

Rhumatisme psoriasique

UNE DES ENTITES DES SPONDYLOARTHRITES

Epidémiologie

- Sex ratio : 1
- Le rhumatisme
 - 15 – 30% des patients atteints de psoriasis
 - Sous diagnostiqué : environ 15% des personnes psoriasiques suivies par un dermatologue ne sont pas dépistées
 - 5 - 10% des cas sans de psoriasis au moment du diagnostic du rhumatisme
- Le psoriasis
 - Le plus fréquemment, lésions cutanées précèdent le diagnostic d'environ 10 ans
 - Dans 15% d'atteinte cutanée et articulaire synchrone
 - Enquête sur lésions de psoriasis familial dans les ascendants et descendants directs
- Atteinte pédiatrique possible : période 1 à 2 ans ou 6 à 12 ans
- Espérance de vie similaire à la population générale actuellement
- Mais diminution qualité de vie

Physiopathologie

- Famille des Spondyloarthropathies: inflammation de l'enthèse (cf diaporama dédié)
- Prédisposition génétique: HLA B27 relevant pour les critères ASAS de la maladie ; HLA B8; HLA B37; HLA B44 –A ne pas faire car hors critères et hors pratique.
- Principal allèle associé au psoriasis : HLA-Cw6 – A ne pas faire car hors critères et hors pratique.
- Intervention des cytokines pro-inflammatoires notamment: IL 17, TNF alpha, IL 23

Manifestations cliniques : rhumatologiques

- Très grande hétérogénéité clinique
- Description historique de 5 formes cliniques (1973) pouvant se chevaucher avec actuellement surtout une classification en forme axiale ou périphérique
 - atteinte oligoarticulaire de 1 à 3 articulations atteintes asymétriques
 - atteinte polyarticulaire ≥ 4 articulations,
 - arthrite destructrice: lésions structurales avec destruction osseuse et déformante
 - atteinte axiale : spondylite, sacroiliite
 - atteinte distale: atteinte IPD, rare, 5% des patients
- Forme enthésitique pure: rare

Manifestations cliniques : rhumatologiques

- Enthésites = 50% des patients
 - Exemple: tendon d'Achille, talalgie avec atteinte du fascia plantaire +++
- Dactylites = environ 40%
 - Doigts des mains et pieds
 - Le plus souvent 3^e et 4^e orteils +++
 - Aigues ou chroniques
 - Associées à une maladie plus sévère



Manifestations cliniques : psoriasis

- Tout type de psoriasis
- Mais **atteinte unguéale associée à atteinte articulaire ++ (risque multiplié par 3)**
- Fréquence plus importante de l'atteinte du cuir chevelu, de la région périnéale et de l'atteinte palmo-plantaire
- Souvent les patients vus par un rhumatologue auront une forme de psoriasis plus atténuée lors du diagnostic de rhumatisme psoriasique que ceux vus par un dermatologue.

Psoriasis en plaques



Psoriasis en plaques : aspect crétacé



Psoriasis pustuleux



Psoriasis : Atteinte du cuir chevelu



Psoriasis inversé : atteinte des plis



Psoriasis en gouttes



Onychopathie psoriasique



Leuconychie, onycholyse, dépressions en dés à coudre

Les critères utilisés peuvent être ceux des SpA en général soit les critères ASAS mais aussi les critères CASPAR plus spécifiques au rhumatisme psoriasique.

Critères ASAS pour SpA axiale

Chez un patient < 45 ans avec douleurs rachidiennes > 3 mois	
OU	
Sacro-iliite à l'imagerie et au moins 1 signe associé	Typage HLA B27 positif et au moins 2 signes associés

- Signes associés définis par arthrite, enthésite, dactylite, psoriasis, uvéite, MICI, typage HLA B27 positif, ATCD familiaux de SpA, CRP élevée, bonne réponse aux AINS
- Sacro-iliite à l'imagerie définie par : inflammation active sur une IRM des sacro-iliaques ou signe de sacro-iliite radiographique : > stade 2 bilatéral

Critères ASAS pour SpA périphérique

Arthrite périphérique et/ou enthésite et/ou dactylite	
PLUS	
Au moins 1 critère parmi : - Uvéite - Psoriasis - MICI - Post-infectieux - Sacro-iliite radiologique - Typage HLA B27 positif	OU
	AU moins 2 critères parmi : - Douleur rachidiennes inflammatoires - ATCD familiaux de SpA - Enthésite - Dactylite - Arthrite

