

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

Pour une meilleure compréhension de l'ongle psoriasique au cours de l'atteinte rhumatismale

RÉSUMÉ : Récemment, le psoriasis unguéal s'est hissé aux plus hauts niveaux de la pathologie rhumatismale et dermatologique par cette atteinte commune de la maladie psoriasique. Celle-ci déclenche parfois des douleurs et limite l'activité quotidienne de la moitié des sujets affectés tandis qu'elle inflige des problèmes cosmétiques chez la plupart d'entre eux.

La dystrophie unguéale des patients psoriasiques peut être un indicateur de l'implication progressive de la phalange distale, et ces malades présentent un risque accru d'arthrite psoriasique au cours de leur vie. L'arthrite psoriasique survient habituellement chez les patients ayant déjà un passé ou des lésions cutanées coexistantes. Dans 70 % des cas, la survenue de l'atteinte cutanée précède celle de l'arthrite tandis que celle-ci ne devance la maladie cutanée que dans 15 % des cas, les deux n'apparaissant simultanément que dans les 15 % restants.

Nous proposons une classification originale des modifications unguéales observées dans l'arthrite psoriasique périphérique: 1) psoriasis arthropathique sans manifestation cutanée ni unguéale; 2) psoriasis avec ongles et articles cliniquement normaux; 3) onychopathie psoriasique avec ou sans psoriasis cutané et articles cliniquement normaux; 4) arthropathie psoriasique clinique avec enthésopathie; 5) arthropathie psoriasique clinique avec modifications osseuses.

Nous pensons que le diagnostic de psoriasis arthropathique représente un défi médical permanent et que le dermatologiste est le mieux placé pour l'identifier à son stade initial et offrir au patient le bénéfice des traitements actuels.



→ R. BARAN
CANNES.

On sait que la maladie unguéale est une des manifestations caractéristiques du large spectre présenté par le psoriasis. Curieusement, elle est plus marquée au cours du psoriasis arthropathique (PsA). Comprendre son mécanisme est essentiel pour envisager une thérapeutique adéquate instaurée dans les meilleurs délais.

On doit à Fournié [1], Mc Gonagle [2] et d'autres encore d'avoir défendu un nouveau concept: l'ongle doit être considéré comme une annexe ostéomusculaire où les enthèses occupent une place primordiale. On définit l'enthèse comme

le siège de l'insertion osseuse d'un tendon, d'un ligament ou d'une capsule articulaire. Cette structure porte le nom d'organe enthésique, et ses rapports avec la tablette unguéale sont très étroits puisque ses fibres semblent l'amarrer à l'os [3]. D'ailleurs, au cours du PsA, l'IRM affiche un épaississement de l'enthèse du tendon extenseur [2, 4].

Chez les patients ayant une atteinte cutanée et articulaire, le rhumatisme psoriasique précède l'atteinte cutanée dans 15 % des cas et, dans 70 % des cas, l'atteinte cutanée apparaît la première; dans 15 % des cas, les deux localisations sont synchrones [5]. L'atteinte unguéale

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

est devenue un élément du diagnostic de rhumatisme psoriasique dans les classifications récentes.

L'ongle psoriasique est une maladie fréquente, responsable non seulement de phénomènes douloureux et d'une limitation des activités de la vie quotidienne chez la moitié des patients mais également de problèmes cosmétiques chez la plupart d'entre eux [6].

Cette maladie unguéale témoigne d'une atteinte inflammatoire profonde qui peut se manifester sous différentes formes que nous avons classées en cinq grands types résumés dans un poster présenté au *Nordic Congress of Dermato-Venereology* à Tampere, Finlande [7].

1. Psoriasis arthropathique sans manifestation cutanée ni unguéale

On sait que 15 % à 20 % des patients peuvent avoir une maladie articulaire précédant le psoriasis cutané et l'atteinte unguéale [8, 9]. Si un psoriasis discret peut être méconnu, la présence d'un psoriasis visible n'est cependant pas indispensable pour porter le diagnostic de PsA. En effet, les antécédents du sujet et une histoire familiale de psoriasis sont suffisamment éloquentes. Une grossesse ou une corticothérapie orale au cours des 2 années précédant le diagnostic de PsA accroît son risque d'apparition. Enfin, le processus inflammatoire atteignant les articulations périphériques peut provoquer des lésions sans signes cliniques d'arthrite [10].

2. Psoriasis cutané avec ongles et articles cliniquement normaux

Chez la majorité des patients avec PsA, le début du psoriasis précède la survenue de la symptomatologie articulaire d'environ 10 ans [11, 12].

