

MISES AU POINT INTERACTIVES

Rhumatisme psoriasique : classification et évaluation



→ **D. WENDLING**
Service de Rhumatologie,
CHRU de BESANÇON.

Généralités

Le rhumatisme psoriasique (RPso) est fréquent et en pleine évolution. Dans le cadre de la prévalence du psoriasis cutané (3 % de la population), le rhumatisme psoriasique concernerait 5 à 15 % des patients psoriasiques et 10 % des arthrites récentes, avec une prévalence en France de 0,11 % (étude EPIRHUM-2). Cette maladie est assortie de morbidité et mortalité : 40 à 57 % d'arthrites déformantes, 20 à 40 % avec une atteinte de la colonne vertébrale et 11 à 19 % de patients handicapés. La mortalité est augmentée en comparaison de la population générale, avec un ratio standardisé de mortalité de 1,6. Les causes de mortalité sont principalement d'origine cardiovasculaire (36,2 %) et respiratoire (21,3 %).

Il existe un grand polymorphisme du RPso, à l'instar du polymorphisme du psoriasis cutané. Ainsi, depuis Moll et Wright, on reconnaît les formes suivantes : polyarticulaire, oligo- ou mono-articulaire, atteinte de l'interphalangienne distale prédominante (IPD), axiale, arthrite mutilante.

Diagnostic

Ce rhumatisme pose un problème de diagnostic. Compte tenu de la fréquence du psoriasis cutané dans la population, toute douleur ou arthralgie chez un patient porteur d'un psoriasis cutané n'est pas forcément un rhumatisme psoriasique. Cette difficulté du diagnostic peut expliquer l'évolution des différents critères de classification (utilisés pour le diagnostic par extension). Les derniers en date sont les critères CASPAR (**tableau I**).

À côté des différentes formes cliniques déjà évoquées, certains aspects sont à reconnaître pour leur aspect évocateur. C'est le cas de la dactylite ("doigts en saucisse"), de l'enthésite (inflammation au site d'insertion des tendons, des ligaments ou de la capsule dans l'os) et de l'association de l'atteinte de l'interphalangienne distale et du psoriasis unguéal (**fig. 1**).



FIG. 1 : Psoriasis unguéal et arthrite de l'interphalangienne distale.

Critères	Points
1. Psoriasis (un des items)	
• Actuel	2
• Antécédent personnel	2
• Antécédent familial	2
2. Onychose psoriasique	1
3. Absence de facteurs rhumatoïdes	1
4. Dactylite (un des items)	
• Actuel	1
• Antécédent	1
5. Image d'ossification juxta-articulaire à la main ou au pied (en dehors de l'arthrose)	1
→ Rhumatisme psoriasique si ≥ 3 points chez un patient ayant une maladie articulaire inflammatoire.	
Sensibilité : 91,4 % Spécificité : 98,7 %	

TABLEAU I : Critères CASPAR du rhumatisme psoriasique.

Un nouveau programme d'apprentissage destiné à vos patients

L'objectif de ce programme est de favoriser
et suivre l'appropriation par les patients
des gestes techniques permettant le bon usage
de la spécialité ENBREL (etanercept).

Le laboratoire Pfizer met en place un nouveau service d'accompagnement de l'auto-injection, le programme **TOGETHER***(1), pour les patients traités par la **spécialité ENBREL® (etanercept)**.

Ce programme est un service d'informations et d'accompagnement au geste lié à l'auto-injection d'ENBREL® délivrés par une **infirmière dédiée**. Il ne peut être proposé que par les médecins spécialistes habilités à prescrire ENBREL® et avec le consentement des patients, ceci dès le **début de son traitement et pour une durée de trois mois**.

En tant que prescripteur potentiel, vous êtes le seul professionnel de santé pouvant proposer aux patients traités par ENBREL® d'entrer dans ce programme.

Nos délégués médicaux sont à votre disposition pour vous présenter, à l'occasion d'une visite dédiée, le déroulement du **programme TOGETHER***, ainsi que les modalités d'inscription des patients.

Dans cette attente et pour tout renseignement complémentaire, le numéro vert du programme **TOGETHER*** : **0 800 00 46 43** est à votre disposition.



* Ensemble

(1) Le programme TOGETHER* s'inscrit en conformité avec le cadre réglementaire de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009. Il est opéré par Mondial Assistance pour le compte de Pfizer et a fait l'objet d'une autorisation de la part de la Commission Nationale Informatique et Libertés et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament.



