

Psoriasis et dépression

Psoriasis and depression

A. Chamoun¹, L. Goudetsidis¹, F. Poot^{1,2}, F. Bourdeaud'hui^{1,2} et G. Titeca¹

¹Département de Dermatologie, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies, ²Département de Dermatologie, Hôpital Erasme

RESUME

Le psoriasis est une maladie inflammatoire commune qui affecte environ 2 à 5 % de la population des pays industrialisés. Bien que l'association entre pathologies psychiatriques et dermatoses soit bien connue, le dermatologue ne détecte pas toujours la détresse psychologique de ces patients et, quand il l'identifie, il ne prend pas suffisamment en charge leur souffrance.

Les liens biologiques entre psoriasis et dépression sont maintenant bien établis. L'impact du psoriasis sur la qualité de vie (QdV) est étudié depuis de nombreuses années. Dans ce vaste domaine de la QdV, le premier problème relevé par les patients est un sentiment de stigmatisation.

Chez les patients atteints de psoriasis, la comorbidité psychiatrique est évaluée aux environs de 30 %. Dans les problèmes de peau en général, la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires sont les plus fréquentes. Plus particulièrement, la prévalence de la dépression chez les patients atteints de psoriasis varie entre 10 % et 62 % selon les études.

La détresse psychologique des patients psoriasiques n'est pas corrélée avec l'intensité des symptômes cliniques et l'amélioration des lésions cliniques ne modifie ni cette détresse, ni le mécanisme d'adaptation (coping), ni l'opinion qu'a le patient sur sa maladie de peau.

De plus, les maladies dermatologiques affectant les patients durant leur enfance ou leur adolescence auront un effet significatif sur le développement de leur personnalité. Or ces traits de personnalité auront eux-mêmes une influence sur la morbidité psychologique. Il est donc d'autant plus important d'aider les jeunes patients.

Pour aider le médecin à mieux dépister et gérer ces difficultés, nous proposons une revue des publications concernant ce domaine et une méthode pour une meilleure prise en charge de la souffrance psychique des patients souffrant de psoriasis.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 23-8

ABSTRACT

Psoriasis is a common inflammatory disease affecting 2 % - 5 % of the population of industrialized countries. Although the association between psychiatric pathologies and dermatological conditions is well known, the dermatologist fails to identify the psychological distress and when he identifies it, he doesn't take care of this suffering.

The biological links between psoriasis and depression are now well-established. The impact on the quality of life (QoL) is studied for several years. In this vast domain of the QoL, the first problem revealed by the patients is the feeling of stigmatization.

In psoriasis, the psychiatric comorbidity is estimated approximately at 30 %.

The psychiatric troubles the most associated with dermatological conditions in general are depression, anxiety and suicidal ideations. The prevalence of depression in patients with psoriasis is estimated between 10 % and 62 % according to different studies.

The patient's psychological distress is not correlated to the intensity of the clinical symptoms and the treatment does not modify either this distress, the coping mechanism, or the patient's opinion about his skin condition.

Furthermore, it is necessary to know that the dermatological diseases affecting the patients during their childhood or adolescence will have a significant effect on the formation of their personality. However, personality will have an influence on the psychological morbidity. Therefore, it is important to take care of young people.

To help the physician to recognize these difficulties, we propose a review of the literature and a method for a better management of the psychological suffering often experienced by the patients with psoriasis.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 23-8

Key words : psoriasis, depression

INTRODUCTION

Le psoriasis est une maladie inflammatoire commune qui affecte environ 2 % à 5 % de la population des pays industrialisés. Bien que ses causes ne soient pas encore entièrement élucidées, il semble évident que des facteurs génétiques et immunologiques jouent un rôle dans son développement. Par ailleurs, de récentes études révèlent que le psoriasis atteint non seulement la peau et les articulations mais qu'il est également associé à des maladies cardiovasculaires¹, métaboliques², gastro-intestinales³, oculaires⁴ et psychiatriques^{5,6}.

