Revues générales

Savoir diagnostiquer précocement un rhumatisme psoriasique

RÉSUMÉ : Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique associée à de nombreuses comorbidités qui vont lourdement impacter la vie quotidienne des patients atteints. Au moins 20 % des patients ayant un psoriasis peuvent avoir un rhumatisme psoriasique associé. Les manifestations cutanées du psoriasis précédant le plus souvent l'atteinte articulaire, son diagnostic et sa prise en charge rapide peuvent éviter les destructions articulaires et l'impotence fonctionnelle qu'il peut entraîner. Malheureusement, de nombreuses études ont clairement mis en évidence un retard et un défaut de diagnostic fréquents potentiellement lourds de conséquences. Le dermatologue, en tant que praticien central impliqué dans le psoriasis, peut donc jouer un rôle majeur de sentinelle pour le dépistage, l'orientation et la prise en charge du rhumatisme psoriasique.

Z. REGUIAÏ
Service de Dermatologie, Polyclinique Courlancy-Bezannes, REIMS.

Ce n'est qu'en 1964 que l'Association des rhumatologues américains a reconnu le rhumatisme psoriasique comme une entité individualisée au sein du spectre des spondylarthropathies. Il avait été initialement défini par Moll et Wright en tant que rhumatisme inflammatoire associé à la présence d'un psoriasis cutané et à l'absence de facteurs rhumatoïdes. Depuis, les critères se sont affinés et un certain nombre d'outils d'aide au diagnostic ont été développés.

La prévalence du rhumatisme psoriasique dans la population de patients atteints de psoriasis est d'environ 20 % (environ 25 % en cas de psoriasis modéré à sévère et moins de 3 % avant l'âge de 18 ans) [1]. Il affecte de manière égale les hommes et les femmes, et survient le plus fréquemment entre 40 et 50 ans. Une étude prospective de suivi d'une cohorte de patients atteints de psoriasis cutané avait objectivé une incidence annuelle de survenue du psoriasis pour 2 à 3 % des patients [2]. Dans 85 % des cas, les manifestations cutanées du psoriasis précèdent l'atteinte articulaire. En moyenne, une durée de 10 ans sépare les premiers signes cutanés du psoriasis de la survenue des premières manifestations articulaires [3].

Pourquoi le diagnostic de rhumatisme psoriasique est-il important ?

Le rhumatisme psoriasique est une pathologie inflammatoire chronique qui peut entraîner l'apparition de lésions érosives articulaires et fortement impacter le pronostic physique et fonctionnel des patients [4]. En plus de cette destruction articulaire, le rhumatisme psoriasique est associé à de très nombreuses comorbidités cardiovasculaires (hypertension artérielle, coronaropathies, accidents vasculaires cérébraux, dyslipidémie, diabète et syndrome métabolique), ophtalmologiques (uvéite), hépatiques (stéatose hépatique), psychiques (dépression) et digestives (maladies inflammatoires du colon et de l'intestin) [3, 5, 6].

Revues générales

Dans l'arsenal thérapeutique dont nous disposons, tous les traitements n'ont pas la même efficacité sur l'atteinte articulaire. Et selon que le rhumatisme psoriasique est axial ou périphérique, les choix thérapeutiques peuvent être différents et requérir une approche holistique de la maladie, nécessitant notamment une coopération multidisciplinaire entre le dermatologue et le rhumatologue pour le choix de la stratégie thérapeutique la plus adaptée.

Au moins 15 % des patients psoriasiques ayant un rhumatisme psoriasique actif ne sont pas diagnostiqués [7]. Le rhumatisme psoriasique peut être potentiellement destructeur au niveau des articulations. Dans une étude prospective réalisée en 2003, des lésions érosives articulaires étaient mises en évidence pour 27 % des patients lors de leur visite initiale et pour 47 % des patients dans les 2 ans. Dans cette même étude, une rémission clinique était obtenue pour 26 % des patients chez lesquels un traitement systémique était institué *versus* 11 % en l'absence de traitement [8].

Ces résultats étaient confortés par Haroon *et al.* Dans cette étude, les investigateurs avaient classé les patients atteints de rhumatisme psoriasique en 2 groupes : consultants précoces ou tardifs selon le délai de la consultation rhumatologique par rapport à la survenue des premiers symptômes (moins de 6 mois ou plus de 6 mois). Les résultats en analyse multivariée objectivaient une nette augmentation du risque de lésions érosives articulaires, de l'intensité de la douleur et du retentissement sur la qualité de vie (questionnaire HAQ) pour les consultants "tardifs" [9].

