

LA PEAU

Pour chacun d'entre nous, la peau est un organe précieux et à protéger ; c'est d'autant plus vrai chez les patients atteints d'un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC). A quoi faut-il être particulièrement attentif ?

La peau : à quoi ça sert ?

La peau est l'organe le plus lourd (4 à 10 kg) et le plus étendu (près de 2 m²) du corps humain !⁽¹⁾

Elle joue des rôles fondamentaux : c'est une barrière de protection contre les agressions extérieures (chocs, agents infectieux, pollution, UV...), mais une barrière intelligente. Elle est équipée de capteurs sensitifs, c'est un organe qui s'auto-répare, qui permet et régule les échanges entre le corps et son environnement. Ainsi, grâce à la sueur et aux poils, elle maintient notre corps à 37°, quelle que soit la température extérieure. C'est le seul organe capable de synthétiser de la vitamine D sous l'effet des rayons UVB, à partir d'un dérivé du cholestérol situé dans l'épiderme. Elle a également une fonction immunitaire. Et enfin, elle a une fonction psychosociale : c'est l'extérieur qui "parle" de ce qui se passe à l'intérieur. Ne dit-on pas "être mal dans sa peau" ?

L'exposition au soleil

Le soleil est vital pour nous : au-delà de ses effets bénéfiques sur le moral, il est nécessaire à **la synthèse de la vitamine D** (voir la fiche « Capital osseux et vitamine D » page 14).

Mais il peut également être dangereux car ses rayons accélèrent le vieillissement cutané.

Les rayons du soleil sont composés de particules énergétiques, les photons, dont les rayons invisibles ultraviolets (UVA et UVB) et infrarouges (IR) peuvent plus ou moins pénétrer dans la peau. Les pigments naturels de la peau, mélanine et dérivés, en réduisant la pénétration des photons dans la peau, expliquent que les peaux foncées soient moins sensibles aux méfaits du soleil que les peaux claires.

Les UVB sont majoritairement arrêtés dans la couche superficielle de la peau, l'épiderme, mais les UVA et les IR s'enfoncent bien plus profondément.

Il est donc important d'éviter le soleil aux heures les plus chaudes, de porter des vêtements protecteurs, de ne pas dépasser une heure de bain de soleil par jour et d'utiliser des écrans solaires efficaces. Les dermatologues préconisent d'utiliser une protection solaire dès que l'indice UV dépasse 5 sur une échelle de 1 à 12. Lors des belles journées ensoleillées de l'été, cet indice est supérieur à 5 quasiment partout en France. Un coefficient de protection solaire SPF (*Sun Protection*



Factor) 30 indique que l'application du produit multiplie par 30 la dose d'UVB à recevoir pour attraper un coup de soleil. Un "écran total" correspond à un SPF 50+. Mais pour être efficace, l'application doit être renouvelée toutes les 2 heures, voire plus fréquemment en cas d'activité physique ou de baignade.

Les UVB sont les plus dangereux : ils sont responsables des coups de soleil et peuvent également entraîner des modifications de l'ADN de cellules profondes de la peau qui vont alors se transformer en cellules tumorales, dont la multiplication peut aboutir à des cancers de la peau.

Les cancers de la peau : le risque est-il plus élevé quand on est traité pour un RIC ?

Le mélanome est une tumeur maligne des cellules de la peau qui fabriquent la mélanine, pigment qui colore la peau et la protège des méfaits des UV. Ces mélanocytes résident dans les couches profondes de l'épiderme. Les grains de beauté résultent de la multiplication et du regroupement de mélanocytes anormaux. Le mélanome affecte plus les peaux claires que les peaux foncées, s'exposant de manière intermittente et intense (coups de soleil). Il peut résulter de la dégénérescence d'un grain de beauté mais ce n'est pas systématiquement le cas. Contrairement aux carcinomes, il a une aptitude importante à envahir les tissus au-delà de la peau (muscles, ganglions) et à se métastaser dans les organes distants (poumon, foie, cerveau).

Les dernières études ne montrent pas de risque augmenté de mélanome chez les patients sous traitement de fond synthétique ou sous anti-TNF alpha.

