

Le rhumatisme psoriasique

Dr Éric Estève

Dr Éric Lespessailles

Le rhumatisme psoriasique

Dr Éric Estève

Dr Éric Lespessailles



John Libbey
Eurotext



JANSSEN-CILAG, S.A.S. au capital social de 2 956 660 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le no B 562 033 068, dont le siège social est au 1, rue Camille Desmoulins, TSA 91003, 92787 Issy-les-Moulineaux.

© Crédit photos : les photos 5, 6, 7, 8, 10 et 12 appartiennent aux auteurs

ISBN: 978-2-7420-1692-1

Éditions John Libbey Eurotext

30, rue Berthollet
94110 Arcueil, France
contact@jle.com
<http://www.jle.com>

John Libbey Limited

34 Anyard Road, Cobham
Surrey KT11 2LA, Royaume-Uni

© 2022 John Libbey Eurotext. Tous droits réservés.

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20 rue des Grands-Augustins, 75010 Paris.

Les auteurs



Dr Éric Estève

Service de Dermatologie,
Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Orléans

Dr Éric Lespessailles

Service de Rhumatologie,
Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Orléans

Sommaire

Chapitre 1

Épidémiologie du psoriasis cutané et du rhumatisme psoriasique	1
---	---

Chapitre 2

Physiopathologie	3
> Rôle de la génétique	3
> Rôle de l'inflammation: une réponse complexe à médiation immunitaire	6
> Facteurs environnementaux	6
> Autres modèles de la maladie	9

Chapitre 3

Diagnostic positif du rhumatisme psoriasique	11
> Localisations spécifiques du psoriasis cutané prédisposant au rhumatisme psoriasique	12
> Signes cliniques	14

Chapitre 4

Examens complémentaires	19
> Examens à prescrire en première intention par le rhumatologue	19
> Examens à prescrire en première intention par le dermatologue	21

Chapitre 5

Scores d'évaluation d'activité du rhumatisme psoriasique	23
> Atteinte articulaire	23
> Atteinte enthésitique	24
> Dactylites	25
> Atteinte axiale	25
> Scores composites du rhumatisme psoriasique	26

Chapitre 6

Thérapeutique	35
> Traitements à la cible	35
> Traitements symptomatiques	36
> Traitements de fond	36
> Traitements ciblés	37
> Traitements de fond chimiques synthétiques ciblés (tsDMARD)	37
> Quels critères de choix?	38
> Traitements non médicamenteux	38

Chapitre 7

Parcours de soins et prise en charge	41
> Coopération dermatologue/rhumatologue: une prise en charge collaborative	41
> Rôle spécifique du dermatologue	42
> Suivi pratique du malade	42
Références	43

Épidémiologie du psoriasis cutané et du rhumatisme psoriasique

Le psoriasis cutané est une maladie inflammatoire fréquente qui touche **environ 125 millions d'individus dans le monde** [1]. Sa prévalence globale est estimée entre 1 et 4 % de la population adulte dans les pays occidentaux [2]. Cette prévalence varie notablement selon la géographie: elle est de l'ordre de 0,5 % en Asie et de 8 % en Norvège, soulignant le rôle des facteurs génétiques et/ou d'environnement dans le développement de la maladie. Globalement, la prévalence est plus élevée dans les pays économiquement favorisés [1].

Il existe plusieurs formes cliniques de psoriasis: psoriasis en plaques, psoriasis en gouttes, psoriasis palmoplantaire, psoriasis des plis, en particulier.

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire, associé le plus souvent au psoriasis cutané. Depuis 1964, il est reconnu comme une maladie distincte par le Collège Américain de Rhumatologie et est intégré dans le spectre des spondylarthropathies [3].

Il s'agit d'une maladie hétérogène et potentiellement grave pouvant nécessiter un traitement multidisciplinaire. Sa prévalence est mal connue, mais elle est estimée entre 0,1 et 1 % de la population générale [4].

Parmi les malades atteints de psoriasis, 2 à 30 % des malades développeront un rhumatisme psoriasique [1, 5-7].

L'histoire naturelle du rhumatisme psoriasique n'est pas encore complètement élucidée, en particulier la caractérisation des événements précliniques de nature immunologique, environnementaux et moléculaires, qui précèdent la survenue du rhumatisme psoriasique [7].

Chez 85 % des malades, **le psoriasis apparaît avant le rhumatisme psoriasique** ou simultanément, alors que dans 10 à 15 % des cas les manifestations articulaires précèdent les signes cutanés [1, 3].

Les manifestations cliniques du rhumatisme psoriasique apparaissent en général **5 à 12 ans après les manifestations cutanées**, le plus souvent chez des sujets adultes de 30 à 50 ans [5].

Le diagnostic doit être le plus précoce possible afin d'éviter les destructions articulaires, le dermatologue a un rôle de premier plan dans le dépistage du rhumatisme psoriasique.