Le dermatologue a une place primordiale pour le diagnostic précoce du rhumatisme psoriasique. Si la prévalence du rhumatisme psoriasique est faible dans la population générale (estimée à 0,25 %), elle est conséquente parmi les patients ayant un psoriasis cutané (au moins 20 % d'entre eux). Les manifestations cutanées précédant dans la grande majorité des cas les symptômes articulaires, le dermatologue se retrouve donc aux avant-postes pour permettre un diagnostic rapide du rhumatisme psoriasique.

Malheureusement, en pratique courante, de trop nombreux patients passent au travers des mailles du filet et ne sont pas diagnostiqués malgré l'existence d'une atteinte articulaire. Ainsi, dans une étude multicentrique internationale de 949 patients suivis en dermatologie, l'examen par un rhumatologue permettait de mettre en évidence un rhumatisme psoriasique pour 30 % des patients et seulement 59 % d'entre eux avaient été diagnostiqués comme tels par leur dermatologue [10] ! Une meilleure connaissance des critères diagnostiques du rhumatisme psoriasique par les dermatologues pourrait permettre un diagnostic plus rapide et avoir un impact significatif sur le fardeau de la maladie.

Quels éléments cliniques pour le diagnostic de rhumatisme psoriasique ?

Si, pour le rhumatologue, l'existence ou pas d'un psoriasis cutané va permettre d'individualiser le rhumatisme psoriasique au sein du spectre des spondylarthropathies, pour le dermatologue l'élément primordial à distinguer pour un patient suivi pour un psoriasis et signalant des douleurs articulaires va être de préciser le caractère des symptômes rhumatologiques : plutôt inflammatoire (pouvant s'intégrer dans le cadre d'un rhumatisme psoriasique) ou mécanique (en faveur d'un rhumatisme dégénératif et notamment de l'arthrose). De manière schématique, les arthralgies inflammatoires sont plutôt des douleurs survenant au repos (avec notamment un horaire nocturne), elles peuvent diminuer avec l'activité et s'associer à une raideur articulaire nécessitant un dérouillage matinal. Un œdème et une rougeur des articulations touchées peuvent être mis en évidence.

Certaines caractéristiques du psoriasis peuvent permettre d'individualiser des patients ayant un risque plus important de voir apparaître un rhumatisme psoriasique notamment : un psoriasis plus sévère [11], une atteinte du cuir chevelu (***fig. 1***), des plis (***fig. 2***) notamment inguinaux ou interfessier, et l'existence d'une dystrophie unguéale (***fig. 3***) [12]. Il existe également un lien significatif entre l'obésité et le rhumatisme psoriasique. Ainsi, chaque augmentation d'un point d'IMC au-dessus de 25 est associée à une augmentation de 5,3 % du risque de rhu-

Fig. 1 : Psoriasis du cuir chevelu et du cou.

Fig. 2 : Psoriasis des plis sous-mammaires.

Fig. 3 : Psoriasis des ongles.

matisme psoriasique [13] et un IMC > 30 à l'âge de 18 ans multiplie par 3 le risque de développer un rhumatisme psoriasique à l'âge adulte [14].

Le rhumatisme psoriasique est une maladie hétérogène dans sa présentation clinique et son évolution [2]. Dans leur description initiale, Moll et Wright avaient distingué 5 phénotypes différents : la spondyloarthrite avec atteinte axiale dominante, la polyarthrite symétrique ou asymétrique, l'oligoarthrite atteignant les orteils et/ou les doigts, et l'arthrite mutilante qui est une forme rare et très destructrice de rhumatisme psoriasique. Une enthésite (inflammation des points d'attache des tendons et ligaments) est mise en évidence pour 30 à 50 % des patients. Elle est particulièrement marquée au niveau du fascia plantaire, du tendon d'Achille, de la crête iliaque et de l'épicondyle. L'atteinte du fascia plantaire se manifeste par une talalgie d'horaire inflammatoire, survenant le matin au lever lors du premier pas et s'améliorant au cours de la journée. Elle est très évocatrice lorsque, survenant chez un sujet jeune, elle est bilatérale ou à bascule. Une dactylite est présente pour 40 à 50 % des patients avec un aspect caractéristique dit "en saucisse". Elle est le plus souvent associée aux formes sévères de rhumatisme psoriasique. En pratique courante, la distinction entre les formes axiales (avec une atteinte plus spécifique du rachis lombaire), périphériques (oligoarthrite, enthésite, dactylite) ou mixtes peut impacter la stratégie thérapeutique.