En ce qui concerne cette association entre les pathologies psychiatriques et les dermatoses, il semble que le dermatologue ne détecte pas toujours les patients en détresse et, quand il les identifie, il ne prend pas suffisamment en charge leur souffrance⁷. Ceci peut être mis en relation avec plusieurs facteurs : le manque de clarté dans les explications fournies par les patients, le manque de temps, la peur qu'a le patient d'être stigmatisé, le manque de connaissances des pathologies psychiatriques, et enfin la difficulté de coordination avec les psychiatres^{7,8}. Il semble en être de même en médecine générale⁹ ainsi qu'en cardiologie¹⁰. Pour aider le médecin à mieux gérer ces difficultés, nous proposons une revue des publications concernant ce domaine et une méthode pour une meilleure prise en charge psychologique des patients souffrant de psoriasis.

LIENS BIOLOGIQUES ENTRE LA DEPRESSION ET LE PSORIASIS

Dans la dépression comme dans le psoriasis, les taux sanguins d'interleukine 12 (IL12), de substance P, de *Tumor Necrosis Factor α* (TNF α), d'Interféron α et les interleukines 1 α , 2 et 6 (IL1 α , IL2 et IL6) sont augmentés alors que le taux de sérotonine est diminué. Ces changements biologiques seraient impliqués dans l'association fréquente entre la dépression et le psoriasis. Les traitements ciblés tels qu'un anti-TNF, un anti-IL 12 mais aussi un Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) permettent d'ailleurs d'améliorer non seulement le psoriasis et la qualité de vie mais également l'anxiété et la dépression¹¹⁻¹⁷.

QUALITE DE VIE

L'impact sur la qualité de vie (QdV) est étudié depuis de nombreuses années. La QdV apparaît aussi importante à évaluer que l'atteinte clinique ; les deux ne sont pas nécessairement toujours proportionnelles et la QdV semble être un reflet plus précis du ressenti des patients par rapport à leur pathologie¹⁸.

Dans ce domaine vaste de la QdV, le premier problème relevé par les patients est le sentiment de stigmatisation et le manque de confiance en soi. De plus, les patients psoriasiques ont le sentiment d'être repoussants et se sentent coupables¹⁹.

La tristesse est un des sentiments le plus souvent rapporté²⁰, surtout par les femmes et par les malades de longue durée. Celle-ci peut avoir un impact important et provoquer un isolement social, relationnel (vie affective) et professionnel. Au travail, des absences répétées peuvent provoquer des difficultés financières et éventuellement même le licenciement²¹.

Voici les questionnaires validés en français les plus utilisés pour mesurer la QdV : *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), *Short Form-36* (SF-36), *Psoriasis Disability Index* (PDI) et *Skindex 29*.

PSORIASIS, DEPRESSION ET ANXIETE

L'importance de prendre en considération les facteurs psychosociaux en pratique clinique est soulignée par de nouvelles études qui, tout en incluant le développement d'échelles d'évaluation clinique d'utilisation aisée (incorporant des échelles psychosociales), mettent l'accent sur l'amélioration lente du psoriasis en utilisant uniquement les traitements pharmacologiques et suggèrent la supériorité de l'adjonction d'une approche psychologique⁷.

La comorbidité psychiatrique est en général évaluée à 30 %²². Les pathologies psychiatriques les plus fréquentes dans les problèmes de peau sont la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires^{5,23}. La dépression est plus fréquente chez les patients ayant du psoriasis que dans d'autres pathologies dermatologiques comme le lichen plan, la dermatite atopique, l'acné et la pelade²⁴. Sa prévalence est évaluée entre 10 % et 62 % selon les études²⁵.

Cet écart important dans l'évaluation de la dépression est probablement dû à la disparité des outils de mesure de la dépression et à la différence de population cible. Il a en effet été démontré que les patients hospitalisés souffraient plus de dépression que les patients ambulants. De plus, les divorcés, les veufs, les personnes séparées et les chômeurs en sont plus atteints. Elle serait également plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et chez ceux-ci, elle serait plus fréquente avant 40 ans²⁶⁻²⁹.

Les éléments contribuant au développement de la dépression sont variés^{30,31}. Outre les facteurs biologiques, l'atteinte de la qualité de vie (incluant la stigmatisation sociale), l'importance du prurit, les manifestations articulaires et potentiellement le manque d'adhérence au traitement sont les facteurs principaux³². Bien sûr, la dépression peut aussi être préexistante et il n'est pas toujours facile d'établir le rôle de chaque facteur.