MISES AU POINT INTERACTIVES



Fig. 2 : Radiographie de l'avant-pied: ostéolyse (destruction) et condensation (construction) des articulations interphalangiennes.

Certains aspects d'imagerie sont également évocateurs en radiographie standard (coexistence de destruction et de construction sur la même articulation, par exemple) (**fig. 2**).

L'IRM (**fig. 3**) ou l'échographie sont également intéressants.

L'ensemble permet parfois d'envisager le diagnostic de rhumatisme psoriasique sans psoriasis.

Certains facteurs cliniques prédictifs d'un RPso ont été individualisés. Ainsi, dans une cohorte incidente de 1 593 patients psoriasiques sans RPso, le suivi de 20 936 patients-années a permis la mise en évidence de 57 RPso. Certaines



Fig. 3 : IRM du calcaneus, séquence T1 + gadolinium, hypersignal de l'enthèse, de la région péri-tendineuse et de l'os spongieux adjacent.

atteintes psoriasiques sont associées à la survenue d'un rhumatisme psoriasique (HR = *hazard ratio*) [1]:

- cuir chevelu: HR: 3,75; IC 95 %: 2,09-6,71;
- ongles: HR: 2,24; IC 95 %: 1,26-3,98;
- plis interfessier/péri-anal: HR: 1,95; IC 95 %: 1,07-3,56;
- ≥ 3 sites atteints: HR: 2,24; IC 95 %: 1,23-4,08.

La prévalence du diagnostic de RPso chez les patients psoriasiques est de 15 % [2]. Diverses propositions d'outils de dépistage du RPso chez les patients atteints de psoriasis cutané ont été proposées. Il existe ainsi plusieurs auto-questionnaires: le **ToPAS** (*The Toronto Psoriatic Arthritis screening questionnaire*), le **PASE** (*Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation*) et le **PAQ** (*Psoriasis and Arthritis Questionnaire*).

Des experts français, à l'aide d'une technique Delphi, ont récemment proposé les éléments clés à rechercher en cas de psoriasis cutané, afin de dépister un rhumatisme psoriasique (**fig. 4**).

Suivi du rhumatisme psoriasique

Ce suivi est important pour les indications thérapeutiques, l'évaluation du pronostic et l'évaluation de la réponse thérapeutique.

1. Évaluation de la maladie

L'évaluation de la maladie va porter sur ses différentes composantes, en utilisant des outils adaptés, parfois tirés d'autres pathologies (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite):

- cutanée: score PASI (*Psoriasis Area Severity Index*);
- articulaire périphérique: 66/68 articulations; nombre d'articulations gonflées (= synovites) (NAG), nombre d'articulations douloureuses (NAD);

- atteinte axiale: score d'activité (BASDAI), score fonctionnel (BASFI), score métrologique (BASMI);
- dactylite: description;
- enthésites: différents scores existent (scores de Maastricht, de Mander, de Leeds, MASES, espagnol, canadien...);
- fonction et qualité de vie: HAQ, PsAQoL, SF-36;
- radiographie: score de destruction (emprunté à la polyarthrite), absence de score spécifique pour la prolifération.

2. Évaluation de la réponse thérapeutique

>>> Pour l'atteinte périphérique

Les outils sont ceux validés dans la polyarthrite rhumatoïde pour l'atteinte articulaire périphérique (critères de réponse ACR/EULAR). Un outil d'évaluation de réponse spécifique du RPso a, par ailleurs, été développé: PsARC (*Psoriatic Arthritis Response Criteria*).

- l'amélioration doit concerner au moins 2 des 4 critères, l'un d'eux devant porter sur le score articulaire de douleur ou de gonflement: évaluation globale du médecin (> 1 unité); évaluation globale du patient (> 1 unité); nombre d'articulations douloureuses (> 30 %); nombre d'articulations gonflées (> 30 %).
- pas d'aggravation sur aucun critère.

>>> Pour l'atteinte axiale

Les outils utilisés sont ceux de la spondylarthrite: BASDAI, ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*).

>>> Pour les enthèses

Il convient de considérer le nombre de sites atteints.

>>> Pour le psoriasis

Les outils classiques de dermatologie sont utilisés: PASI; lésion cible (surface < 3 %); NAPSI; DLQI.