POINTS **FORTS**

- 20 à 30 % des patients ayant un psoriasis peuvent avoir un rhumatisme psoriasique associé.
- L'atteinte articulaire est très souvent sous-diagnostiquée et méconnue des patients et des médecins.
- Le retard de diagnostic et le défaut de prise en charge peuvent lourdement impacter la qualité de vie et le pronostic fonctionnel des patients atteints de rhumatisme psoriasique.
- Des critères diagnostiques bien individualisés peuvent permettre d'orienter le diagnostic et de réduire l'impact du rhumatisme psoriasique.

Quels examens paracliniques pour le diagnostic de rhumatisme psoriasique ?

• *Examens biologiques*

La recherche de facteur rhumatoïde et d'anticorps antipeptides citrullinés est négative pour plus de 95 % des patients atteints de rhumatisme psoriasique. Un quart des patients ayant un rhumatisme psoriasique présente une sérologie HLA-B27 positive. Une augmentation de la CRP et/ou de la vitesse de sédimentation n'est objectivée que chez 40 % des patients suivis pour un rhumatisme psoriasique. Ces examens biologiques ont peu d'intérêt en pratique courante dans ce contexte. Aucun biomarqueur n'existe, à ce jour, pour permettre de diagnostiquer et/ou évaluer la sévérité ou la progression du rhumatisme psoriasique.

• *Examens radiographiques*

L'aspect caractéristique d'un rhumatisme psoriasique associe des lésions érosives et des appositions périostées (néoformation osseuse juxta-articulaire), touchant principalement les articulations interphalangiennes proximales et distales [15]. Au niveau axial (rachis, sacro-iliaque) la sacro-iliite est le plus souvent asymétrique avec présence de syndesmophytes. L'IRM peut objectiver de manière plus précoce un œdème osseux qui peut précéder l'apparition des érosions. Au niveau axial, l'IRM peut permettre d'identifier des lésions inflammatoires qui se produisent à l'angle des corps vertébraux ou dans les ligaments intervertébraux avant que ne surviennent les ossifications caractéristiques telles que les syndesmophytes [3]. L'échographie peut jouer un rôle majeur pour permettre la détection précoce de signes évocateurs de rhumatisme psoriasique.

En 2019, le GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) a précisé les critères échographiques pouvant permettre de retenir un diagnostic de rhumatisme psoriasique comprenant : la présence d'enthésophytes, un épaississement hypoéchogène péri-tendineux, un hypersignal Doppler articulaire ou péri-tendineux et une inflammation des enthèses au niveau de 6 sites anatomiques d'intérêt [16]. L'échographie reste cependant un examen opérateur-dépendant et nécessite une certaine expertise pour la détection de ces signes précoces.

Quels outils ou critères pour retenir le diagnostic de rhumatisme psoriasique ?

Il n'existe pas de critère diagnostique universellement validé pour le rhumatisme psoriasique. Des critères sont néanmoins largement utilisés dans les études cliniques pour individualiser des groupes homogènes de patients inclus : les *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis* (critères CASPAR) qui reposent sur la présence de lésions de psoriasis, d'anomalies des ongles, de dactylite, de

Revues générales

lésions articulaires visibles à la radiographie et d'absence de facteur rhumatoïde [17]. En cas de de présence d'un rhumatisme inflammatoire (enthésite et/ou arthrite axiale ou périphérique), sa sensibilité est de 91,4 % et sa spécificité de 98,7 % (***tableau I***).

De nombreux questionnaires ont été développés pour la détection précoce du rhumatisme psoriasique. Les plus fréquemment utilisés sont le *Toronto PsA Screen* (ToPAS), le *Psoriasis Arthritis Screening and Evaluation* (PASE) et le *Psoriasis Epidemiology Screening Tool* (PEST). Malgré leur grande sensibilité et spécificité, leur usage en pratique quotidienne reste limité par leur relative complexité et leur longueur. Leurs principales caractéristiques sont résumées dans le ***tableau II*** [18, 19]. L'étude CONTEST, qui évaluait l'intérêt des PEST, PASE et ToPAS, n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre ces trois questionnaires pour la détection du rhumatisme psoriasique. Dans cette étude, il était cependant signalé le taux élevé de faux positifs et les difficultés plus grandes pour le diagnostic des formes axiales et enthésitiques de rhumatisme psoriasique en pratique courante [20].

Critères	Points
1. Psoriasis (un des items) • Actuel • Antécédent personnel • Antécédent familial	 2 2 2
2. Onychose psoriasique	1
3. Absence de facteur rhumatoïde	1
4. Dactylite (un des items) • Actuelle • Antécédent	 1 1
5. Image d'ossification juxta-articulaire à la main ou au pied (en dehors de l'arthrose)	1

Tableau I : Critères CASPAR. Rhumatisme psoriasique si ≥ 3 points chez un patient ayant une maladie articulaire inflammatoire.

