psoriasis et diminution de l'espérance de vie. Le Danemark, petit pays, est très bien organisé sur le plan administratif dans le domaine de la Santé Publique. Il a, en effet, été permis aux auteurs de prendre en compte la totalité de la population danoise âgée de plus de 18 ans, c'est-à-dire 5 458 627 personnes dont 50,7% de femmes, d'âge moyen 40,9 ans \pm 19,7, incluant 94 069 individus atteints d'un psoriasis modéré (53% de femmes, d'âge moyen 42,0 \pm 17,0) et 28 253 atteints d'un psoriasis sévère (53,4% de femmes, d'âge moyen 43,0 \pm 16,5).

L'âge, lors du décès, varie en fonction du statut du psoriasis, 76,5 ans \pm 14,0 pour les individus non atteints, 74,4 ans \pm 12,8 pour les psoriasis modérés, 72,0 ans \pm 13,4 pour les psoriasis sévères.

L'incidence des décès, pour 1 000 personnes, était de 13,8 chez les témoins [intervalle de confiance (CI) 13,8 – 13,8], 17,0 (CI 16,7 – 17,3) pour les psoriasis modérés et 25,4 (CI 24,6 – 26,3) pour les psoriasis sévères.

Cette étude nationale montre, de façon claire, la surmortalité rencontrée dans le psoriasis, sans pouvoir dire cependant, si cette surmortalité est liée à la maladie elle-même, aux conséquences de l'inflammation chronique qui en découlent, au mode de vie, aux effets délétères des traitements utilisés, d'autant que les auteurs ne savaient pas quel traitement avaient les patients.

En conclusion, ce travail rappelle la complexité de la maladie psoriasique associée à de nombreuses comorbidités. La population danoise étant essentiellement caucasienne, il est difficile d'extrapoler ces résultats à d'autres pays.

Centres investigateurs du GEM

N° centre	Nom Prénom	Adresse
1	Sigal Michèle-Léa, Mahé Emmanuel	CH Victor Dupouy, Argenteuil
2	Maccari François, Fougerousse Anne-Claire	HIA Begin, Saint Mandé
3	Estève Eric	CHR Orléans
4	Quiles-Tsimaratos Nathalie	Hôpital Saint-Joseph, Marseille
5	Schmutz Jean-Luc	Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre les Nancy
6	Duval-Modeste Anne-Bénédicte	CHU Rouen
7	Ruer-Mulard Mireille	Martigues
8	Avenel-Audran Martine	CHU Angers
9	Chaby Guillaume, Dadban Ali	Hôpital Sud, Amiens
10	Vermersch Annie	CH Jean Bernard, Valenciennes
11	Gabison Germaine	St Maurice, Créteil (H Mondor), Paris (St-Louis) et Bry sur Marne (Ste Camille)
12	Jegou Juliette	CH, Chalons en Champagne
13	Alexandre Marina	CHU Avicenne, Bobigny
14	Dauendorffer Jean-Noël	75006 Paris
15	Mery-Bossard Laure	Hôpital F Quesnay, Mantes La Jolie
16	Barthelemy Hugues	CH Auxerre
17	Pouaha Jean	CHR Metz-Thionville, Hôpital de Mercy
18	Le Guyadec Thierry	HIA Percy, Clamart
19	Labeille Bruno, Perrot Jean-Luc	CHU Saint-Etienne
20	Boyé Thierry	HIA Sainte Anne, Toulon
21	Livideanu Cristina	Hôpital Larrey, Toulouse
22	Droitcourt Catherine	CHU Rennes
23	Pallure Valérie	CH Perpignan
24	Pauwels Christine, Thomas-Beaulieu Domitille	CHI Poissy / St Germain en Laye
25	Girard Céline	CHU Montpellier
26	Goujon-Henry Catherine	CHU Lyon Sud
27	Bravard Pierre	Hôpital Jacques Monod, Le Havre
28	Reguiai Ziad	CHU Reims, Reims
29	Parier Josiane	La Varenne
30	Hamidou Zhor	Hôpital St Louis, Paris
31	Steiner Henri-Georges	Vienne
32	Bastien Marie	Joinville le Pont
33	Halioua Bruno	Paris
34	Zeitoun Michèle	Antony
35	Maillard Hervé, Beneton Nathalie	CH Le Mans
36	Begon Edouard	Hôpital de Pontoise
37	Bouilly-Auvray Danielle	Service de Dermatologie, CHU Dijon
38	Toussaint Pascal	Hôpital Bagatelle, Talence
39	Descamps Vincent	Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris
40	Géner Gwendeline	Brunoy
41	Samimi Mahtab	Hôpital Trousseau, CHU Tours
42	Kemula Mathilde	Charenton-Le-Pont, Hôpital H.Mondor, Créteil
43	Pfister Pierre	Paris
44	Khemis Abdallah	CHU Larchet, Nice
45	Devaux Suzanne	Hôpital de Bayonne
46	Barthelme Dominique	Hôpital de Pau
47	Lorier Elisabeth	Paris

N° centre	Nom Prénom	Adresse
48	Barthes Laura	Saint Maur des Fossés, Hôpital H. Mondor, Créteil
49	Wagner Laurent	Paris
50	Bernier Claire	CHU Nantes
51	De Quatrebarbes Julie	CH Annecy
52	Belon Martine	CMS Pierre Rouquès, Vitry sur Seine
53	Solyga Bénédicte	Fontenay-sous-Bois
54	Dominique Lons-Danic	Hôpital Saint-Joseph, Paris
55	Philippe Modiano	Groupe Hospitalier Institut Catholique, Lille
56	Pierre-André Becherel	Hôpital Privé d'Antony, Antony
57	Carole Poiraud	Centre hospitalier La Roche-sur-Yon
58	Jean Louis Estival	Hôpital Desgenettes, Lyon
59	Simon Jacobelli	Paris
60	Boutaïna Khatibi	Service de Dermatologie, Hôpital Tenon, Paris
61	Caroline Jacobzone	CH Lorient
62	Elodie Régnier	Service de Dermatologie, Hôpital Tarnier, Paris
63	Anne-Caroline Cottencin	Lille et Consultation CHU Lille