



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

⁸ Dermatologie, cabinet libéral, La Varenne Saint-Hilaire

⁹ Dermatologie, cabinet libéral, Paris

¹⁰ Dermatologie, CHIPS, Saint-Germain en Laye

¹¹ Dermatologie, cabinet libéral, Nancy

¹² Emma Clinic, Fontenay-sous-Bois

¹³ Dermatologie, polyclinique Courlancy, Reims, France

* Auteur correspondant.

Introduction Certains traitements systémiques et biologiques (TSB) du psoriasis sont associés à un sur-risque infectieux. Il existe peu de données concernant le risque d'infection à SARS-CoV-2 chez ces patients.

Matériel et méthodes Nous avons voulu évaluer la fréquence des formes graves de COVID-19 (hospitalisation ou décès) chez nos patients psoriasiques sous TSB, et plus particulièrement dans les 4 mois suivant leur initiation. Étude multicentrique nationale transversale, incluant les patients adultes, sous TSB pour du psoriasis, vus en consultation ou téléconsultation entre le 27 avril et le 7 mai 2020. Étaient colligés : sexe, âge, traitement, période de traitement (initiation : 4 premiers mois ou entretien), poursuite ou non au cours de l'épidémie, comorbidités exposant à une forme grave de COVID (obésité, HTA, diabète), présence depuis le début de l'épidémie d'un tableau clinique de COVID, confirmation le cas échéant par PCR et hospitalisation.

Résultats Un total de 1418 patients étaient inclus dont les caractéristiques sont précisées dans le tableau. 22,4 % des patients sous traitement systémique et 13,8 % de ceux sous biologique ont arrêté leur traitement au cours de l'épidémie. Cinq patients ont été hospitalisés pour un tableau de COVID-19 : une femme de 27 ans, obèse et atteinte d'une maladie de Crohn sous adalimumab, un homme de 36 ans sous guselkumab, un homme de 53 ans sous méthotrexate, dont 2 patients en réanimation : une femme de 71 ans, obèse sous méthotrexate et étanercept, un homme de 34 ans obèse sous ustekinumab. Aucun décès n'était rapporté. La fréquence des cas selon le traitement est précisée dans le tableau 2.

Discussion Dans notre étude, 0,35 % des patients ont présenté une forme grave de COVID-19 nécessitant une hospitalisation, dont 60 % présentait d'autres facteurs de risque de forme grave. Deux patients ont été hospitalisés en début d'épidémie car le TSB était alors considéré comme à risque de forme grave de COVID-19. Nos données sont similaires aux données italiennes, ne trouvant pas sur-risque d'hospitalisation en réanimation et décès chez les patients sous traitement biologique pour du psoriasis par rapport à la population générale. Il n'y a pas de différence significative du nombre de formes graves de COVID-19 selon que le patient soit en phase d'initiation ou d'entretien du traitement, test de Fisher $p=0,58$, OR = 1,29 [95 %CI 0,03–13,4]. Les limites de cette étude sont l'absence de groupe contrôle et de confirmation par PCR de l'ensemble des cas probables. Notre étude ne met pas évidence de sur-risque de forme grave de COVID-19 chez les patients en phase d'initiation de TSB par rapport au traitement d'entretien. Ces éléments permettent d'envisager, au cas par cas, la reprise des initiations des traitements pour les formes sévères de psoriasis dans le contexte de circulation persistante du SARS-CoV-2.

Mots clés Biothérapie ; COVID-19 ; Psoriasis

Annexe B Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible en ligne sur : <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.101>.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.101>

CO 097

Infection à SARS-CoV-2 et biomédicaments : étude multicentrique française de 7808 patients



P. Bataille^{1,*}, A. Amiot², P. Claudépierre^{1,3}, N. Paris⁴, A. Neuraz^{5,6}, I. Lerner^{5,7}, N. Garcelon^{5,8}, B. Rance^{5,9}, O. Grisel¹⁰, T. Moreau¹⁰, M. Berneaux¹¹, E. Audureau¹², E. Sbidian^{1,13}, et AP-HP/Universities/Inserm COVID-19 research collaboration et 'Entrepôt de Données de Santé' AP-HP consortium

¹ EA 7379 EpiDermE, université Paris Est Créteil

² Gastro-enterologie

³ Rhumatologie, hôpital Henri-Mondor, Créteil

⁴ Département WIND, AP-HP

⁵ Inserm, UMRS, Sorbonne Université

⁶ Département d'informatique médicale

⁷ Département d'informatique médicale, hôpital Necker-Enfants Malades

⁸ Institut Imagine, université Paris Descartes—université de Paris

⁹ Département d'informatique médicale, hôpital Européen

Georges-Pompidou

¹⁰ Inria, CEA, Université Paris-Saclay

¹¹ Direction de la stratégie et de la transformation, AP-HP, Paris

¹² Inserm U955, institut Mondor de recherche biomédicale (IMRB), équipe CEpiA (clinical epidemiology and Ageing), Université Paris Est Créteil (UPEC)

¹³ Dermatologie, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

* Auteur correspondant.

