

20

Item 123

Psoriasis

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Diagnostiquer un psoriasis.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

COFER

Connaître les particularités cliniques, biologiques et radiologiques du rhumatisme psoriasique par rapport aux autres rhumatismes inflammatoires.

Savoir chercher les localisations cutanéomuqueuses préférentielles et plus rares du psoriasis.

Connaître les principales manifestations ostéo-articulaires du psoriasis.

Connaître les principes du traitement du rhumatisme psoriasique et de sa surveillance.

DÉFINITION

Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui appartient au groupe des spondylarthropathies ; mais, indépendamment de l'atteinte cutanée associée, il présente des caractéristiques originales qui lui sont propres.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU RHUMATISME PSORIASIQUE

L'incidence est de 6/100 000 par an et est maximale entre 30 et 55 ans. Le *sex ratio* est de 1 et sa prévalence serait de 0,12 % (probablement sous-estimée). L'âge de début est plus tardif par rapport aux autres SpA.

Chez les patients souffrant de psoriasis cutané (environ 2 % de la population générale), la fréquence des manifestations ostéo-articulaires est estimée à 5 % pour l'atteinte articulaire périphérique et à 35 % pour l'atteinte axiale.

Les études familiales suggèrent une prédisposition sur les antigènes HLA. Les associations avec HLA Cw*0602 et B17 semblent dépendre de la présence de psoriasis cutané. Le HLA B27, qui est moins fréquemment rencontré que dans les autres SpA, est associé à l'atteinte axiale.

SIGNES CLINIQUES

Présentation clinique habituelle de l'atteinte articulaire

La cible des spondylarthropathies et particulièrement du RP est l'enthèse. Les enthèses sont les insertions osseuses des tendons, des ligaments et capsules. Les SpA s'opposent en ce point à la polyarthrite rhumatoïde (qui atteint de façon élective la membrane synoviale). Au cours du RP, l'atteinte synoviale semble être secondaire à l'atteinte des enthèses.

L'atteinte articulaire est hétérogène et évolue par poussée. On peut distinguer 5 grands tableaux cliniques :

Atteinte interphalangienne distale aux doigts et aux orteils

Elle concerne 8 à 16 % des patients. La topographie asymétrique de l'atteinte est évocatrice, elle est souvent très inflammatoire.

Polyarthrites séronégatives symétriques ou asymétriques

Elles concernent 20 % des patients avec, au sein de ces formes, quelques cas d'atteintes diffuses très destructrices. Elles ont une présentation proche de la polyarthrite rhumatoïde, mais l'atteinte asymétrique et prédominante des interphalangiennes distales (IPD) (très rares au cours de la PR), l'absence habituelle du facteur rhumatoïde, l'absence de nodules rhumatoïdes ainsi que l'aspect des lésions radiologiques permettent le plus souvent de différencier un RP d'une PR. Il existe parfois une atteinte globale « tripolaire » d'un ou plusieurs doigts (atteinte MCP, IPP et IPD).

Mono ou oligoarthrites asymétriques

Elles concernent 15 à 40 % des cas. Elles touchent soit les grosses articulations, soit les orteils ou les doigts (atteinte privilégiée des MCP, MTP, IPP et/ou IPD). On

observe également l'aspect de « doigt ou orteil en saucisse » (association d'une arthrite de l'IPD, de l'IPP et d'une ténosynovite des fléchisseurs).

Formes axiales ou spondylarthropathie psoriasique

Elle concerne 20 à 40 % des cas. L'atteinte sacro-iliaque est peu symptomatique et souvent asymétrique. L'atteinte rachidienne se caractérise par des rachialgies inflammatoires plus souvent cervicodorsales. Les atteintes extra-articulaires sont rares dans cette forme de spondylarthropathie. Elle est associée dans la moitié des cas environ à une atteinte périphérique.

Formes sévères avec arthrites mutilantes des mains et des pieds

Elles concernent 5 % des malades, avec ostéolyse des phalanges, des MTP ou MCP, avec aspect « en lorgnette » possible (aspect rétracté du doigt ou de l'orteil reprenant sa taille habituelle si on l'étire).

Autres tableaux

D'autres tableaux sont également décrits.