Physiopathologie

Le rhumatisme psoriasique est une maladie inflammatoire chronique, cliniquement très hétérogène. Des facteurs génétiques, environnementaux, immunologiques et microbiologiques aux interactions complexes participent à la physiopathologie (**Figures 1 à 3**).

Rôle de la génétique

Le terrain génétique du rhumatisme psoriasique est encore mal caractérisé. Les variants sont nombreux et leur rôle respectif, dans les études d'associations, entre le terrain du psoriasis cutané et celui du rhumatisme psoriasique, est parfois difficile à différencier. **Mais on peut affirmer que le rhumatisme psoriasique est une maladie polygénétique très fortement héréditaire.**

Le risque de manifestation dans la fratrie par rapport à celui dans la population générale est bien plus élevé si l'on prend les exemples du psoriasis et de la polyarthrite rhumatoïde.

La présence de certains haplotypes serait plus fortement associée au rhumatisme psoriasique et à certains de ses phénotypes cliniques qu'au psoriasis.

Des analyses d'association à l'échelle du génome ont montré que certains polymorphismes dans le gène codant pour le récepteur de l'IL-23 (IL-23R), ainsi que des variantes dans l'expression et la signalisation du facteur nucléaire κB (NF- κB), étaient associés au rhumatisme psoriasique. De plus, des études d'association ont identifié d'autres allèles de risque tels l'IL-12A, l'IL-12B, l'IL-23R et les gènes qui régulent le NF- κB chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique et psoriasis.

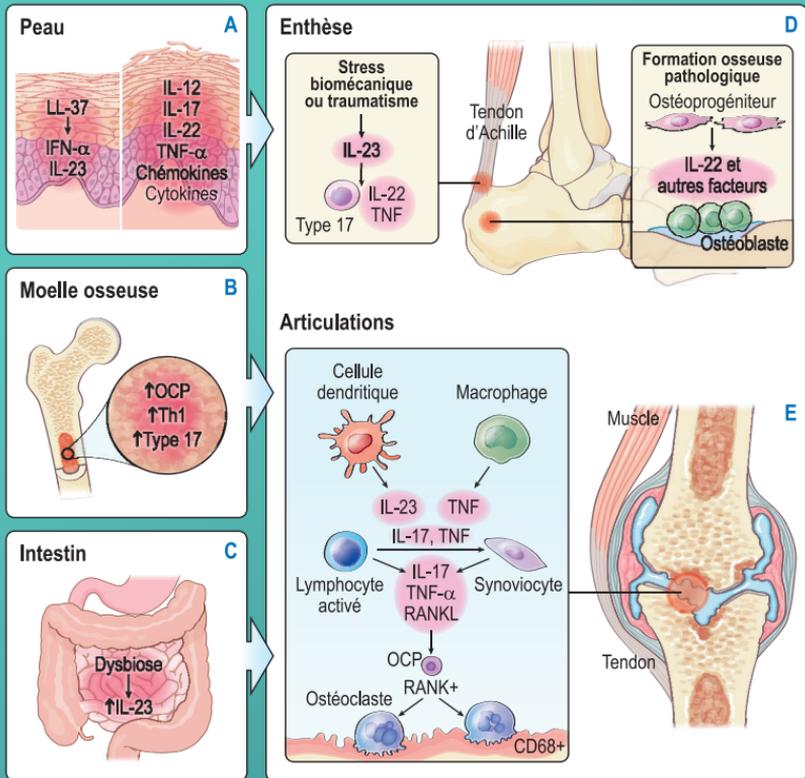


Figure 1. Voie de signalisation physiopathogénique dans le rhumatisme psoriasique (adapté de Ritchlin CT et al. *N Engl J Med* 2017 ; 376 : 957-70).

Légende de la figure 1. L'enchaînement des événements potentiellement responsables de la survenue du rhumatisme psoriasique est décrit dans la figure. Des interactions entre des facteurs environnementaux et des facteurs génétiques sont à l'origine d'une réponse inflammatoire se développant à des sites multiples. Dans la plaque cutanée se formant, l'ADN libéré par les kératinocytes stressés se lie au peptide antibactérien LL-37 et stimule la libération d'interféron α par les cellules dendritiques plasmacytoïdes, les cellules dendritiques dermiques activées migrent vers les ganglions lymphatiques de drainage et déclenchent la différenciation des cellules T auxiliaires Th1 et Th17. Les cellules Th1 et Th17 se réfugient dans le derme où elles libèrent des interleukines IL-12, IL-17 et IL-22, le TNF α et d'autres cytokines et chimiokines.

La libération de ces cytokines dans le derme favorise la prolifération des kératinocytes qui à leur tour libèrent des cytokines agissant de manière paracrine sur les cellules du derme (A).

L'expansion des cellules Th1 et Th17, d'autres cellules de type 17 et des précurseurs d'ostéoclastes (OCP) peut avoir lieu dans la moelle osseuse (B).