La détresse psychologique des patients psoriasiques n'est pas corrélée avec l'intensité des symptômes cliniques mesurés par le *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) et la guérison des lésions cliniques ne modifie ni cette détresse, ni le mécanisme d'adaptation, ni l'opinion qu'a le patient de

sa maladie de peau³¹.

En ce qui concerne l'anxiété, les études révèlent qu'elle est présente chez 43 % des patients³³.

Elle est régulièrement associée à la dépression, mais elle constitue également un facteur de risque coronarien. De ce fait, il est d'autant plus important de la diagnostiquer et de la traiter^{34,35}.

PSORIASIS ET DEPRESSION CHEZ L'ENFANT

Les jeunes ayant du psoriasis avant 20 ans seraient plus à risque de développer des troubles psychiatriques. En effet, il a été montré que 25 à 30 % des enfants qui ont développé un psoriasis sans antécédent psychiatrique, vont présenter une dépression, de l'anxiété ou un trouble bipolaire ultérieurement^{36,37}.

Cette maladie aura un effet significatif sur le développement de leur personnalité et en influencera la morbidité psychologique. Elle aura un impact sur l'ensemble de leur vie, sur leurs choix professionnels et affectifs. Cette nouvelle dimension est apparue récemment et est dénommée « l'effet cumulatif sur la vie » (*Cummulative Life Impairment*). Il est donc d'autant plus important de traiter les jeunes de façon holistique^{38,39}.

IDEES SUICIDAIRES

Les idées suicidaires ne sont pas rares chez les patients souffrant d'une dermatose. Elles doivent toujours être prises au sérieux et être prises en charge de façon urgente par les professionnels de la santé. A l'heure actuelle, seules quelques études ont étudié la prévalence des idées suicidaires et leur corrélation avec les maladies cutanées. Estimées entre 2,5 % et 9 %, elles sont plus fréquentes chez les jeunes, les femmes et les patients hospitalisés⁴⁰. Le risque de suicide est accru chez les patients atteints de psoriasis, de dermatite atopique et d'acné, d'autant plus qu'il existe une détresse émotionnelle, des changements de l'image corporelle, des difficultés dans les relations avec les proches et une détérioration des activités quotidiennes. D'autres facteurs de risque de suicide incluent un antécédent de tentative de suicide, des troubles mentaux ou physiques sévères, l'alcoolisme, le chômage, la perte du conjoint ou un divorce et enfin l'accès aux armes. Les médecins, tant généralistes que spécialistes, ont un rôle important à jouer dans le dépistage de ces idées suicidaires et il leur appartient de transférer ces patients vers les services de liaison psychiatrique^{41,42}.

PSORIASIS ET PRURIT

Le prurit est un symptôme des plus communs en dermatologie. Il a un impact négatif sur la QdV⁴³⁻⁴⁵. Il est rapporté par 85 % des patients, 77 % ayant du prurit quotidiennement. Des données contradictoires existent dans la littérature sur la manière dont le prurit

est corrélé à la sévérité de la maladie⁴⁶. Par contre, l'état dépressif est, lui, directement corrélé à la sévérité du prurit. Il peut être une manifestation antérieure au prurit mais peut également être secondaire à celui-ci⁴⁹. De plus, certaines recherches montrent que les antidépresseurs diminuent la sensation de prurit^{48,49}.

PSORIASIS ET TROUBLES DU SOMMEIL

Les troubles du sommeil sont fréquents. Il semble que ces troubles puissent être mis en relation non seulement avec la dépression mais également avec le prurit, la douleur et le syndrome des apnées du sommeil, lequel peut accompagner le psoriasis par le biais du syndrome métabolique⁵⁰. Le psoriasis et les perturbations du sommeil, étant fortement associés aux maladies cardiovasculaires et au syndrome métabolique, représentent tous deux des facteurs de comorbidité pour des maladies potentiellement graves⁵¹⁻⁵³.