Autres critères : CASPAR

(spécificité 98,7% et sensibilité 91,4%)

Existence d'une pathologie inflammatoire articulaire établie et au moins 3 des caractères suivants :

Psoriasis évolutif	2 points
ATCD personnels de psoriasis	1 point
ATCD familiaux (1 ^{er} et 2 ^d degré) de psoriasis	1 point
Dactylite évolutive ou rapportée	1 point
Néo formation osseuse sur radios des mains ou des pieds	1 point
FR négatif	1 point
Dystrophie unguéale psoriasique typique	1 point

Pour retenir le diagnostic il faut:
le critère 1 + au moins 3 points

Pathologies associées à rechercher

- Pathologies associées:
 - Uvéites
 - MICI
- Comorbidités
 - Cardio-vasculaires
 - Syndrome métabolique
 - Ostéoporose

Imagerie

- Radiographies Standard, IRM, Echographies-

Radiographies Standard

- Radiologie standard
 - Association d'érosions osseuses et de signes de reconstruction (appositions périostées)
 - Aspect de doigt dit en « pencil and cup »
 - Syndesmophytes

IRM

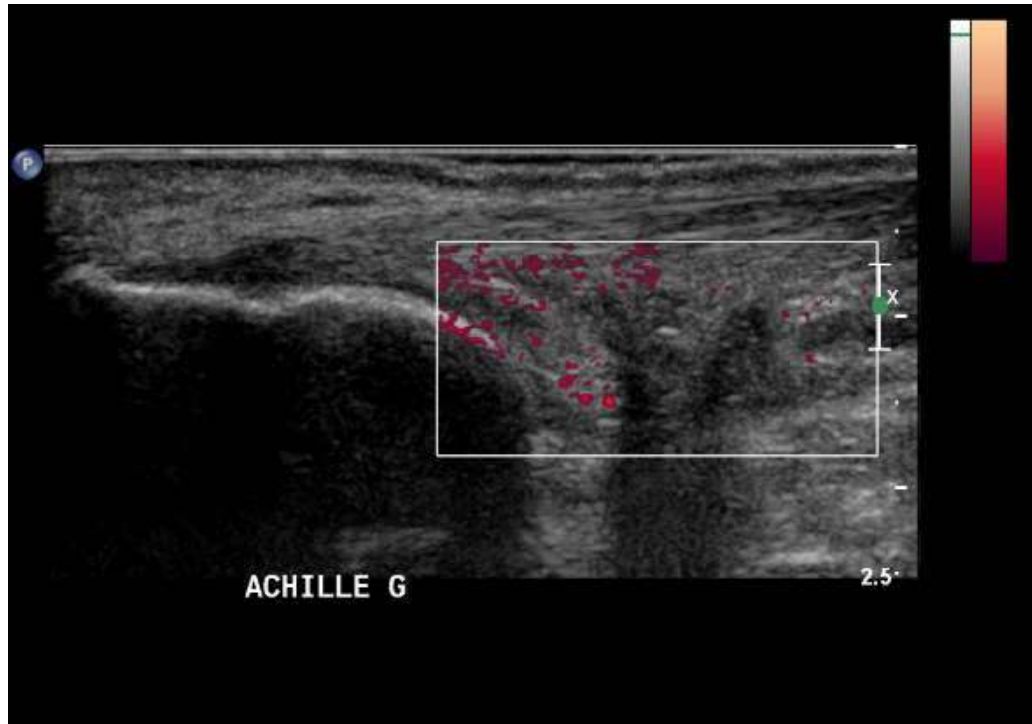


- Signes d'enthésopathie active
 - IRM des Sacroiliaque: Œdème osseuse en séquence STIR = sacro-iliite magnétique