Une dysbiose microbienne peut déclencher une inflammation dans l'iléocolon et être à l'origine de la libération d'IL-23 et de cellules de type 17 (C).

Dans l'enthèse, la libération d'IL-23 en réponse à un stress biomécanique ou à un traumatisme au niveau du site d'insertion du tendon, active les cellules de type 17 et d'autres cytokines, incluant l'IL-22 et le TNF α , qui peuvent être à l'origine d'inflammation, d'érosion osseuse et de formation osseuse pathologique. En réponse à l'IL-22 et à d'autres voies de signalisation, les cellules mésoenchymateuses se différencient en ostéoblastes formant des enthésophytes au contact des enthèses et des articulations périphériques et des syndesmophytes au rachis (D).

À partir des enthèses ou de la circulation sanguine, les cellules de type 17, les OCP et les cellules dendritiques atteignent l'articulation adjacente. L'expression accrue du RANKL par les synoviocytes de la muqueuse associée à l'augmentation des taux d'IL-17, de TNF α et de RANKL exprimés par les cellules infiltrées, entraîne la différenciation des OCP en ostéoclastes matures, avec synovite et résorption osseuse (E).

Rôle de l'inflammation: une réponse complexe à médiation immunitaire

Les lymphocytes T jouent un rôle crucial dans la physiopathologie du psoriasis et du rhumatisme psoriasique. En effet, ces deux pathologies ont été associées avec les allèles du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) de type 1 et une expansion du clonage des cellules T CD8+ [8]. Les réponses Th1 et Th17 semblent donc être au cœur de la physiopathologie du rhumatisme psoriasique [9].

La comparaison des liquides synoviaux de la polyarthrite rhumatoïde et du rhumatisme psoriasique montre une présence plus importante des cellules de type C 17, incluant les cellules T auxiliaires CD4+ de type 17 (Th17) et les lymphocytes innés de type 3 (cellules produisant l'IL-17 et l'IL-22).

Enfin, l'importance de la voie IL-23/IL-17 et de la voie TNF a été soulignée dans la physiopathogénèse du rhumatisme psoriasique.

Facteurs environnementaux

Plusieurs facteurs de risque environnementaux ont été mis en évidence dans le rhumatisme psoriasique [7] (**Figure 2**).

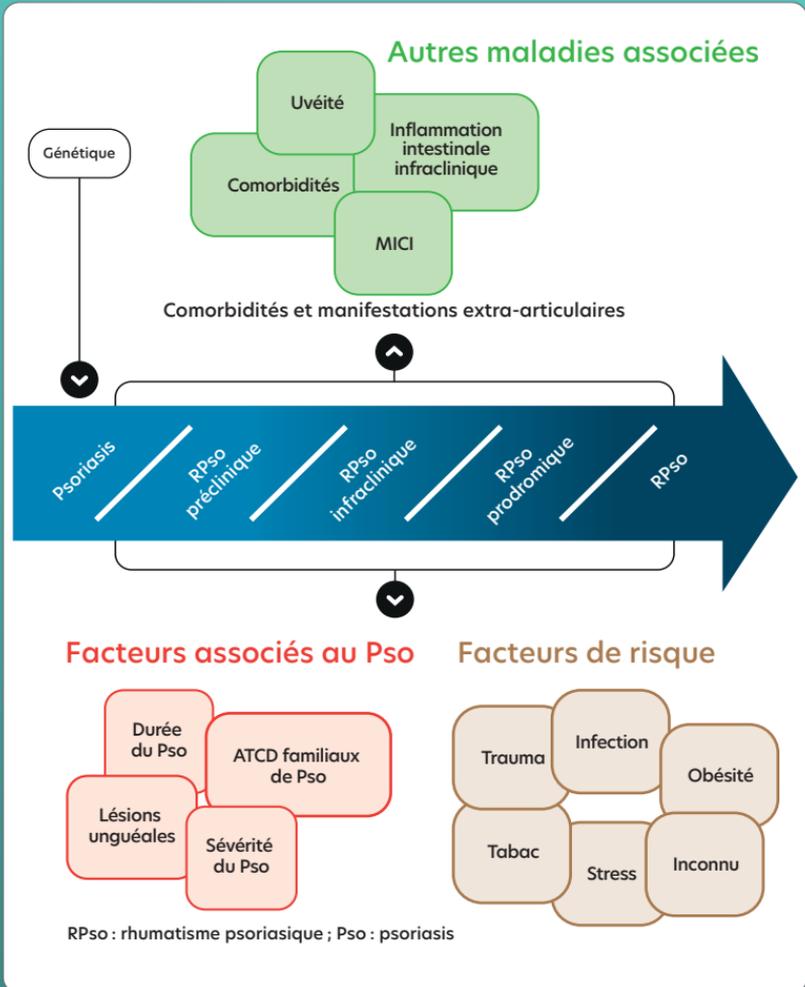


Figure 2. Développement du rhumatisme psoriasique : une interaction complexe de différents facteurs (adapté de Karmacharya P, et al. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2021 ; 35 : 101692).