Questionnaire	Caractéristiques	Sensibilité/spécificité
ToPAS	• Auto-questionnaire • 12 questions binaires (oui-non) • Avec sous-sections pour chaque question • Photos et diagrammes	Sensibilité 70-86,8 % Spécificité 93,1 %
PASE	• Auto-questionnaire • 15 questions avec échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)	Sensibilité 59-82 % Spécificité 66-73 %
EARP	• Auto-questionnaire • 9 questions	Sensibilité 85 % Spécificité 78-85 %
STRIPP	• Auto-questionnaire	Sensibilité 91,5% Spécificité 93,3%
SIPAS	• Auto-questionnaire • 5 questions	Sensibilité 79,% Spécificité 87 %
PEST	• Auto-questionnaire • 5 questions binaires (oui ou non) • Diagrammes	Sensibilité 68-97 % Spécificité : 71-79 %
PURE-4	• Auto-questionnaire • 4 questions binaires (oui ou non)	Sensibilité 85,7 % Spécificité : 83,6 %

Tableau II : Questionnaires pour la détection du rhumatisme psoriasique.

Conclusion

Des progrès considérables ont été réalisés dans la compréhension du psoriasis en tant que maladie systémique. L'évolution du rhumatisme psoriasique peut se compliquer de lésions érosives, d'ankylose et de destructions articulaires qui peuvent être destructrices de manière irréversible. L'identification de plus en plus précise des voies inflammatoires impliquées dans la physiopathogénèse du psoriasis nous a permis de bénéficier d'un arsenal thérapeutique qui s'étoffe d'année en année, ces traitements pouvant non seulement "blanchir" nos patients mais également diminuer le risque d'atteintes articulaires définitives.

Dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie, le diagnostic rapide du rhumatisme psoriasique par le dermatologue est un élément fondamental pour améliorer le pronostic fonctionnel du patient et orienter la stratégie de traitement en collaboration avec le rhumatologue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE *et al.* Prevalence of psoriatic arthritis in patient with psoriasis: a systemic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:251-265.e19.
2. Eder L, Haddad A, Rosen CF *et al.* The incidence and risk factors for psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a prospective cohort study. *Arthritis Rheumatol*, 2016;68:915-923.
3. Ritchlin C, Colbert R, Gladman D. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med*, 2017; 376:957-970.
4. Kane D, Stafford L, Bresnihan B *et al.* A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology* (Oxford, England), 2003;42:1460-1468.
5. Ogdie A, Schwartzman S, Husni ME. Recognizing and managing comorbidities in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*, 2015;27:118-126.
6. Charlton R, Green A, Shaddick G *et al.* Risk of uveitis and inflammatory bowel

disease in people with psoriatic arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis*, 2018;77:277-280.

7. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M *et al.* Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad of Dermatol*, 2015;73:242-248.
8. Kane D, Stafford L, Bresnihan B *et al.* A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology* (Oxford, England), 2003;42:1460-1468.
9. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2015;74:1045-1050.
10. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA *et al.* Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol*, 2013;69:729-735.
11. 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.
12. 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.
13. Rouzaud M, Sevrain M, Villani AP *et al.* Is there a psoriasis skin phenotype associated with psoriatic arthritis? Systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2014;28 Suppl 5:17-26.
14. Soltani-Arabshahi R, Wong B, Feng BJ *et al.* Obesity in early adulthood as a risk factor for psoriatic arthritis. *Arch Dermatol*, 2010;146:721-726.
15. Poggenborg RP, Østergaard M, Terslev L. Imaging in psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, 2015;41:593-613.
16. Tom S, Zhong Y, Cook R *et al.* Development of a Preliminary Ultrasonographic Enthesitis Score in Psoriatic Arthritis-GRAPPA Ultrasound Working Group. *J Rheumatol*, 2019;46: 384-390.
17. Taylor W, Gladman D, Helliwell P *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*, 2006;54:2665-2673.
18. Machado PM, Raychaudhuri SP. Disease activity measurements and monitoring in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2014;28:711-728.
19. Audureau E, Roux F, Lons Danic D *et al.* Psoriatic arthritis screening by the dermatologist: development and first validation of the 'PURE-4 scale'. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:1950-1953.
20. Coates LC, Aslam T, Al Balushi F *et al.* Comparison of three screening tools to detect psoriatic arthritis in patients with psoriasis (CONTEST study). *Br J Dermatol*, 2013;168:802-807.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : Abbvie, Almirall, Amgen, Celgene, Janssen-Cilag, LEO Pharma, Lilly, Medac, MSD, Novartis, Pfizer, UCB.