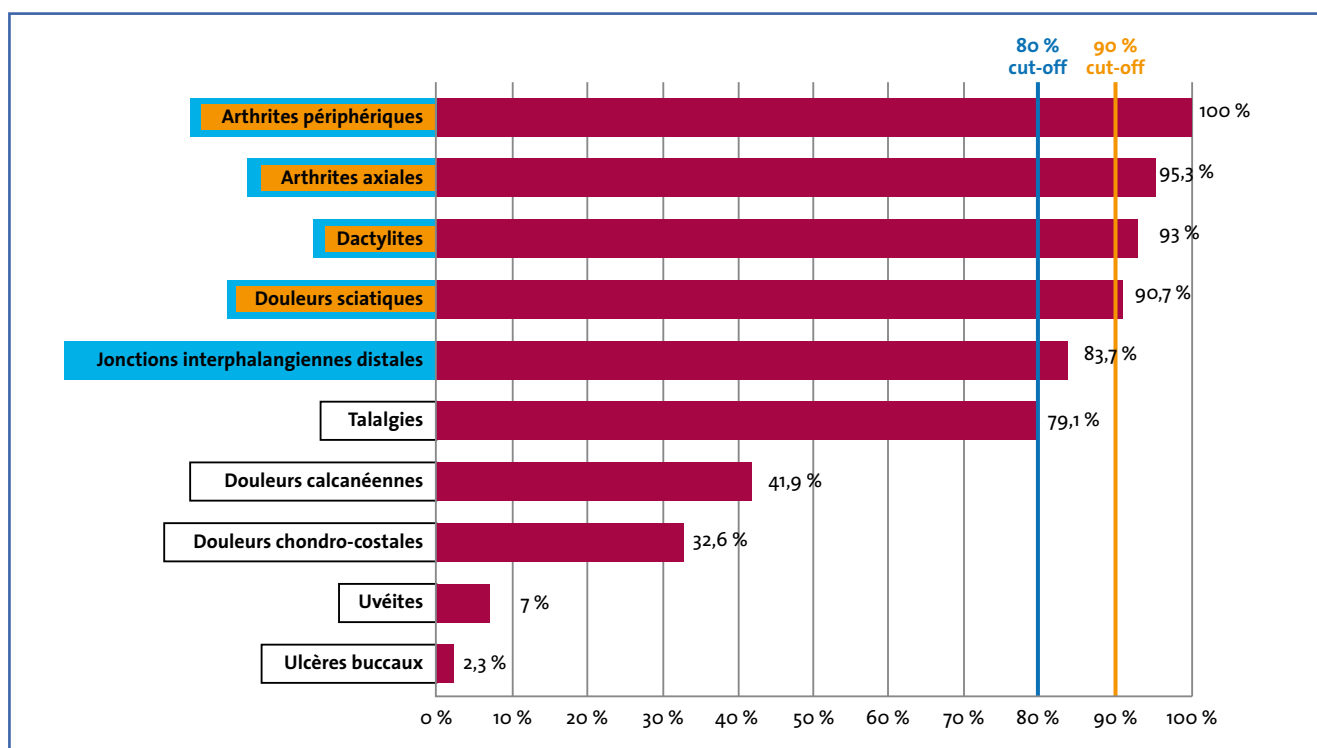


FIG. 4 : Éléments à rechercher en cas de psoriasis cutané. D'après [3].

3. Scores composites

De tels scores, englobant différentes dimensions du rhumatisme psoriasique, ont été proposés pour l'évaluation de l'activité de la maladie et l'évaluation de la réponse thérapeutique.

>>> Évaluation de l'activité

Sont prises en compte les atteintes axiale, périphérique et enthésitique des dactylites et du psoriasis. Plusieurs possibilités existent, mais ne sont pas toujours d'utilisation simple. En voici quelques exemples :

- CPDAI (*Composite Psoriatic Disease Activity Index*) (**tableau II**) ;

Chaque domaine est scoré de 0 à 3 (amplitude du score CPDAI de 0 à 15).

- DAPSA (*Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis*) :

5 domaines	Instruments
Arthrites périphériques	66 NAG, 68 NAD, HAQ
Peau	PASI, DLQI
Enthésites	Leeds enthesitis score
Dactylites	Digit score
Axial	BASDAI, ASQOL

TABLEAU II : Index CPDAI. D'après [4].

- analyse en composant principal ;
- individualise 4 domaines : NAG (66) et NAD (68) ; PGA (EVA) ; douleur (EVA) ; CRP.
- somme algébrique ;

- PASDAS (*Psoriatic Arthritis Disease Activity Score*).

>>> La réponse thérapeutique

Le MDA (*Minimal Disease Activity*) est un état d'activité de la maladie estimé comme un objectif pertinent à pour-

suivre dans le traitement, à la fois par le patient et le médecin [5]. Le score MDA est atteint si 5 des 7 critères sont remplis : NAD < 2 ; NAG < 2 ; PASI < 2 ou BSA < 4 ; EVA douleur patient < 15 ; EVA activité patient < 15 ; HAQ < 0,5 ; points d'enthèse douloureux < 2.