L'obésité, certaines localisations particulières du psoriasis (**Figure 2**), mais aussi les traumatismes et les lésions profondes aux sites de traumatisme sont suspectés de participer à la transition entre le psoriasis et le rhumatisme psoriasique (**Figure 3**).

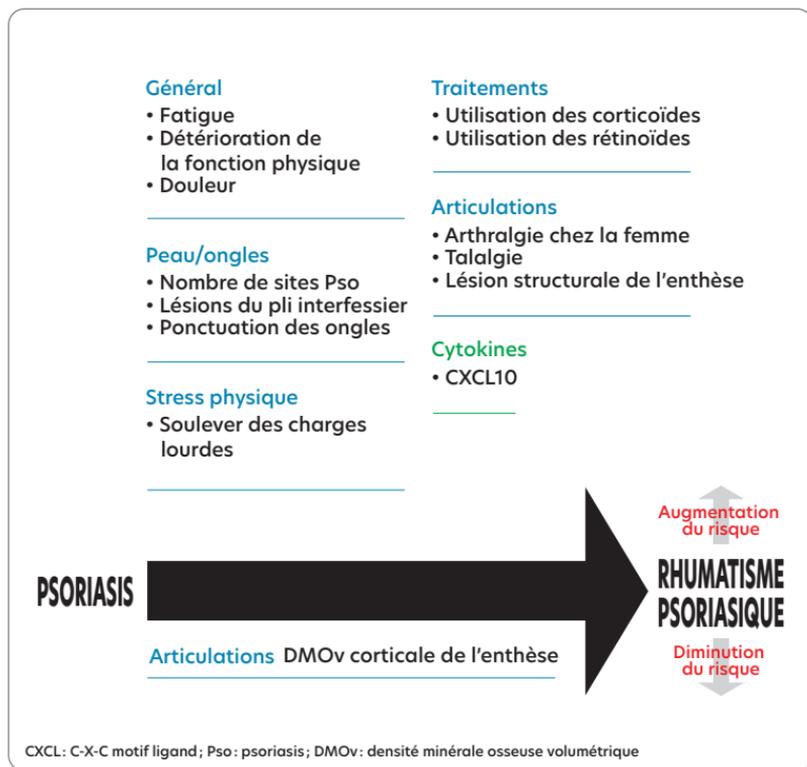


Figure 3. Facteurs prédictifs augmentant le risque de développer un rhumatisme psoriasique chez les patients atteints de psoriasis (adapté de Mulder MLM, et al. *Arthritis Res Ther* 2021; 23: 168).

Autres modèles de la maladie

>| Axe intestin-articulation

Les infections microbiennes sont des déclencheurs connus, et chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique, la présence d'inflammation infraclinique et d'une dysbiose intestinale a été rapportée [8].

>| Enthèse, facteur biomécanique, inflammation

L'inflammation au niveau des enthèses pourrait également être un élément essentiel dans le développement du rhumatisme psoriasique [10]. En effet, une altération du remodelage osseux associée à une synovite et une enthésite est observée dans un modèle murin, dans lequel l'administration d'IL-23 conduit à une arthrite centrée sur l'enthèse avec érosion osseuse et nouvelle formation osseuse [11].

Dans un modèle murin de surexpression naturelle du $TNF\alpha$ (TNF-dARE), les souris développent des arthrites, des enthésites, une inflammation axiale et intestinale. La suspension des pattes arrière de ces mêmes souris réduisait la sévérité et l'incidence du phénotype articulaire observé, mettant clairement en évidence le rôle des contraintes biomécaniques dans la physiopathologie du rhumatisme psoriasique [12].

Diagnostic positif du rhumatisme psoriasique

En l'absence de marqueur biologique spécifique, le diagnostic du rhumatisme psoriasique est fondé sur la présence de signes cliniques et d'imageries caractéristiques. S'il n'existe pas de critères validés pour le diagnostic du rhumatisme psoriasique, des critères de classification pour harmoniser le recrutement des patients dans les études cliniques ont été publiés, ce sont les critères CASPAR (Figure 4).

Atteinte inflammatoire articulaire (articulations périphériques, rachis, enthèses) + score \geq 3 points		Scores
1. Preuve de psoriasis (un des items)		
• psoriasis actuel		2
• antécédent personnel de psoriasis		1
• antécédent familial de psoriasis		1
2. Atteinte unguéale psoriasique		
• ponctuations, onycholyse, hyperkératose		1
3. Absence de facteurs rhumatoïdes		1
4. Dactylite (un des items)		
• tuméfaction actuelle de l'ensemble d'un doigt		1
• antécédent de dactylite		1
5. Preuves radiographiques de néoformation osseuse juxta-articulaire		
• ossification bien définie, près des interlignes sur des radios standard		
• mains et pieds		1
Sensibilité : 98,7 % - Spécificité : 91,4 %		

Figure 4. Critères CASPAR (adapté de CASPAR Study Group, Taylor W et al. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 2665-73).