PSORIASIS ET ALCOOL

Il existe une association significative entre anxiété, dépression et consommation d'alcool. Les patients souffrant de psoriasis sont aussi confrontés à ce problème. 18 % des patients avouent avoir des antécédents d'éthylisme et 13 % d'entre eux reconnaissent en avoir encore⁵⁴. Le lien précis entre psoriasis et alcool est encore controversé. Néanmoins, dans une étude prospective portant sur 116.671 femmes, le risque de développer un psoriasis est significativement augmenté par la consommation de bières fortes⁵⁵. Une autre explication serait que le patient consommerait de l'alcool afin de diminuer le stress engendré par son psoriasis⁵⁶.

ALEXITHYMIE

L'alexithymie correspond à l'incapacité d'exprimer les sentiments, de les décrire et de les identifier. Elle est souvent associée à la dépression majeure et aux maladies psychosomatiques. Elle peut également être associée à d'autres pathologies comme le cancer, la fibromyalgie et le diabète. En dermatologie, les études sur l'association entre le psoriasis et l'alexithymie restent controversées. Des études récentes menées notamment par Consoli *et al.*⁵⁷ et Picardi *et al.*⁵⁸ ont montré une association forte entre l'attachement évitant et la susceptibilité à l'exacerbation du psoriasis par le biais d'une régulation émotionnelle altérée^{59,60}.

PRISE EN CHARGE PAR LE DERMATOLOGUE

Il est bien établi que l'empathie vis-à-vis du patient permet de diagnostiquer plus facilement la dépression et l'anxiété⁷. Afin d'évaluer l'utilité d'approfondir la mise au point de la dépression, les experts proposent de poser deux questions :

- Vous êtes-vous senti déprimé ou triste la plupart du temps durant la période allant de une semaine jusqu'au mois écoulé ?
- Avez-vous perdu de l'intérêt pour votre travail, vos hobbies ou d'autres choses qui vous font

généralement plaisir ?

Il sera donc recommandé, si les patients répondent positivement à une des deux questions, d'utiliser des échelles de mesure de la dépression afin de définir au mieux les contours de la dépression^{7,61}. Au-delà du diagnostic, ces échelles seront également utiles pour le suivi.

Voici des échelles disponibles en français et fréquemment utilisées :

- *Primary Care Screener for Affective Disorders* (PC-SAD) se réfère au DSM IV ;
- *General Health Questionnaire - 12* (GHQ-12) ;
- *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9) ;
- *Beck Depression inventory* (BDI) ;
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) ;
- *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI).

Si l'évaluation par ces échelles révèle une dépression, il est conseillé au dermatologue comme à tout médecin en contact avec le patient de référer celui-ci aux professionnels de la santé mentale. Ces outils permettent aussi d'asseoir, vis-à-vis du patient, la nécessité de consulter un psychiatre, un dermatologue formé à la psychodermatologie, ou de l'orienter vers une prise en charge multidisciplinaire⁶².

TRAITEMENTS

Les traitements non pharmacologiques

Ces approches ne sont pas spécifiques du psoriasis et peuvent être utilisées pour d'autres maladies cutanées à composante psychosomatique. Peu d'études contrôlées existent dans ce domaine et aucun traitement ne peut être démontré comme étant supérieur à un autre mais la thérapie cognitivo-comportementale et les techniques ayant pour but de réduire le stress (*biofeedback, relaxation, guided imagery*) semblent adéquates pour agir sur les facteurs émotionnels et réduire le stress⁶³. Des études sur l'hypnose et sur le conditionnement pavlovien classique ont également montré quelques bons résultats^{64,65}. De même, le dysfonctionnement familial, souvent présent, pourrait être pris en charge en thérapie familiale⁶².

La prise en charge par un groupe de support dermatologique dans lequel les intervenants médicaux et paramédicaux agissent de manière coordonnée, semble prometteuse mais encore peu répandue et peu étudiée dans le cadre du psoriasis, alors qu'elle a fait ses preuves dans la dermatite atopique (*Atopy School*)⁶⁶. Les auteurs de cet article ont dès à présent créé un trajet thérapeutique multidisciplinaire pour ces patients. Ils espèrent pouvoir en publier les résultats dans le futur mais sont déjà impressionnés par les changements individuels constatés.

