

LE CRÉMAGE A DU PLOMB DANS L'AILE

V. FAILLA (1), O. WAUTERS (1), L. RATY (1), M. CAUCANAS (1), B. RICHERT (2), B. DEZFOULIAN (2), A.F. NIKKELS (3)

RÉSUMÉ : Le traitement topique joue un rôle essentiel dans la prise en charge du psoriasis. Son efficacité et sa sécurité d'utilisation ont été démontrées dans de nombreuses études. Cependant, en pratique quotidienne, les résultats thérapeutiques sont souvent bien inférieurs à ceux obtenus dans les essais cliniques et ce, très probablement, à cause d'une mauvaise adhésion thérapeutique. En effet, les patients souffrant de psoriasis trouvent que le traitement local est un lourd fardeau à porter. Le succès d'une prise en charge efficace du psoriasis repose sur une relation médecin-patient solide qui permettra de remotiver régulièrement le patient à réutiliser «ce crémage».

MOTS-CLÉS : *Psoriasis - Traitements topiques - Corticostéroïdes - Adhérence thérapeutique*

WHEN CREAMS TURN INTO A BURDEN

SUMMARY : Topical treatment is the cornerstone of therapy for patients suffering from psoriasis. Its efficacy and safety have been demonstrated in a large number of publications. However, in daily life, the treatment outcome is often less satisfactory than the results published in the literature. This phenomenon is clearly linked to non-adherence. Indeed, patients with psoriasis frequently consider the topical therapies frequently as a heavy burden. The successful management of psoriasis with topical agents requires a perfect understanding between the patient and the practitioner, which provides regular renewal of the patient's motivation.

KEYWORDS : *Psoriasis - Topical treatments - Corticosteroids - Adherence*

INTRODUCTION

Les traitements locaux jouent un rôle primordial dans l'arsenal thérapeutique dermatologique des dermatoses chroniques, en particulier dans le psoriasis (Fig 1). Leur efficacité et leur profil de sécurité ont été démontrés dans de nombreuses études pré-cliniques et cliniques (1, 2).

Cependant, en pratique, les traitements topiques échouent souvent. De nombreuses études démontrent que plus de 40% des patients atteints de psoriasis ne suivent pas correctement leur traitement (3).

La majorité des psoriasiques ont eu, à un moment ou un autre de leur maladie, un traitement topique. Ce dernier représente le traitement de base pour tout psoriasis «vierge» de thérapeutique. C'est seulement en cas d'échec du «crémage» qu'un traitement complémentaire est proposé comme une photothérapie. Si les résultats restent toujours insatisfaisants, un traitement systémique (rétinoïdes, méthotrexate, ciclosporine, biologiques) peut être envisagé.

Malgré le large éventail thérapeutique permettant le «blanchiment» du psoriasis, aucun n'est, à ce jour, curatif. De plus, beaucoup de patients restent insatisfaits du résultat de leur traitement malgré une réduction significative de l'intensité de leur maladie. Au bout de plusieurs mois, voire plusieurs années, le patient ne veut plus entendre parler de «crémage» car il trouve celui-ci beau-

coup trop contraignant, malgré son efficacité. Il est par ailleurs quasi-illusoire de vouloir faire retourner au «crémage» un patient qui a goûté au confort des traitements systémiques, en particulier des nouveaux traitements biologiques.

La mauvaise adhésion thérapeutique qui, est d'ailleurs un problème ubiquitaire en médecine, explique en partie les mauvais résultats. Pour les patients atteints de psoriasis, un des aspects les plus négatifs de leur maladie est le traitement topique (4). Les principales raisons de non-adhérence sont le manque d'efficacité, la contrainte de temps, le caractère collant des véhicules et la peur d'effets secondaires (5). Il faut y ajouter le prix du traitement, dans les instructions peu claires et/ou trop compliquées (5). Le psoriasis est une maladie chronique dont l'impact n'est pas uniquement physique, mais aussi psychologique et social. Il semblerait logique de penser que les patients qui se sentent les plus affectés par leur maladie soient les plus motivés à se traiter. Étonnamment, c'est l'inverse qui est observé : les patients avec le score de sévérité le plus élevé sont ceux qui sont les moins compliants (6).