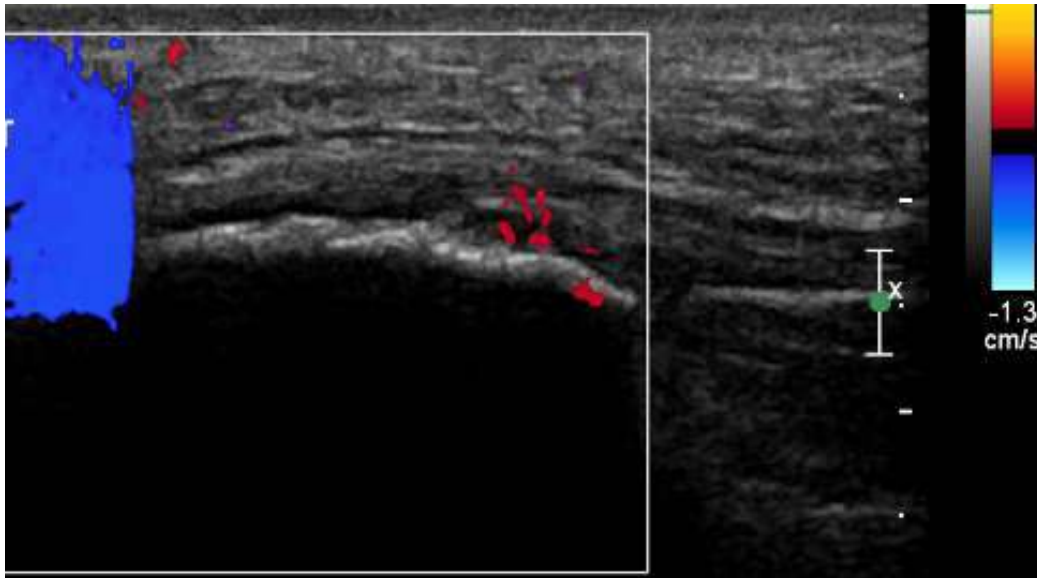
-



Echographie-doppler osteoarticulaire



- Enthésite du tendon calcaneen: hypervascularisation dans le territoire péri-enthésitique



- Echographie du tendon calcanéen: Erosions osseuses avec interruption focalisée de la corticale osseuse

Traitement

Efficacité estimée suivant les scores d'activité à 12 semaines pour une première réponse puis à 24 semaines pour l'efficacité globale

FORMES AXIALES

Première intention
AINS au moment des crises

Si Echappement

Biomédicaments
- Anti TNF alpha, Anti IL-17

FORMES PERIPHERIQUES

Première intention
AINS au moment des crises

Si Echappement
MTX

Si Echappement

Biomédicaments
- Anti TNF alpha, Anti IL-17, Anti IL12/23, Anti IL23, Anti CTLA4

Apremilast a n'utiliser que si contre-indication aux biothérapies ou maladie peu sévère

Dans un avenir proche, possibilité de prescription d'anti JAK avec ou sans méthotrexate

Mesures associées : antalgiques, kinésithérapie, activité physique, arrêt du tabac, information du patient, association de patients
Dépistage et traitement de l'ostéoporose, prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire

Biomédicaments

- **Anti-TNF alpha**
 - Infliximab: 5 mg/kg IV toutes les 8 semaines après induction
 - Etanercept: 50 mg SC une fois par semaine
 - Adalimumab: 40 mg SC toutes les deux semaines après induction
 - Certolizumab pegol: 200 mg SC toutes les deux semaines après induction
 - Golimumab: 50 mg SC une fois par mois

Biomédicaments

- **Anti IL-17**

- Sécukinumab: 300 mg SC une fois par mois après induction
- Ixékizumab: 80 mg SC toutes les 4 semaines après induction

- **Anti IL-12-23**

- Ustekinumab : 45 mg toutes les 12 semaines après induction ou 90 mg si >100kg

- **AntiCTLA4**

- Abatacept: 125 mg une fois par semaine

- **Anti JAK**

- à venir

BIBLIOGRAPHIE

- **Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 09 2017;376(10):957-70.**
- Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnetche T, Paul C, Richard M-A, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol. août 2015;73(2):242-8.
- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. Arthritis Rheum. 15 févr 2009;61(2):233-9.
- **Wendling D, Lukas C, Prati C, Claudepierre P, Gossec L, Goupille P, et al. Actualisation 2018 des recommandations de la Société française de rhumatologie (SFR) pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite. Rev Rhum. mai 2018;85(3):222-30.**
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum. août 2006;54(8):2665-73.

BIBLIOGRAPHIE

- Smolen J, Braun J, Dougados M, Emery P, et al,. Treating axial spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis, 2014; 73:6-16
- Smolen J, Schols M, Braun J, Dougados M, et al,. Treating axial spondyloarthropathies and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis to target. Ann Rheum Dis, 2018; 77:3-17