Les traitements pharmacologiques^{49,50,67,68}

Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont efficaces pour diminuer l'anxiété, le stress et la tension.

Les Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)

Ils représentent le premier choix chez les patients psychosomatiques pour le traitement de la dépression mais sont également efficaces pour traiter l'anxiété chronique. Les ISRS incluent la sertraline (Serlain®), la fluoxétine (Prozac®), la paroxétine (Seroxat®), l'escitalopram (Sipraléxa®) et le citalopram (Cipramil®). La réponse clinique est progressive car elle ne commence que deux à trois semaines après l'atteinte du dosage optimal et peut encore prendre quelques semaines supplémentaires pour atteindre l'effet thérapeutique optimal. S'il n'y a pas d'amélioration clinique après six à huit semaines, la prescription d'une autre molécule comme la vanlafaxine (Effexor®) et le bupropion (Wellbutrin®) doit être envisagé.

La doxépine (Sinequan®)

La doxépine (Sinequan®) a un effet anti-dépresseur et antiprurigineux. C'est la molécule de choix pour les excoriations névrotiques. Il faut cependant faire attention à ses effets secondaires : cardiaques (prolongement de l'intervalle QT, bloc auriculo-ventriculaire), hypotension, prise de poids, effets anticholinergiques.

La buspirone (Buspar®)

La buspirone (Buspar®) est généralement bien tolérée et recommandée pour l'anxiété réactionnelle, notamment les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et le syndrome de stress post-traumatique.

Les anti-TNF et les anti-IL12/IL23

Ces molécules ont montré leur efficacité dans le traitement du psoriasis. Elles améliorent également les symptômes d'anxiété, de dépression et la qualité de vie chez les patients ayant un psoriasis modéré à sévère¹⁵⁻¹⁷. De plus, on a montré que si l'escitalopram (Sipraléxa®) était ajouté aux anti-TNF, on atténuait la perception des symptômes et on augmentait la qualité de vie et la compliance au traitement¹⁸.