Introduction Les formes sévères d'infection à SARS-CoV-2 sont liées à une importante réponse inflammatoire. Certains biomédicaments (BM) sont en cours d'évaluation dans des essais thérapeutiques avec pour rationnel cet orage cytokinique. À l'inverse, nous pouvons nous interroger sur le risque d'infection à SARS-CoV-2 chez les patients au long cours sous BM. L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'impact de la prise d'un biomédicament sur le taux d'hospitalisation, de passage en réanimation (ICU) et de décès chez les patients sous BM atteints d'une infection à SARS-CoV-2.

Matériel et méthodes Étude de cohorte rétrospective multicentrique à partir des données médico-administratives de l'Entrepôt de Données de Santé (EDS) de l'APHP. L'ensemble des patients recevant un BM (anti-TNF, anti-IL-12/23, anti-IL-17 ou anti-intégrine) était inclus. Les événements d'intérêt étaient la survenue d'une hospitalisation, d'un séjour en ICU ou d'un décès dans le cadre d'une infection à SARS-CoV-2 (confirmée par RT-PCR ou TDM thoracique) entre le 01/02 et le 22/04/20. Le risque d'hospitalisation/ICU/décès était évalué selon la méthodologie du Ratio de Morbidité/Mortalité Standardisé (SMR) en calculant le rapport entre le nombre observé et le nombre attendu. Le nombre attendu d'hospitalisation/ICU/décès était calculé en appliquant le taux d'hospitalisation/ICU/décès à SARS-CoV-2 de la population d'Ile-de-France (par tranche âge de 20 ans et sexe) au nombre de personnes sous BM dans la sous-classe correspondante de la même source de données (données EDS de l'AP-HP).

Résultats Un total de 7 808 patients (âge médian 45 ans, 51 % de femmes) étaient inclus, dont 48 avec un diagnostic d'infection à SARS-CoV-2, 19 (40 %) hospitalisés, 4 (8 %) en ICU et 1 décès. En comparaison avec la population d'Ile-de-France, les taux d'hospitalisation et d'ICU étaient significativement élevés chez les patients sous BM avec SR = 2,19, 95 %CI 1,32–3,42, $p < 0,001$ et SR = 6,04, 95 %CI 1,62–15,45, $p < 0,001$ respectivement, significativement observés chez les [20–40]. Cependant, une analyse post-hoc suggérait que les SR d'hospitalisation et d'ICU étaient surestimés, un retour aux comptes rendus mettant en évidence une poussée de la pathologie sous-jacente comme principal motif d'hospitalisation chez les [20–40] et non une infection à SARS-CoV-2 nécessitant une hospitalisation ou un passage en ICU. Aucun sur-risque de mortalité n'était mis en évidence.

Discussion À partir d'une large base de données, notre étude a permis de confirmer que les taux d'hospitalisation, de passage en ICU et de mortalité n'étaient pas augmentés chez les patients sous BM. Nos résultats concordent avec les différentes études publiées dans la littérature (Haberman et al., Favalli et al., ou Sanchez-Piedra et al.). Ces résultats plaident pour un maintien des BM en période d'épidémie de virus SARS-CoV-2 pour éviter la rechute des pathologies inflammatoires de fond.

Mots clés Biomédicaments ; Épidémiologie ; SARS-CoV-2

Annexe B Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible en ligne sur : <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.102>.

Déclaration de liens d'intérêts P. Bataille déclare ne pas avoir de liens d'intérêts, A. Amiot a un conflit d'intérêt avec Abbvie, Hospira, Takeda, Gilead, Adaclyte, Tillotts, Biocodex, Abbvie, Janssen, Biocodex, Hospira, Ferring, Takeda, et MSD, P. Claudepierre a un conflit d'intérêt avec Abbvie, Pfizer, Roche-Chugai Bristol-Myers Squibb, MSD, UCB, Novartis, Janssen, Lilly, Celgene, Roche Chugai, Sanofi Aventis, Celgene, Pfizer, MSD, Novartis et BMS., N. Paris, A. Neuraz, I. Lerner, N. Garcelon, B. Rance, O. Grisel, T. Moreau, M. Berneaux, E. Audureau, E. Sbidian déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.102>

CO 098

Facteurs de risque de pneumocystose chez les patients traités par inhibiteurs de checkpoint immunitaire et corticostéroïdes



B. Demarez*, F. Amatore, N. Malissen, C. Gaudy, J.-J. Grob, M.-A. Richard

Dermatologie, département de dermatologie, CHU Marseille, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Introduction La pneumocystose (PMC) est une infection opportuniste pulmonaire à *Pneumocystis jirovecii* (JC). De nos jours, elle concerne préférentiellement les patients atteints de cancer et tous ceux traités par immunosuppresseurs, avec au premier rang les corticostéroïdes (CST). Or, les inhibiteurs de checkpoint immunitaire (ICI) se développent en cancérologie, et la gestion de leurs effets indésirables auto-immuns (EIAI) fait appel aux CST. Notre objectif était d'identifier les facteurs de risque de PMC grave chez les patients sous ICI et CST.