FACTEURS INFLUENÇANT L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

L'adhésion thérapeutique est influencée par de multiples facteurs (4, 6). Les caractéristiques démographiques du patient (sexe, état civil, situation professionnelle), les caractéristiques de la maladie (chronique, impact sur la qualité de vie, âge de survenue, sévérité, etc) et les traitements (type, galénique, fréquence d'application,

(1) Assistant clinique, (2) Chef de Clinique, Maître de Conférence, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatologie, CHU de Liège.



Figure 1. Psoriasis

contrainte de temps, effets indésirables, etc) influencent tous l'adhésion et, donc, les résultats thérapeutiques. Ces derniers influencent à leur tour la satisfaction du patient, ce qui, par voie de conséquence, influence l'adhésion thérapeutique. L'efficacité, l'innocuité, le coût et la complexité du traitement sont des facteurs clés de l'observance. Le manque d'efficacité et la lenteur de l'effet thérapeutique sont cependant les principaux déterminants de la non-adhésion. De plus, la peur d'effets secondaires (essentiellement une corticophobie) influence négativement l'adhésion au traitement.

CONSÉQUENCES DE LA NON-ADHÉSION

De nombreuses études montrent que les patients qui adhèrent au traitement même si celui-ci est un placebo, obtiennent de meilleurs résultats (7). Les conséquences d'une mauvaise adhésion thérapeutique dans les maladies chroniques dermatologiques sont mal connues, notamment dans le psoriasis. Pourtant, une adhésion suboptimale peut compromettre la qualité des soins fournis et augmenter les complications liées à la maladie, la morbidité, mais aussi la mortalité. Il a été observé que chaque diminution de 10% dans l'adhésion au traitement topique, était grevée d'une augmentation de 1 point (sur une échelle de 9) dans la sévérité de la maladie (8).

La tachyphylaxie est définie comme une diminution de la réponse à un traitement ou à un agent physiologiquement actif après une administration de plusieurs doses. Ce phénomène a été décrit pour la première fois en 1975 avec les corticostéroïdes (9). Bien que la plupart des dermatologues soient convaincus que l'application continue de stéroïdes est associée à une diminution de leurs effets anti-inflammatoires, des études montrent que l'usage d'un corticostéroïde

durant 12 semaines ne semble pas provoquer de tachyphylaxie (10). L'explication de la tachyphylaxie observée en pratique clinique serait à attribuer plus à une mauvaise adhésion thérapeutique qu'à une perte d'efficacité du récepteur au stéroïde (11). Même dans des essais cliniques bien contrôlés, l'adhésion peut chuter de près de 40% après seulement 8 semaines de traitement (8).

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L'ADHÉSION AU TRAITEMENT

La relation médecin-malade est un déterminant essentiel de l'adhésion thérapeutique (3, 12). La première étape est d'établir une relation médecin-malade solide qui engendre la confiance du patient. Très souvent, les personnes ont déjà consulté de multiples dermatologues et pensent que ceux-ci ne les ont pas compris ou se sont désintéressés de leur maladie. Il est vrai que de nombreux praticiens ont peur d'investir dans une relation avec un patient chronique dont le traitement est parfois difficile à gérer. Il faut s'assurer que le malade soit convaincu d'avoir été entendu et qu'on se soit intéressé à lui. Le médecin qui utilise un vocabulaire compréhensible (la vulgarisation est un exercice difficile) encourage à l'échange et, augmente ainsi la participation du patient dans sa prise en charge médicale : il crée un environnement favorable à une meilleure adhésion thérapeutique.

Il existe une grande variété de formes galéniques et il convient de s'attarder à choisir le traitement le mieux adapté au patient (localisation des lésions, textures, durée d'action,...), en l'impliquant dans son choix : on est parfois surpris de la décision du patient qui préférera un onguent gras dans les cheveux plutôt qu'un gel plus cosmétiquement acceptable. Une attention toute particulière doit aussi être accordée à l'aspect pratique du traitement. L'application à plusieurs reprises en cours de journée diminue l'adhésion au traitement. Il est également préférable de simplifier les choses en prescrivant un seul traitement qui a plus de chance d'être efficace (6). Individualiser la thérapie et minimiser la complexité de celle-ci favorise également l'adhésion thérapeutique (13). Dans une maladie chronique comme le psoriasis, l'observance du traitement tend à diminuer avec le temps. Les médecins doivent donc remotiver régulièrement leur patient.