Tous ces éléments sont pris en compte pour l'évaluation de la maladie et l'orientation thérapeutique, stratifiée selon la présentation phénotypique (**fig. 4**).

MISES AU POINT INTERACTIVES

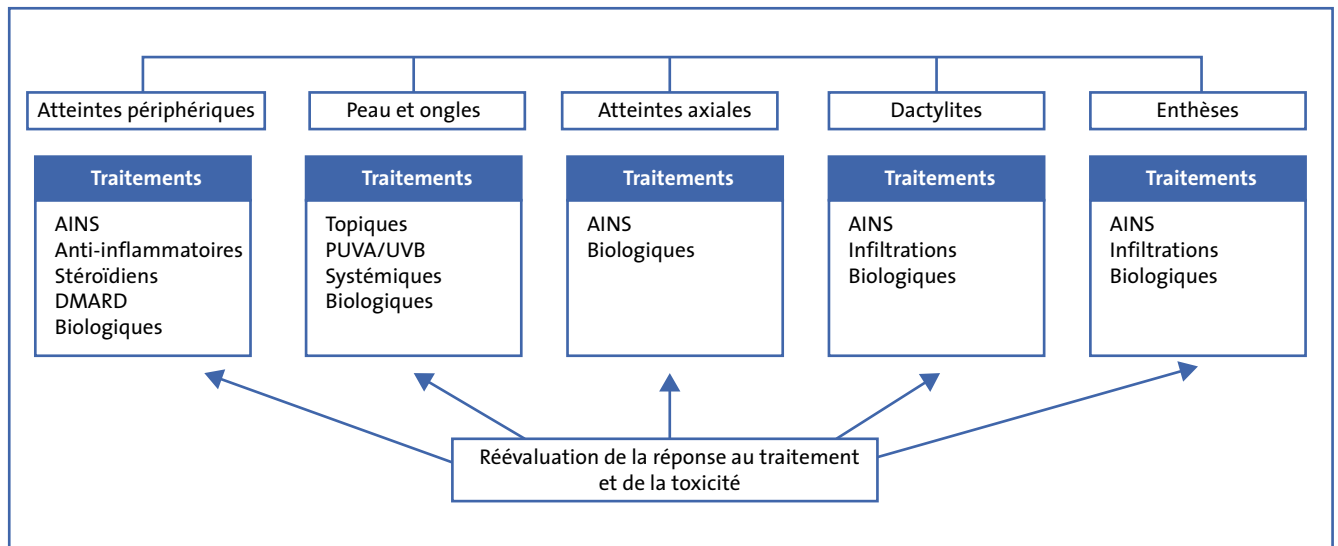


FIG. 4 : Stratégie thérapeutique du rhumatisme psoriasique selon la présentation phénotypique.

Bibliographie

1. WILSON FC, ICEN M, CROWSON CS *et al.* Incidence and Clinical Predictors of Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis: A Population-Based Study. *Arthritis Rheum*, 2009;61:233-239.
2. VILLANI AP, ROUZAUD M, SEVRAIN M *et al.* Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2015;73:242-248.
3. VILLANI AP, ROUZAUD M, SEVRAIN M *et al.* Symptoms dermatologists should look for in daily practice to improve detection of psoriatic arthritis in psoriasis patients: an expert group consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2014;Suppl 5:27-32.
4. MUMTAZ A, GALLAGHER P, KIRBY B *et al.* Development of a preliminary composite disease activity index in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2011;70:272-277.
5. COATES LC, HELLIWELL PS. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2010;62:965-969.

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

Fotoker pour les dermatoses actiniques

Les laboratoires Moulin Royal Cosmetics distribuent un nouveau dispositif médical pour la prévention primaire et secondaire des kératoses actiniques : Fotoker.

Le principal actif de Fotoker est la photolyase, enzyme réparatrice des dimères de pyrimidine. Cette altération de l'ADN est un facteur primordial d'apparition des kératoses actiniques, véritable signature de l'agression des kératinocytes par les UV. Les dimères de pyrimidine sont réparés en temps réel au moment de l'exposition solaire. La photolyase est associée à un système filtrant les UV à large spectre.

Fotoker s'applique 2 fois par jour sur les zones exposées du visage et du dos des mains.

J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires Moulin Royal Cosmetics.