CONCLUSION

A travers cette revue de littérature, nous avons voulu sensibiliser les médecins des différentes spécialités et les dermatologues, à l'importance de la dépression chez les patients atteints de psoriasis. Nous avons également souhaité apporter des outils et des pistes thérapeutiques pour prendre en charge de façon plus complète ces patients en grande souffrance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Armstrong EH, Harskamp CT, Armstrong AW : Psoriasis and Major Adverse Cardiovascular Events : A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *J Am Heart Assoc* 2013 ; 2 : e000062
2. Cohen AD, Gilutz H, Henkin Y *et al.* : Psoriasis and the Metabolic Syndrome. *Acta Derm Venereol* 2007 ; 8 : 506-9
3. Skroza N, Proietti I, Pampena R *et al.* : Correlations between Psoriasis and Inflammatory Bowel Diseases. *Biomed Res Int* 2013 : ID 983902
4. de Azevedo Fraga NA, de Fátima Paim de Oliveira M, Follador I, de Oliveira Rocha B, Rég VR, Bras A : Psoriasis and uveitis : a literature review. *Dermatol* 2012 ; 87 : 877-83
5. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ : Psychiatric morbidity in psoriasis : a review. *Australas J Dermatol* 2004 ; 45 : 155-9 ; quiz 160-1
6. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM *et al.* : National Psoriasis Foundation - clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *Am Acad Dermatol* 2008 ; 58 : 1031-42
7. Richards HL, Fortune DG, Weidman A, Sweeney SKT, Griffith CEM : Detection of psychological distress in patients with psoriasis : low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol* 2004 ; 151 : 1227-33
8. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Main CJ, Griffiths CE : Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *Dermatol* 2004 ; 151 : 1219-26
9. Stromberg R, Wernering E, Aberg-Wistedt A, Furhoff A-K, Johansson S-E, Backlund LG : Screening and diagnosing depression in women visiting GPs' drop in clinic in Primary Health Care BMC. *Family Practice* 2008 ; 9 : 34
10. Rustad JK, Stern TA, Hebert KA, Musselman DL : Diagnosis and Treatment of Depression in Patients With Congestive Heart Failure : A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013 ; 15 : 4
11. Thorslund K, Amatya B, Dufva AE, Nordlind K : The expression of serotonin transporter protein correlates with severity of psoriasis and chronic stress. *Arch Dermatol Res* 2013 ; 304 : 99-104
12. Rieder E, Tausk F : Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease : psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012 ; 51 : 12-26
13. Misery L : Dépression et psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2012 ; 139 : 553-7
14. Langley RG, Feldman SR, Han C *et al.* : Ustekinumab significantly improves symptoms of anxiety, depression, and skin-related quality of life in patients with moderate-to-severe psoriasis : Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial. *J Am Acad Dermatol* 2010 ; 63 : 457-65
15. Menter A, Augustin M, Signorovitch J *et al.* : The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis : A randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2010 ; 62 : 812-8
16. Bos JD, de Korte J : Effects of etanercept on quality of life, fatigue, and depression in psoriasis. *Lancet* 2006 ; 367 : 6-7
17. D'Erme AM, Zanieri F, Campolmi E *et al.* : Therapeutic implications of adding the psychotropic drug escitalopram in the treatment of patients suffering from moderate - severe psoriasis and psychiatric comorbidity : a retrospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012 (Epub ahead of print)
18. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B : Quality of Life and Work Productivity Impairment among Psoriasis Patients : Findings from the National Psoriasis Foundation Survey Data 2003-2011. *PLOS ONE* 2012 ; 7 : e52935
19. Hrehorow E, Salomon J, Matuziak L, Reich A, Szepletowski JC : Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012 ; 92 : 67-72
20. Samponia F, Tabolli S, Abeni D, and the IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators : Living with Psoriasis : Prevalence of Shame, Anger, Worry, and Problems in Daily Activities and Social Life. *Acta Derm Venereol* 2012 ; 92 : 299-303
21. Janowski K, Steuden S, Pietrzak A *et al.* : Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2012 ; 304 : 421-32
22. Gupta MA, Gupta AK : Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders : epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003 ; 4 : 833-42
23. Picardi A, Lega I, Tarolla E : Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol* 2013 ; 31 : 47-56
24. Akay A, Pekcanlar A, Ebozdogan K, Altintas L, Karaman A : Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2002 ; 16 : 347-52
25. Hayes J, Koo J : Psoriasis : depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010 ; 23 : 174-80
26. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M *et al.* : Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis : A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatol Res Practice* 2012 : 381905
27. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM : The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis : A Population-Based Cohort Study. *Arch Dermatol* 2010 ; 46 : 891-5
28. Dominguez PL, Han J, Li T, Ascherio A, Qureshi AA : Depression and the risk of psoriasis in US women. *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2013 ; 27 : 1163-7
29. Schmitt J, Ford DE, Schmitt J, Ford DE : Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis : a structural equations modeling approach. *General Hospital Psychiatry* 2007 ; 29 : 134-40
30. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S : An Italian Study on Psoriasis and Depression. *Dermatology* 2006 ; 212 : 123-7
31. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Main CJ, Griffiths CE : Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *Br J Dermatol* 2004 ; 151 : 1219-26
32. Hayes J, Koo J : Psoriasis : depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010 ; 23 : 174-80
33. Hayes J, Koo J : Psoriasis : depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010 ; 23 : 174-80
34. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D ; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators : Living with psoriasis : prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol* 2012 ; 92 : 299-303
35. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ : Psychiatric morbidity in psoriasis : a review. *Australas J Dermatol* 2004 ; 45 : 155-9