La découverte d'images enthésiques anormales chez des patients psoriasiques aux ongles cliniquement normaux va dans le sens des travaux de Mc Gonagle

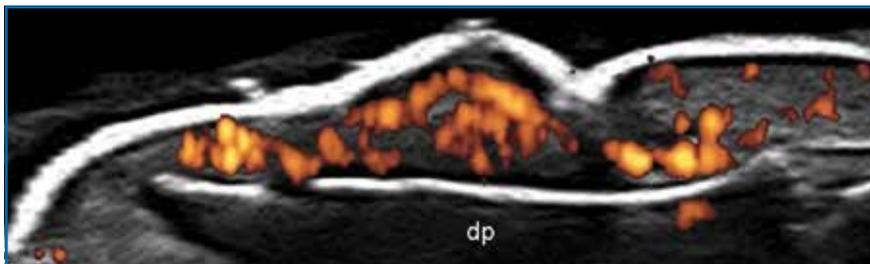


FIG. 1 : L'échographie montre un psoriasis en activité (grâce au Doppler en couleur). Il existe un épaissement du lit unguéal et une perte de la définition de la partie ventrale de la tablette. dp = phalange distale. (coll. X. Wortsman, Chili).

[2]. En effet, la sonographie permet de détecter des enthésopathies infracliniques (10 ongles sur les 169 examinés par Aydin [4]), tandis qu'elle révèle chez les patients de Gisondi [13] un épaissement de la tablette et du lit (**fig. 1**). Mais dès 1976, Namey et Rosenthal [14] avaient décelé pour la première fois, à la scintigraphie, une distribution péri-articulaire des isotopes en l'absence de toute symptomatologie articulaire.

Enfin, malgré l'absence d'onychopathie associée au psoriasis cutané de leurs patients, Soscia *et al.* [15] ont montré l'existence d'images caractéristiques d'œdème de la moelle osseuse de la phalange distale à l'IRM.

3. Onychopathie psoriasique avec ou sans atteinte cutanée et articles cliniquement normaux

Les formes isolées de psoriasis des ongles s'observent chez 5 à 10 % des sujets [16], tandis que l'atteinte unguéale au cours du psoriasis touche 50-70 % des patients avec une incidence de 80-90 % au cours de la vie. Ces patients présentent un accroissement du risque d'arthrite par comparaison avec ceux dépourvus d'atteinte unguéale [10].

Il semble que l'onychopathie psoriasique affecte avec prédilection le pouce de la main dominante, puis les ongles des doigts le plus souvent responsables d'une fonction spécifique de la main [17]. Dans une étude portant sur

1 728 patients [6], 52 % se plaignent de douleurs consécutives aux altérations unguéales et 59 % accusaient une limitation de leur activité quotidienne, en particulier en rapport avec leur profession dans 48 % des cas. Enfin, l'aspect esthétique pénalisait 93 % des malades. C'est dire l'importance que revêt la localisation unguéale et l'intérêt que nous attachons à l'utilisation du NPQ10, un indice spécifique de l'ongle psoriasique [18] évaluant la qualité de vie. À l'ultra-sonographie, un épaissement du tendon extenseur [4], du lit unguéal [19] et l'atteinte infraclinique des articulations distales au cours du PsA s'accompagnent habituellement d'onycholyse [20] (**fig. 2**). L'IRM peut également détecter une hyperkératose, parfois asymétrique de la tablette [14, 16].

Les variétés cliniques sont directement corrélées à l'origine de l'atteinte anatomique du psoriasis: elles se révèlent transitoires lorsqu'elles sont matricielles, mais pérennes lorsqu'elles atteignent le lit unguéal et/ou l'hyponychium. Les premières affichent des dépressions



FIG. 2 : Onycholyse avec érythème proximal.



Fig. 3 : Hyperkératose sous-unguéale.



Fig. 4 : Ongle de Hench-Bauer (psoriasis du repli sus-unguéal, onychose, arthrite de l'interphalangienne distale).

ponctuées, des sillons transversaux, une leuconychie, une trachyonychie et une rougeur marbrée de la lunule. Les secondes, chroniques, se composent d'onycholyse, de taches saumonées et d'hyperkératose sous-unguéale (fig. 3) auxquelles on peut ajouter les hématomes filiformes. D'une part, la paronychie et, d'autre part, l'ongle de Hench-Bauer (fig. 4) qui associe un psoriasis du repli sus-unguéal, une onychose et une arthrite de l'interphalangienne distale méritent une place à part dans le continuum de l'arthropathie psoriasique.

4. Arthropathie psoriasique clinique avec enthésopathie

Les patients psoriasiques avec onychopathie manifestent un risque trois fois plus élevé à développer un PsA que les sujets sans dystrophie unguéale. Les atteintes du cuir chevelu, de la région interfessière et périanale s'accompagnent également d'une augmentation de sa fréquence [11].