(1) « Un organe multi-fonction », <http://dermato-info.fr>

En revanche, le risque de cancers cutanés non mélanomes, **les carcinomes**, est plus élevé chez les patients sous anti-TNF alpha que dans la population générale, le risque relatif étant 5,5 fois plus important chez ceux qui présentent un psoriasis cutané que chez ceux qui ont une polyarthrite rhumatoïde⁽¹⁾. **Un suivi dermatologique une fois par an est donc vivement recommandé pour les patients sous anti-TNF alpha ou autre biomédicament**, permettant un diagnostic et une prise en charge précoces des éventuelles lésions cutanées. N'hésitez pas à examiner vous-même régulièrement votre peau et à en parler à votre médecin au moindre doute.

Les carcinomes cutanés sont les plus fréquents des cancers de l'adulte, surtout chez les personnes à peau claire, les **carcinomes basocellulaires** étant les plus répandus. Ces derniers touchent plutôt les personnes ayant eu des expositions solaires excessives brutales et des coups de soleil répétés depuis l'enfance. Ils n'ont qu'une malignité locale et ne produisent pas de métastases.

Les carcinomes épidermoïdes (= spinocellulaires) touchent surtout des personnes exposées au long cours toute leur vie, professionnelle en particulier (agriculteurs, marins, moniteurs de sport...). Ils engendrent rarement des métastases dans les ganglions et dans les poumons.

Les rhumatismes inflammatoires chroniques et leurs expressions cutanées

→ **Le psoriasis : une maladie de peau souvent associée à un RIC**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau qui touche environ 2 % de la population française⁽²⁾. Il survient chez des personnes génétiquement prédisposées. Il est lié à un renouvellement accéléré des kératinocytes : 3 jours au lieu de 28 jours en temps normal.

Il se traduit classiquement (mais pas exclusivement) par l'apparition sur la peau de plaques rouges recouvertes de squames blanchâtres. 20 à 30 % des malades atteints de psoriasis déclenchent la forme articulaire de la maladie : le rhumatisme psoriasique, qui appartient au groupe des spondyloarthrites. Dans 80 % des cas, les douleurs articulaires apparaissent après le psoriasis⁽³⁾. Ce lien étroit explique pourquoi, en plus des traitements locaux spécifiques, certains traitements de fond sont communs aux RIC et au psoriasis.

Selon les personnes, l'exposition au soleil ou aux UV (photothérapie) peut soit améliorer, soit aggraver les symptômes.

→ **Lupus et soleil : une association à éviter**

"Lupus" signifie "masque de loup" car cette maladie auto-immune peut se manifester par une inflammation de la peau du visage, dont la forme évoque un masque de carnaval. Elle peut s'exprimer uniquement au plan cutané, mais il existe des formes articulaires, cardiaques, rénales, neurologiques plus sévères.

L'exposition au soleil est vivement déconseillée lorsqu'on est atteint de lupus.

Une protection stricte vis-à-vis du soleil est nécessaire, même chez les malades n'ayant jamais développé de forme cutanée. En effet, l'exposition solaire entraîne chez le patient lupique une réaction excessive : une éruption au niveau des zones exposées au soleil, hors de proportion avec le degré d'exposition. Une telle réaction peut être la première manifestation de la maladie. Il faut donc éviter les bains de soleil et même la fréquentation des lieux à forte réverbération (mer, montagne), porter des vêtements qui protègent tout le corps et appliquer strictement les recommandations de protection de la peau contre les méfaits du soleil en général. ■■■➔



(1) « An increased risk of non-melanoma skin cancer during TNF-inhibitor treatment in psoriasis patients compared to rheumatoid arthritis patients probably relates to disease-related factors », P.P.M. van Lümig et al., 2015