ONYCHO-PACHYDERMOPERIOSTITE

C'est une entité radioclinique pathognomonique qui associe une onychose psoriasique, un épaissement douloureux des parties molles et une ostéopériostite ; elle prédomine sur l'hallux mais peut atteindre les autres orteils.

ORTEIL DE BAUER

Il associe une atteinte unguéale de l'orteil et une arthrite de l'IPD.

FORMES A PRESENTATION ENTHESIOPATHIQUE PURE

Elles s'expriment par des épicondylites, des tendinites achilléennes ou des calcanéites. Ces formes sont fréquentes, en particulier chez le sujet jeune.

Atteinte cutanée

La distribution des signes cutanés est très variable d'un patient à l'autre :

- 90 % ont un psoriasis :
 - préexistant dans environ 75 % des cas,
 - synchrones des manifestations articulaires dans 10-15 % des cas ;
- chez 10-15 % des malades, les signes articulaires précèdent les signes cutanés (il faut savoir rechercher des antécédents familiaux de psoriasis).

L'aspect habituel est le psoriasis en plaque ou « psoriasis commun » souvent évident (coudes, genoux, sacrum) (photo 9 dans le cahier couleur), mais il faut savoir rechercher les lésions psoriasiques plus discrètes autour de l'ombilic, au pli interfessier, sur le cuir chevelu et le conduit auditif externe.

L'atteinte unguéale serait l'atteinte dermatologique la plus fréquente au cours du RP se caractérisant par une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéale et un aspect ponctué des ongles dit en « dé à coudre » (photo 10 dans le cahier couleur).

Complications extra-articulaires

Comme pour les autres SpA, des complications extra-articulaires sont possibles (uvéite, entérocolopathies inflammatoires, etc.).

EXAMENS BIOLOGIQUES

Il n'y a pas d'élément spécifique :

- les marqueurs d'inflammation sont parfois élevés en cas de poussée évolutive surtout polyarticulaire ;
- le facteur rhumatoïde est en général absent ou présent à taux faible (5 à 15 % des malades) ;
- une hyperuricémie liée au psoriasis est présente dans 10 % des cas (elle ne doit pas égarer le diagnostic) ;
- HLA B27 est présent dans 20 à 25 % des cas et est associé aux formes axiales.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Caractéristiques générales

Bien qu'appartenant aux spondylarthropathies, le RP possède des caractéristiques radiologiques qui lui sont propres et qui orientent souvent le diagnostic (figure 20.1).

Il s'agit de l'association :

- de lésions destructrices (érosion marginale, ostéolyse) ;
- et de lésions reconstructrices (hyperostose, appositions périostées, enthésiophytes souvent exubérants surtout au rachis, ankylose).

Insérer figure 20.1 anciennement photo 37 page 396 de l'ancienne édition

L'ostéolyse précède l'ankylose, ce qui illustre le caractère secondaire de l'atteinte synoviale (mais l'ankylose sur une articulation peut coexister avec l'ostéolyse sur une autre). Les images érosives progressent en général de la périphérie vers le centre ; elles peuvent aboutir à l'image classique en « pointe de crayon » (amincissement

des têtes métacarpiennes ou métatarsiennes avec cupule de la base de la phalange) ou à une ostéolyse complète (acroostéolyse des houppes phalangiennes, arthrite mutilante). Les enthésites se traduisent ensuite par l'induction d'une reconstruction ostéopériostée (enthésophytes souvent « grossiers », épais), puis l'ankylose osseuse peut s'installer (parfois de façon asymptomatique), notamment aux articulations interphalangiennes.

Atteinte axiale

Elle est caractérisée par l'asymétrie de la sacroiliite (souvent condenses), et par l'existence de syndesmophytes grossiers et asymétriques, avec ossification en agrafe, de localisation préférentielle cervicodorsale.

Au pied

Au talon, l'aspect initial est celui d'une érosion postérieure ou inférieure (insertion du tendon d'Achille ou de l'aponévrose plantaire), puis apparaît la reconstruction périostée puis l'aspect de « pseudo-épine ». Dans les formes évoluées, une périostite engainante et exubérante du calcaneus peut apparaître.