Localisations spécifiques du psoriasis cutané prédisposant au rhumatisme psoriasique

La sévérité du psoriasis et la surcharge pondérale sont des facteurs prédictifs de la survenue d'un rhumatisme psoriasique [1]. Parmi les atteintes topographiques du psoriasis cutané prédisposant à la survenue d'un rhumatisme psoriasique, figurent l'atteinte du cuir chevelu (**Figure 5**) et l'atteinte du sillon interfessier (**Figure 6**).

L'atteinte unguéale est également fortement prédictive et est observée chez 80 à 90 % des malades ayant un rhumatisme psoriasique (**Figure 7**).

L'onycholyse psoriasique, distale ou proximale paraît être à risque. Cette onycholyse est expliquée par une inflammation de l'enthèse digitale distale qui relie l'os de la phalange distale, le tendon extenseur distal et la tablette unguéale [13]. L'onycholyse traduirait une enthésite digitale distale inaugurale du rhumatisme psoriasique dans sa forme périphérique [1, 5, 13, 14]. Mais de toutes les atteintes unguéales, c'est la ponctuation des ongles qui apparaît avoir le meilleur niveau de preuve de facteur de risque clinique [15] (**Figure 8**).

L'échographie à haute fréquence peut évaluer les articulations, les enthèses, les ongles et détecter des signes infracliniques de rhumatisme psoriasique [14]. L'ongle a donc un lien fort avec le squelette et peut probablement être considéré comme un des maillons essentiels entre la peau et les articulations dans le rhumatisme psoriasique [13].



Figure 5. Psoriasis du cuir chevelu et des oreilles.



Figure 6. Psoriasis du sillon interfessier.



Figure 7. Psoriasis unguéal.



Figure 8. Ponctuation des ongles.

Signes cliniques

L'examen clinique de la tête aux pieds est primordial. Plusieurs domaines d'atteintes peuvent être impliqués dans des combinaisons variables d'un sujet à l'autre [8]. Les six domaines à considérer sont les suivants :

- | atteinte cutanée;
- | atteinte unguéale;
- | atteinte articulaire périphérique (oligoarticulaire, polyarticulaire, distale, mutilante);
- | atteinte axiale;
- | atteinte enthésitique;
- | dactylites.

>| Atteinte cutanée et unguéale

Les lésions cutanées caractéristiques du psoriasis doivent être recherchées au niveau du cuir chevelu, des oreilles, de la région ombilicale, du pli interfessier et des ongles.

>| Atteinte articulaire périphérique

Cette atteinte est prédominante, **recouvrant 95 % des cas** [16]. Celle-ci est particulière par son caractère hétérogène et son évolution par poussée. Il est habituel de distinguer cinq tableaux cliniques (= sous-types); au cours de la vie, ces sous-types peuvent s'intriquer et se succéder.

Sous-type oligoarticulaire

Ce sous-type concerne **15 à 40 % des cas** et se manifeste par l'atteinte d'une à quatre articulations, la distribution de l'atteinte étant typiquement asymétrique. Les articulations atteintes sont le plus souvent les grosses articulations ou les articulations des orteils et des doigts.

Sous-type polyarthrite séronégative asymétrique ou symétrique

Ce sous-type concerne **20 % des patients**, certains d'entre eux développent des atteintes très destructrices. Dans ce sous-type, cinq articulations et davantage sont touchées avec une présentation parfois «PR like» (polyarthrite rhumatoïde like). Cependant l'asymétrie de l'atteinte, l'absence d'anti-CCP (antipeptides cycliques citrullinés) et de facteur rhumatoïde et les aspects radiographiques spécifiques du rhumatisme psoriasique permettent de redresser le diagnostic.

Sous-type atteinte distale

Ce sous-type isolé ne concerne que **5 % des patients** mais il est souvent associé à d'autres sous-types. L'atteinte concerne les interphalangiennes distales des doigts, des orteils ou les deux. L'inflammation et l'asymétrie de l'atteinte sont caractéristiques. Les radiographies des articulations périphériques montrent souvent une perte osseuse accompagnée d'érosions excentriques, d'un rétrécissement de l'interligne articulaire et d'une néoformation osseuse caractérisée par une périostite ankylose osseuse et des enthésophytes (**Figure 9**).



Figure 9. Atteinte radiologique : arthrite érosive avec atteinte des interphalangiennes distales (© Cofer, www.lecofer.org).

Sous-type atteinte arthritique mutilante

Ce sous-type sévère survenant chez **5 % des patients** se caractérise par une atteinte déformante et destructrice touchant les mains et les pieds (**Figure 10**). Il est marqué par une résorption osseuse importante, jusqu'à l'ostéolyse, reconnaissable par l'aspect dit en « lorgnette » des doigts ou des orteils, qui, rétractés, reprennent leur taille à l'étirement.