Sans doute le terme de PsA "récent" reste-t-il imprécis et sa durée peut-elle s'étaler de plusieurs mois à moins de 5 ans, mais chez la majorité des patients atteints d'un PsA, le début du psoriasis précède la survenue de la symptomatologie articulaire de 10 ans environ [16].

Dans la forme typique, les doléances du patient se résument à une douleur articulaire persistante s'accompagnant d'une raideur articulaire de bon matin et durant plus d'une demi-heure. Une douleur à la pression, une sensibilité de l'interligne articulaire et un épanchement asymétrique sont fréquents. L'œdème osseux de la phalange distale révélé à l'IRM prédit le développement d'une onycholyse et d'une hyperkératose sous-unguéale [21].

Pour faciliter la détection du PsA, les critères CASPAR (*CLASsification of Psoriatic ARthritis study group*) sont également utiles : antécédents personnels de psoriasis cutané, psoriasis unguéal avec onycholyse, dépressions ponctuées et hyperkératose, séronégativité pour le facteur rhumatoïde, dactylite, psoriasis associé à une atteinte clinique des petites articulations.

Ce qui caractérise le stade précoce du PsA et justifie cette classification réside dans la pauvreté des signes radiologiques limités à de simples néo-ossifications juxta-articulaires, par opposition à la scintigraphie osseuse qui permet de porter un diagnostic très précoce [22], comme d'ailleurs la sonographie et l'IRM.

5. Arthropathie psoriasique clinique avec modifications osseuses

Au moins 70 % des patients avec PsA présentent des modifications unguéales [10]. Habituellement, plus l'atteinte unguéale est importante, plus les manifestations cutanées sont étendues et l'arthrite progressive avec incapacité fonctionnelle également, tandis que les phases de blanchiment s'avèrent d'une moindre fréquence [23].

Fournié, en 1999, a codifié les critères radiologiques des extrémités distales au cours du PsA. Ils comportent :

- une arthrite érosive de l'articulation interphalangienne distale ;
- une ostéolyse interphalangienne créant un élargissement à limites nettes de l'espace interosseux ;
- une ankylose de l'articulation interphalangienne ;
- une périostite juxta-articulaire avec image à type de spicule ou de bande ;
- une acro-ostéolyse ou ostéopériostite ;
- la main en lorgnette aux doigts "télescopiques" (forme majeure de la variété ostéolytique du PsA) ;
- onycho-pachydermo-périostite psoriasique (OP3).

Conclusion

Le dermatologue nous paraît le mieux placé pour identifier le psoriasis arthropathique à un stade où les altérations articulaires peuvent être réduites à leur plus simple expression. Le psoriasis touche environ 2 % de la population. Parmi elle, 30 % des malades développeront un PsA [24-27]. Il semble bien que l'enthésite corresponde à la lésion primitive et que la démonstration d'une enthésopathie infraclinique avec ostéite associée soit présente chez près de 50 % des psoriasis sans arthrite clinique [28, 29]. Enfin, une étude récente confirme que l'enthésopathie est une anomalie commune chez ces patients sans manifestations cliniques d'arthrite et que sa forme infraclinique est spécialement patente en présence d'une atteinte unguéale.

Nous pensons, par conséquent, que notre indice d'évaluation de la qualité de vie utilisant le NPQ10, spécifique de l'ongle psoriasique [18] et ultérieurement le N-Nail [30] qui l'incorpore devraient nous permettre prochainement de mettre en œuvre un traitement adéquat y compris un jour chez l'enfant [31].