(2) www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/psoriasis

(3) France Psoriasis, <https://francepsoriasis.org>

Les médicaments et la peau

→ Les médicaments photosensibilisants

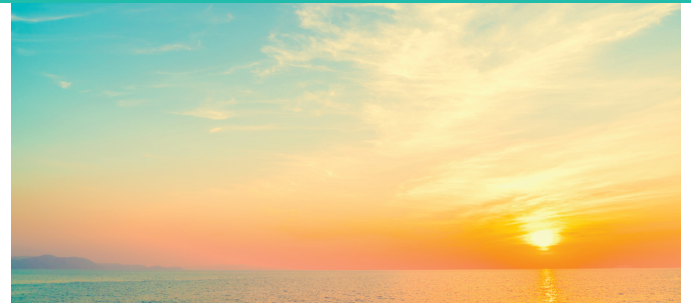
Soleil et médicaments ne font pas toujours bon ménage ; en effet, la prise de certains médicaments peut entraîner des réactions cutanées de photosensibilisation (pour en connaître la liste, aller sur www.lequotidiendumedecin.fr et taper dans le moteur de recherche « médicaments photosensibilisants » - le lien vers la liste se trouve dans le premier paragraphe). Certains d'entre eux sont plus fréquemment prescrits chez les malades atteints de RIC : anti-inflammatoires non stéroïdiens, méthotrexate, etc.

On distingue la **réaction phototoxique** (de type "coup de soleil") et la **réaction photoallergique** (petits boutons rouges de type "eczéma").

La prévention de ces désagréments consiste à éviter la prise de la molécule concernée quand cela est possible, et à se protéger du soleil (ombre, vêtements, écran 50+).

→ Les médicaments irritants au point d'injection

Certains traitements administrés par voie sous-cutanée peuvent entraîner des réactions au point d'injection : douleur, gonflement, rougeur, irritation, démangeaisons. Ce phénomène ne nécessite pas l'arrêt du traitement, quelques précautions peuvent le



réduire : porter le produit à température ambiante juste avant l'injection, appliquer du froid sur la peau une vingtaine de secondes avant d'injecter (pack réfrigérant par exemple), varier les sites d'injection et vérifier auprès d'un professionnel que la technique d'injection est bonne.

Certaines personnes sont plus sensibles à la forme seringue, d'autres à la forme stylo : discutez-en avec votre rhumatologue et testez les deux formes pour faire votre choix de mode d'injection de votre traitement.

Ne faites jamais votre injection dans une zone infectée. En cas d'infection cutanée (plaie, ampoule), ne faites pas votre injection de biomédicament et consultez votre médecin.

Si l'irritation liée à l'injection s'accompagne de phénomènes généraux, il s'agit d'une allergie, il faut avertir immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

De façon générale, si vous constatez un effet secondaire de vos médicaments, signalez-le à votre médecin sans délai ou déclarez-le directement au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV).

DÉPISTAGE DES AFFECTIONS DE LA PEAU

Un environnement défavorable (soleil, tabac, stress...) peut modifier le capital génétique des cellules cutanées, les rendant plus fragiles. Il est important d'être attentif à sa peau et d'observer ses grains de beauté.

→ Pour qui ?

Pour tout le monde et plus particulièrement pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Mais aussi pour les personnes qui présentent ces caractéristiques :

- peau claire qui bronze difficilement, les cheveux blonds ou roux
- nombreuses taches de rousseur
- nombreux grains de beauté larges (plus de 5 mm) et irréguliers
- des antécédents de mélanomes dans votre famille
- des coups de soleil sévères pendant l'enfance et l'adolescence
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire
- votre mode de vie (profession) implique des expositions solaires intenses

→ Comment ?

Commencez par examiner vous-même votre peau et sachez repérer d'éventuelles anomalies. Les grains de beauté « sains » doivent être symétriques, à bords réguliers, d'une couleur homogène et d'un diamètre stable. Toute évolution de l'un de ces critères doit vous alerter, cela ne signifie pas pour autant que vous avez un mélanome ou un carcinome, mais vous devez consulter votre dermatologue. Celui-ci réalisera un examen visuel et le cas échéant, pourra retirer le grain de beauté suspect pour analyse. Surveillez également l'apparition de nouvelles taches brunes sur votre peau.

Pour en savoir plus et prendre soin de sa peau tout au long de sa vie : <http://dermato-info.fr>

Sources : <http://dermato-info.fr>

« Le lupus en 100 questions », www.rhumatismes.net

« PR et biomédicaments : quid du risque de mélanome ? », www.rhumato.net, avril 2017

« Les cancers cutanés non mélanomes sous anti-TNF alpha sont plus fréquents au cours du traitement du psoriasis que de la PR », www.rhumato.net, septembre 2014