Figure 10. Atteinte arthritique mutilante.

>| Atteinte axiale

Cette manifestation clinique est prédominante dans **5 % des cas**. Elle est marquée par une atteinte du rachis et des sacro-iliaques. L'atteinte rachidienne est caractérisée par des rachialgies inflammatoires prédominant en cervicodorsal davantage qu'en lombaire; quant à l'atteinte sacro-iliaque, elle est le plus souvent asymétrique et peu symptomatique. **Ce sous-type est associé dans 50 % des cas à une atteinte périphérique.**

Sur le plan radiologique, en cas d'atteinte axiale, les manifestations associées au rhumatisme psoriasique incluent une sacro-iliite unilatérale et des syndesmophytes paramarginaux et verticaux volumineux (alors que dans la spondylarthrite ankylosante, l'atteinte sacro-iliaque est plus volontiers bilatérale et les syndesmophytes paramarginaux sont rares). La localisation préférentielle cervicodorsale et le caractère grossier et asymétrique des syndesmophytes sont caractéristiques.

>| Atteinte enthésitique

Observée chez **30 à 50 % des patients**, l'atteinte enthésitique affecte le plus souvent le tendon d'Achille et le fascia plantaire, les enthèses patellaires (*infra* et *supra*), la crête iliaque (**Figure 11**), les épicondyles médiaux et latéraux. Les insertions du supraspinatus peuvent également être touchées.



Figure 11. Enthésopathies diffuses du bassin (© Cofer, www.lecofer.org).

>| Dactylites

Des dactylites sont reportées chez **40 à 50 % des patients**. Leur prévalence est plus importante aux 3^e et 4^e orteils, mais tous les orteils et doigts peuvent être touchés (**Figure 12**).

Une dactylite est la résultante d'une arthrite de l'interphalangienne distale, de l'interphalangienne proximale et d'une ténosynovite des fléchisseurs. La dactylite peut être aiguë (gonflement, érythème de la peau, douleur) ou chronique (gonflement sans inflammation).

Cet aspect d'orteil ou de doigt «en saucisse» est très évocateur du rhumatisme psoriasique et est souvent associé aux formes sévères, caractérisées par une polyarthrite, des érosions osseuses et des formations osseuses pathologiques.



Figure 12. Dactylites.

Examens complémentaires

Examens à prescrire en première intention par le **rhumatologue**

> | Biologie

- Aucun paramètre biologique n'est pathognomonique du rhumatisme psoriasique.
- Les taux de protéine C-réactive ainsi que celui de la vitesse de sédimentation peuvent être augmentés en cas de poussée évolutive, en particulier en cas d'atteinte polyarticulaire.
- Le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-CCP (antipeptides cycliques citrullinés) sont absents chez 95 % des patients atteints de rhumatisme psoriasique.
- Environ 25 % des patients atteints de rhumatisme psoriasique sont HLA-B27 positif.
- La prévalence de cet haplotype peut aller jusqu'à 50 %, en particulier dans les formes axiales du rhumatisme psoriasique. Cet examen n'est pas remboursé en milieu libéral.
- La recherche de comorbidité associée et parfois le diagnostic différentiel justifie la recherche d'une hyperuricémie présente dans environ 10 % des cas.

> | Imagerie

Radiographies standard

Les radiographies standard comportent une étude :

- des mains et poignets (face) ;
- des pieds (F, P et trois quarts déroulés) ;
- du rachis ;
- de toute articulation symptomatique.

L'apparition d'une destruction osseuse et cartilagineuse accompagnée d'une néoformation osseuse pathologique est l'un des aspects les plus distinctifs du rhumatisme psoriasique (**Figure 13**). La présence sur un même doigt d'une atteinte articulaire des trois articulations (métacarpophalangienne, interphalangienne proximale, interphalangienne distale) est très caractéristique du rhumatisme psoriasique (**Figure 14**).

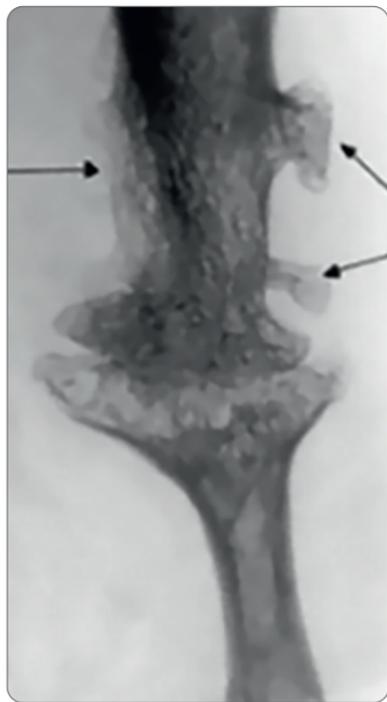


Figure 13. Conjonction d'une atteinte destructrice et constructive
(© Cofer, www.lecofer.org).