36. Remröd C, Sjöström K, Svensson A : Psychological differences between early- and late-onset psoriasis : a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol* 2013 ; 169 : 344-50
37. Kimball AB, Wu EQ, Guérin A *et al.* : Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2012 ; 67 : 651-7
38. Mizara A, Papadopoulos L, McBride SR : Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care : the role of schemas in chronic skin disease. *Br J Dermatol* 2012 ; 166 : 986-93
39. Kimball AB, Gieler U, Linder D *et al.* : Psoriasis : is the impairment to a patient's life cumulative ? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010 ; 24 : 989-1004
40. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P : Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* 2006 ; 54 : 420-6
41. Picardi A, Lega I, Tarolla E : Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol* 2013 ; 31 : 47-56
42. Gupta MA, Gupta AK : Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998 ; 139 : 846-50
43. Reich A, Szepietowski JC : Mediators of pruritus in psoriasis. *Mediators Inflamm* 2007 ; 64727
44. Szepietowski JC, Reich A, Wisnicka B : Pruritus and psoriasis. *Br J Dermatol* 2004 ; 151 : 1284
45. Yosipovitch G, Goon A, Wee J, Chan YH, Goh CL : The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. *Br J Dermatol* 2000 ; 143 : 969-73
46. Papp KA, Langley RG, Lebwohl M *et al.* : Study investigators Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis : 52-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 2). *Lancet* 2008 ; 371 : 1675-84
47. Gupta MA, Gupta AK : Depression modulates pruritus perception. A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. *Ann N Y Acad Sci* 1999 ; 885 : 394-5
48. Koo J, Lebwohl A : Psychodermatology : the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001 ; 64 : 1873-8
49. Koo JY : Psychotropic agents in dermatology. *Dermatol Clin* 1993 ; 11 : 215-24
50. Gowda S, Goldblum OM, McCall WV, Feldman SR : Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2010 ; 63 : 114-23
51. Azfar RS, Gelfand JM : Psoriasis and metabolic disease : epidemiology and pathophysiology. *Curr Opin Rheumatol* 2008 ; 20 : 416-22
52. Christophers E : Comorbidities in psoriasis. *Clin Dermatol* 2007 ; 25 : 529-34
53. Gottlieb AB, Dann F, Menter A : Psoriasis and the metabolic syndrome. *J Drugs Dermatol* 2008 ; 7 : 563-72
54. Kirby B, Richards HL, Mason DL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CEM : Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2008 ; 158 : 138-40
55. Qureshi AA, Dominguez PL, Choi HK, Han J, Curhan G : Alcohol intake and risk of incident psoriasis in US women : a prospective study. *Arch Dermatol* 2010 ; 146 : 1364-9
56. Vincenti GE, Blunden SM : Psoriasis and alcohol abuse. *J R Army Med Corps* 1987 ; 133 : 77-8
57. Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, Misery L : Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology* 2006 ; 212 : 128-36
58. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P *et al.* : Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005 ; 46 : 556-64
59. Willemssen R, Roseeuw D, Vanderlinden J : Alexithymia and dermatology : the state of the art. *Int J Dermatol* 2008 ; 47 : 903-10
60. Devrimci-Ozguven H, Kundakci N, Kumbasar H, Boyvat A : The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *JEADV* 2000 ; 14 : 267-71
61. Picardi A, Adler DA, Abeni D *et al.* : Screening for depressive disorders in patients with skin diseases : a comparison of three screeners. *Acta Derm Venereol* 2005 ; 85 : 414-9
62. Poot F, Sampogna F, Onnis L : Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007 ; 21 : 227-34
63. Oostveen AM, Spillekom-van Koulil S, Otero ME, Klompmaaker W, Evers AW, Seyger MM : Development and design of a multidisciplinary training program for outpatient children and adolescents with psoriasis and their parents. *J Dermatolog Treat* 2013 ; 24 : 60-3
64. Shenefelt PD : Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology : is it all in your mind ? *Dermatol Ther* 2003 ; 16 : 114-22
65. Shenefelt PD : Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol* 2000 ; 136 : 393-9
66. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M *et al.* : Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents : multicenter, randomised controlled trial. *BMJ* 2006 ; 332 : 933-8
67. Wong JW, Koo JY : Psychopharmacological therapies in dermatology. *Dermatol Online J* 2013 ; 19 : 18169
68. Gupta MA, Gupta AK : The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2001 ; 15 : 512-8

Correspondance et tirés à part :

G. TITECA
 Clinique Notre-Dame de Grâce
 Département de Dermatologie
 Chaussée de Nivelles 212
 6041 Gosselies
 E-mail : titecag@gmail.com

Travail reçu le 27 février 2014 ; accepté dans sa version définitive le 15 juillet 2014.