Quand un sujet n'est plus satisfait de son traitement topique, nombre de praticiens ont tendance à proposer un traitement plus complexe et/ou plus lourd. Ce n'est pas un bon choix, surtout s'il s'agit d'un échec thérapeutique dû à une

mauvaise compréhension de la thérapie, ou du fait que le patient percevait celle-ci comme trop risquée (15).

L'adhésion aux traitements topiques est, en règle générale mauvaise, ce qui aboutit inévitablement à de mauvais résultats (16). Néanmoins, la recherche en ce domaine n'en est qu'à ses prémises. Très peu de choses permettant d'améliorer l'adhésion thérapeutique sont actuellement connues.

CONCLUSION

A l'heure actuelle, les patients tiennent à prendre une place de plus en plus active dans la prise en charge de leurs soins de santé. Les magazines de vulgarisation et internet y sont certainement pour beaucoup. Il est démontré qu'une prise en charge optimale du psoriasis nécessite une coopération complète et une participation active de la part du patient. Nous avons la chance d'avoir un large arsenal thérapeutique disponible pour le traitement du psoriasis. Afin de l'exploiter au maximum, il faut éduquer les patients à réaliser leur «crémage» correctement. Tous les membres de l'équipe médicale sont essentiels dans l'amélioration de l'adhésion thérapeutique. Ce n'est qu'au prix d'une prise en charge globale, d'une meilleure compréhension du traitement et d'un soutien régulier que le «crémage», qui reste encore le traitement de référence de nombreuses affections cutanées chroniques, pourra fournir des résultats optimaux et, ainsi, participer à améliorer la qualité de vie des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Van de Kerkhof PC, Barker J, Griffiths CE, et al.— Psoriasis : consensus on topical therapies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2008, **22**, 859-870.
2. Mason J, Mason AR, Cork MJ.— Topical preparations for the treatment of psoriasis : a systematic review. *Br J Dermatol*, 2002, **146**, 351-364.
3. Richards HL, Fortune DG, O'Sullivan TM, et al.— Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol*, 1999, **41**, 581-583.
4. Rapp SR, Exum ML, Reboussin DM, et al.— The physical psychological and social impact of psoriasis. *J Health Psychol*, 1997, **2**, 525-537.
5. Brown KK, Rehmus WE, Kimball AB.— Determining the relative importance of patient motivations for nonadherence to topical corticosteroid therapy in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2006, **55**, 607-613.
6. Zaghoul SS, Goodfield MJ.— Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol*, 2004, **140**, 408-414.
7. Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT, Balkrishnan R.— Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis. *Br J Dermatol*, 2004, **151**, 895-897.
8. Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT, et al.— Adherence to topical therapy decreases during the course of an 8-week psoriasis clinical trial: commonly used methods of measuring adherence to topical therapy overestimate actual use. *J Am Acad Dermatol*, 2004, **51**, 212-216.
9. Du Vivier A, Stoughton RB.— Tachyphylaxis to the action of topically applied corticosteroids. *Arch Dermatol*, 1975, **111**, 581-583.
10. Miller JJ, Roling D, Margolis D, Guzzo C.— Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 1999, **41**, 546-549.
11. Feldman SR.— Tachyphylaxis to topical corticosteroids: the more you use them, the less they work? *Clin Dermatol*, 2006, **24**, 229-230.
12. Hodari KT, Nanton JR, Carroll CL, et al.— Adherence in dermatology : a review of the last 20 years. *J Dermatolog Treat*, 2006, **17**, 136-142.
13. Friday GH. Antihypertensive medication compliance in African-American stroke patients : behavioral epidemiology and interventions. *Neuroepidemiology*, 1999, **18**, 223-230.
14. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE.— Adherence to treatment in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2006, **20**, 370-379.
15. Feldman SR, Horn EJ, Balkrishnan R, et al.— International Psoriasis Council. Psoriasis: improving adherence to topical therapy. *J Am Acad Dermatol*, 2008, **59**, 1009-1016.
- 16) Horwitz RI, Horwitz SM.— Adherence to treatment and health outcomes. *Arch Intern Med*, 1993, **153**, 1863-1868.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.F. Nikkels, Service de Dermatologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.