Figure 14. Atteinte des articulations métacarpophalangiennes, interphalangiennes proximales et interphalangiennes distales
(© Cofer, www.lecofer.org).

IRM du rachis et des sacro-iliaques

Les examens d'imagerie par résonance magnétique peuvent révéler des **érosions focales, une synovite et un œdème de la moelle osseuse** dans les structures périphériques et axiales, en particulier en regard des enthèses. L'œdème de la moelle est mieux observé sur les séquences STIR (*short tau inversion recovery*) pondérées en T2, avec suppression de graisse.

L'IRM du rachis et des sacro-iliaques permet de mettre en évidence des lésions inflammatoires en cas de rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale.

IRM et échographie Doppler

L'échographie Doppler puissance peut être utile pour identifier un **flux sanguin accru, une synovite, des érosions, une ténosynovite, des enthésophytes**.

L'IRM et l'échographie Doppler puissance peuvent être utiles dans le cadre d'un **diagnostic précoce, en cas de radiographies normales**.

La scintigraphie osseuse et la tomодensitométrie quantitative ne sont pas utiles en première intention.

Examens à prescrire en première intention par le dermatologue

Pour établir le diagnostic de psoriasis cutané, le dermatologue n'a besoin d'aucun examen complémentaire dans la grande majorité des cas, le caractère monomorphe des lésions, l'atteinte des zones bastions étant des signes suffisants. L'histologie cutanée est rarement nécessaire et le plus souvent non contributive s'il y a un doute clinique.

Scores d'évaluation d'activité du rhumatisme psoriasique

Compte tenu des spécificités cliniques du rhumatisme psoriasique, il est nécessaire d'avoir recours à l'utilisation de scores évaluant domaine par domaine ses différents aspects.

Atteinte articulaire

Pour apprécier de façon adaptée l'atteinte articulaire incluant l'atteinte périphérique, il est recommandé d'examiner les 68 articulations illustrées dans la **figure 15**.

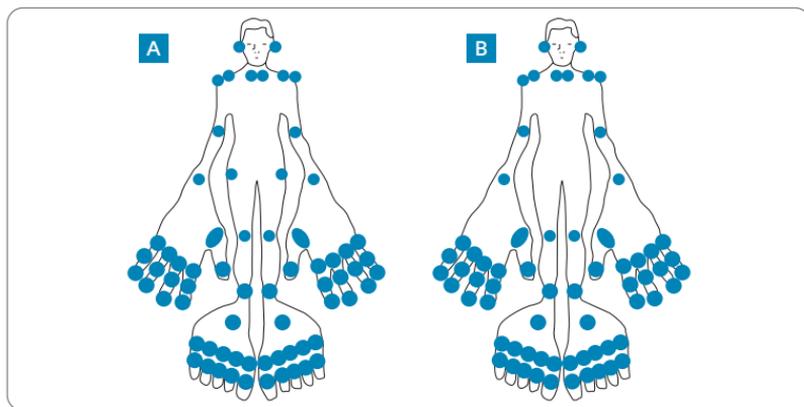


Figure 15. A. Décompte du nombre d'articulations douloureuses (0-68).
B. Décompte du nombre d'articulations gonflées (0-66).

Le **DAS 28** (*Disease Activity Score*) et les **scores ACR** ne sont pas adaptés. En effet, le score DAS 28 ne permet pas de dénombrer les atteintes distales qui pourtant représentent environ 25 % de l'atteinte articulaire inflammatoire dans le rhumatisme psoriasique. Quant au score ACR, il ne permet pas de rendre compte de l'atteinte de tous les domaines du rhumatisme psoriasique.

Atteinte enthésitique

De nombreux scores existent [17]. Les plus utilisés en recherche clinique sont explicités dans la **figure 16**. En pratique, le score évaluant six enthèses et l'interrogatoire suffisent généralement.