Aux orteils et aux doigts

Les critères radiographiques des doigts et des orteils sont très variés, associant :

- arthrite érosive d'une articulation interphalangienne distale ;
- ostéolyse interphalangienne donnant un interligne anormalement élargi et des surfaces adjacentes très nettement délimitées ;
- ankylose d'une articulation interphalangienne ;
- périostite juxta-articulaire en spicule ou en bande d'un doigt ou d'un orteil ;
- résorption de la houppe phalangienne ou ostéopériostite de la phalangette.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Diagnostic différentiel du psoriasis

Les affections mycosiques et la dermatite séborrhéique prêtent parfois à confusion et nécessitent l'avis d'un dermatologue.

Diagnostic différentiel de l'atteinte rhumatologique

Il s'agit surtout de la polyarthrite rhumatoïde et des autres spondyloarthropathies (cf. chapitre 39).

La distinction entre un RP et une arthrose digitale érosive touchant les IPD est parfois difficile et repose sur le caractère plus érosif et reconstructeur du RP et une atteinte en général plus focale au cours de l'arthrose. Les affections microcristallines, notamment la goutte, peuvent parfois être évoquées.

TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE

La stratégie thérapeutique est similaire à celle de la polyarthrite rhumatoïde mais impose également une collaboration avec le dermatologue (traitements dermatologiques locaux et généraux).

Les traitements symptomatiques et locaux suffisent à contrôler les formes limitées et peu sévères de RP. Pour les formes polyarticulaires ou plus sévères, notamment en présence de signes radiologiques érosifs, un traitement de fond peut être instauré.

Traitements symptomatiques

Ils diffèrent peu de ceux des autres rhumatismes inflammatoires chroniques :

- anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : c'est le traitement de base à utiliser en première intention, ils n'ont pas d'effet sur la dermatose ;
- antalgiques : très volontiers utilisés ;
- la corticothérapie par voie générale à faible dose (< 10 mg/j de prednisone) ou des bolus de méthylprednisolone sont parfois utilisés, avec cependant un risque de rebond de la dermatose en cas d'arrêt brutal ou de diminution de la corticothérapie.

Traitements locaux rhumatologiques

Les traitements locaux sont recommandés dans les formes focalisées : infiltrations de dérivés cortisoniques, voire synoviorthèses ou chirurgie réparatrice. Ces gestes locaux nécessitent la préparation de la peau en cas de dermatose localisée.

Traitements non pharmacologiques

La physiothérapie, l'ergothérapie, la podologie, la kinésithérapie et la prise en charge psychologique font, comme dans la PR, partie intégrante d'une prise en charge adaptée et multidisciplinaire.

Traitements dits « de fond »

- Des sels d'or sont très peu utilisés et seulement par certaines équipes (pas d'étude contrôlée). L'hydroxychloroquine entraîne un risque d'aggravation

de la dermatose (en particulier réaction érythrodermique et exfoliatrice), de plus son efficacité n'a pas été prouvée.

- La sulfasalazine a fait l'objet d'essais randomisés et est efficace à la dose de 2 à 3 g/j.
- Le méthotrexate a démontré son efficacité sur l'atteinte articulaire et sur l'atteinte cutanée, aux doses habituellement prescrites dans la PR (7,5 à 25 mg/semaine) ou à dose supérieure pour certains.
- Le léflunomide, à la dose de 20 mg/j, est efficace dans le RP (sur l'atteinte articulaire comme sur le psoriasis).
- Les anti-TNF- α (étanercept et infliximab) ont une efficacité très nette aussi bien sur l'atteinte cutanée que sur l'atteinte articulaire ainsi que sur l'atteinte structurale.

Les modalités de suivi du RP sont globalement identiques à celles de la PR. Les atteintes, souvent additives dans le temps, tout particulièrement aux mains et aux pieds, aboutissent souvent à un handicap fonctionnel important.

Points clés

- Le rhumatisme psoriasique appartient au groupe des spondyloarthropathies mais s'en distingue cependant par des manifestations clinico-radiologiques propres.
- Le RP a des présentations cliniques très polymorphes et peut associer des atteintes axiales et périphériques.
- L'atteinte périphérique prédomine en distalité (IPD, mains et pieds).
- L'association de lésions radiologiques asymétriques, constructrices et destructrices, caractérise le RP.
- La stratégie thérapeutique est similaire à celle de la polyarthrite rhumatoïde mais impose également une collaboration avec le dermatologue (traitement de la dermatose).