Matériel et méthodes Étude descriptive, rétrospective, monocentrique entre octobre 2018 et décembre 2019. Les patients inclus avaient été traités par ICI (simple ou double) pour un cancer cutané, et par CST soit pour EIAI, soit en traitement de métastases cérébrales. Les patients ayant reçu moins de 3 mois d'ICI ou moins de 3 semaines de CST étaient exclus. Le diagnostic de PMC devait être prouvé par une PCR positive dans les crachats ou dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire.

Résultats Parmi 272 patients sous ICI, 58 ont été traités par CST. Leurs caractéristiques sont résumées dans le [tableau](#). L'âge médian était de 67 ans, avec prédominance masculine de 60 % ; 97 % étaient traités par ICI pour un mélanome, et 3 % pour un cancer épidermoïde ; 62 % ont reçu une double ICI versus 38 % une ICI simple et 11 % avaient reçu également de l'inflximab. Trois patients ont développé une PMC grave dont 2 en sont décédés, avec un délai médian entre CST et PMC de 3 mois. Sur les 3 patients avec PMC, tous présentaient une lymphopénie < 1G/L (versus 41 % des patients indemnes de PMC) et 1 patient avait un antécédent de maladie pulmonaire chronique. Les autres caractéristiques ne semblaient pas différentes entre le groupe de patients atteints et le groupe de patients indemnes de PMC.

Discussion Des cas de PNC sous ICI et CST ont déjà été rapportés dans la littérature, principalement dans le cancer du poumon sous

anti-PD1, mais aussi dans le mélanome sous anti CTLA-4 et immunosuppresseurs (CST et inflximab) utilisés pour stopper les EIAI des ICI. Les CST inhibent toutes les voies de l'immunité nécessaires à l'éradication de PJ mais nous ne connaissons pas le rôle de la voie PD1/PDL1 dans l'immunité anti-PMC. Les deux facteurs que sont la lymphopénie sévère et les antécédents de maladie pulmonaire chronique étaient attendus, et connus de la littérature mais l'effectif faible de notre étude ne permet pas de conclure à un lien statistique. Cependant, la gravité de la maladie versus un traitement prophylactique connu et bien toléré remet en cause l'intérêt d'une prophylaxie systématique chez les patients à risque.

Conclusion Les patients avec lymphopénie < 1G/L, et ceux ayant un antécédent de maladie pulmonaire chronique semblent à risque de développer une PMC. Cette étude rappelle l'intérêt d'une prophylaxie par cotrimoxazole chez ces patients.

Mots clés Corticostéroïdes ; Inhibiteurs de check point ; Pneumocystose

Annexe B Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible en ligne sur : <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.103>.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.103>

CO 099

Risque infectieux à fort impact des nouvelles thérapeutiques immunomodulatrices dans le psoriasis.



Étude de cohorte de 48 476 patients à partir des données du SNDS

L. Penso^{1,*}, R. Dray-Spira¹, A. Weill¹, M. Zureik¹, E. Sbidian²

¹ Gis EpiPhare, Saint Denis

² Département de dermatologie, hôpitaux universitaires Henri-Mondor, EpiDerme, Créteil, France

* Auteur correspondant.

Introduction Les biothérapies (BM) et l'aprémilast (APRE) sont indiqués dans le cadre du psoriasis de formes sévères à modérées en cas de contre-indication ou d'échec des traitements systémiques non biologiques. Ces traitements sont les anti-TNFalpha (étanercept ETA, infliximab INF, adalimumab ADA, certolizumab CERTO), l'anti-IL12/23 (ustékinumab UST), les anti-IL17 (sécukizumab SECU, ixékizumab IXE, brodalumab BRODA) et les anti-IL23 (guselkumab GUS, risankizumab). Peu de données concernant le risque d'infection grave sont disponibles sur les biomédicaments les plus récents (anti-IL17 et anti-IL23).

Matériel et méthodes La population adulte psoriasique a été sélectionnée entre 01/2008 et 05/2019 à partir des données de remboursement et d'hospitalisation du Système national des données de santé (SNDS). Le psoriasis était défini par la délivrance de 2 traitements topiques à base de vitamine D sur une période de 2 ans. Étaient inclus les nouveaux utilisateurs de BM ou d'APRE (sans aucune délivrance de ces traitements dans l'année précédente). La date de 1ère délivrance était retenue comme date index. La survenue d'une infection grave (nécessitant une hospitalisation) durant le suivi était comparée selon l'exposition par un modèle de Cox multivarié ajusté sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, l'accès à une couverture maladie universelle complémentaire) et médicales (co-morbidités cardiovasculaires, pulmonaires, hépatiques, rénales, rhumatisme inflammatoire, maladies inflammatoires chroniques des intestins, cancer et co-prescriptions).

Résultats Au total, 48 476 patients psoriasiques (62 %) étaient des nouveaux utilisateurs (17 300 ADA, 10 578 ETA, 3405 INF, 1135 CERTO, 7261 UST, 3434 SECU, 838 IXE, 194 BRODA, 569 GUS et 3761 APRE) âgés de 49 (± 14) ans, 52 % étaient des hommes, et le suivi moyen de 1,5 (± 1,3) années. Le taux d'incidence des infec-