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

Bibliographie

- FOURNIÉ B, CROGNIER L, ARNAUD C *et al.* Proposed classification criteria of psoriasis arthritis. A preliminary study in 260 patients. *Rev Rhum (English ed.)*, 1999;66:446-456.
- MC GONAGLE D, TAN AL, BENJAMIN M. The nail as a musculo-skeletal appendage – implications for an improved understanding of the link between psoriasis and arthritis. *Dermatology*, 2009;218:97-102.
- TAN AL, BENJAMIN M, TOURNIÉ H *et al.* The relationship between the extensor tendon entheses and the nail in distal interphalangeal joint disease in psoriasis arthritis. A high resolution MRI and histologic study. *Rheumatology (Oxford)*, 2007;46:253-256.
- AYDIN SZ, CASTILLO-GALLEGO C, ASH ZR *et al.* Ultrasonographic assessment of nail in psoriatic disease shows a link between onychopathy and distal interphalangeal joint extensor tendon enthesopathy. *Dermatology*, 2012;225:231-235.
- ANANDARAJAH AP, RITCHLIN CT. The diagnosis and treatment of early psoriatic arthritis. *Nat Rev Rheumatol*, 2009;5:634-641.
- DE JONG EM, SEECHERS BA, GULINEK MD *et al.* Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1728 patients. *Dermatology*, 1996;193:300-327.
- SIGURGEIRSSON B, BARAN R, LÖVE TJ. Nail psoriasis and Psoriatic Arthritis. Poster 16. 32nd Nordic Congress of Dermato-Venereology 18-20 Aug 2013, Tampere, Finland.
- LEUNG YY, LIM KKT. Psoriatic psoriatic arthritis APLAR. *J Rheumatol*, 2007;10:264-269.
- DE FILIPPIS LG, CALIRI A, LO GULLO R *et al.* Ultrasonography in the early diagnosis of psoriasis-associated enthesopathy. *Int J Tissue React*, 2005;27:159-162.
- SERARSLAN G, GULER H, KARAZINCIR H. The relationship between nail and distal phalangeal bone involvement severity in patients with psoriasis. *Clin Rheumatol*, 2007;26:1245-1247.
- GLADMAN DD, SHUCKETT R, RUSSELL ML *et al.* Psoriatic arthritis – an analysis of 220 patients. *Q J Med*, 1987;62:127-141.
- GELFAND JM, GLADMAN DD, MEASE PJ *et al.* Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol*, 2005;53:573e4-e13.
- GISONDI P, IDOLAZZI L, GIROLOMONI G. Ultrasonography reveals nail thickening in patients with chronic plaque psoriasis. *Arch Dermatol Res*, 2012;304:727-732.
- NAMEY TC, ROSENTHALL L. Periarticular uptake of 99mtechnetium diphosphonate in psoriatics: correlation with cutaneous activity. *Arthritis Rheum*, 1976;19:607-612.
- SOSCIA E, SIRIGNENO C, CATALANO O *et al.* New developments in magnetic resonance imaging of the nail unit. *J Rheumatol*, 2012;39:49-53.
- WILSON FC, ICEN M, CROWSON CS *et al.* Incidence and Clinical Predictors of Psoriatic Arthritis in Patient with Psoriasis: A population-based study. *Arthritis Rheum*, 2009;61:233-239.
- RICH P, GRIFFITHS CE, REICH K *et al.* Baseline nail disease in patients with moderate to severe psoriasis and response to treatment with infliximab during 1 year. *J Am Acad Dermatol*, 2008;58:224-231.
- ORTONNE JP, BARAN R, CORVEST M *et al.* Development and validation of nail psoriasis quality of life scale (NPQ10). *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:22-27.
- WORTSMAN X, GUTTIERREZ M, SAAVEDRA T *et al.* The role of ultrasound in rheumatic skin and nail lesions: a multi-specialist approach. *Clin Rheumatol*, 2011;30:739-748.
- LOVE TJ, GUDJONSSON JE, VALDIMARSSON H *et al.* Psoriatic arthritis and onycholysis – Results from the cross-sectional Reykjavik psoriatic arthritis study. *J Rheumatol*, 2012;39:1441-1444.
- DALBETH N, PUI K, LOB M *et al.* Nail disease in psoriatic arthritis: distal phalangeal bone edema detected by magnetic resonance imaging predicts development of onycholysis and hyperkeratosis. *J Rheumatol*, 2012;39:841-843.
- RAZA N, HAMEED A, ALIK MK. Detection of subclinical joint involvement in psoriasis with bone scintigraphy and its response to oral methotrexate. *Clin Exp Dermatol*, 2008;33:70-73.
- WILLIAMSON L, DALBETH N, DOCKERTY JL *et al.* Extended report: nail disease in psoriatic arthritis – clinically important, potentially treatable and often overlooked. *Rheumatology*, 2004;43:790-794.
- GELFAND JM, WEINSTEIN R, PORTER SB *et al.* Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol*, 2005;141:1537-1541.
- RADTKE MA, REICH K, BLOME C *et al.* Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2009;23:683-691.
- REICH K, KRÜGER K, MÖSSNER R *et al.* Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol*, 2009;160:1040-1047.
- CHRISTOPHERS E, BARKER JN, GRIFFITHS CE *et al.* The risk of psoriatic arthritis remains constant following initial diagnosis of psoriasis among patients seen in European dermatology clinics. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:548-554.
- GISONDI P, TINAZZI I, EL-DALATI G *et al.* Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case-control study. *Ann Rheum Dis*, 2008;67:26-30.
- MC GONAGLE D, ASH Z, DICKIE *et al.* The early phase of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2011;70: i71-i76.
- KLAASSEN KMG, VAN DE KERKHOF PCM, BARAN R *et al.* Scoring Nail Psoriasis. *J Am Acad Dermatol* (in press).
- HOLZBERG M, RUBEN B, BARAN R. Psoriasis restricted to the nail in a 7-year-old child. Should biologics be an appropriate treatment modality when considering quality of life? *J Eur Acad Dermatol Venereol*, online 2013.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.