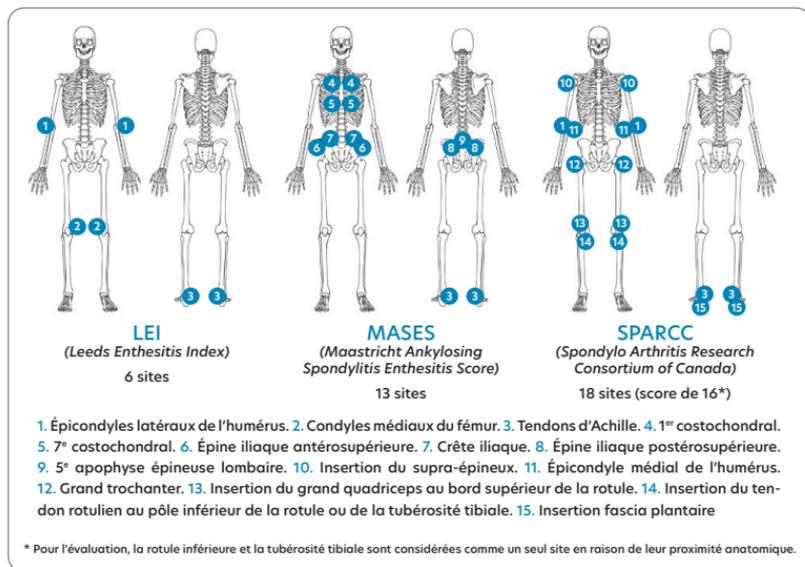


Figure 16. Sites d'enthésite évalués par chaque instrument (adapté de Mease PJ, et al. *J Rheumatol* 2017; 44: 599-608).

Dactylites

Les dactylites sont évaluées selon différentes approches. L'évaluation la plus simple consiste à faire le décompte des doigts et orteils affectés par une dactylite. Une autre approche plus complexe inclut une échelle de sévérité de 0 à 3 renseignée par le médecin qui évalue les 20 doigts (score maximum: 60).

Atteinte axiale

L'indice **BASDAI** (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) développé pour les spondyloarthrites est le plus utilisé pour apprécier l'atteinte axiale du rhumatisme psoriasique [18] (**Figure 17**).

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures	
1	Où situeriez-vous votre degré global de fatigue? Absent _____ Extrême
2	Où situeriez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante? Absent _____ Extrême
3	Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches? Absent _____ Extrême
4	Où situeriez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou la pression? Absent _____ Extrême
5	Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil? Absent _____ Extrême
6	Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil? Absent _____ Extrême

Mode de calcul : en premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6, puis calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions). Le score s'échelonne donc de 0 à 100

Figure 17. Indice BASDAI (d'après Garrett S et al., 1994 [18]).

Bien qu'il permette d'associer aux signes subjectifs un critère biologique d'inflammation, l'**ASDAS** (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*) est moins utilisé en pratique car il impose le recours à une calculatrice dédiée [19].

Scores composites du rhumatisme psoriasique

Plusieurs mesures composites ont été développées afin d'évaluer l'activité du rhumatisme psoriasique dans un seul instrument de mesure. La plupart de ces outils composites sont considérés comme multidimensionnels. En effet, ils combinent des évaluations de plusieurs domaines du rhumatisme psoriasique afin de quantifier et définir un état d'activité de la maladie, comme la faible activité (*low disease activity* [LDA]) ou la rémission.

Plusieurs scores composites existent: le score **PASDAS** (*Psoriatic Arthritis Disease Activity Score*) [20], le score composite **GRAPPA** (GRACE) et l'indice d'activité de la maladie (**CPDAI**) [21]. Ces mesures continues comportent des seuils définissant la LDA ou la rémission. Le score d'activité minimale de la maladie (**MDA**) [22] est un score binaire témoignant de la faible activité de la maladie ou de la rémission (**Tableau 1**). Ces scores composites permettent également de quantifier les changements d'activité de la maladie sous l'effet des traitements.

Se concentrant sur les composantes articulaires sans inclure d'évaluation de la fonction, le score **DAPSA** (*Disease Activity in Psoriatic Arthritis*) [23] (**Figure 18**), principal score composite unidimensionnel, est une mesure continue avec des seuils définis pour la LDA et la rémission.

Actuellement, le DAPSA et le MDA sont recommandés comme cibles pour le traitement du rhumatisme psoriasique. L'activité résiduelle de la maladie doit être évaluée en séparant les domaines au niveau unidimensionnel et individuel par d'autres scores spécifiques, par exemple les scores de dactylite ou d'enthésite (**Figure 16**).

Tableau 1. MDA (Minimal Disease Activity) (adapté de Coates LC, et al. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 48-53).

Le patient souffrant de rhumatisme psoriasique est considéré comme ayant une activité faible de la maladie s'il a 5 des 7 critères	
Nombre d'articulations douloureuses	≤ 1
Nombre d'articulations gonflées	≤ 1
Indice PASI ou surface atteinte	≤ 3
EVA douleur	≤ 15
EVA activité globale (malade)	≤ 20
HAQ	≤ 0,5
Nombre d'enthésiopathies	≤ 1

DAPSA = variation entre 0 et 164 points

>| Composantes du DAPSA

- NAG (66 articulations)
- NAD (68 articulations)
- évaluation de la douleur articulaire par le patient (EVA, 10 cm)
- évaluation globale de l'activité de la maladie par le patient (EVA, 10 cm)
- CRP (mg/L)

>| Calcul du DAPSA = NAG + NAD + douleur + activité maladie + CRP

>| Des scores plus élevés indiquent une maladie plus active

Activité de la maladie :

- 0-4: rémission
- 5-14: faible
- 15-28: modérée
- > 28: haute activité de la maladie

Figure 18. DAPSA (d'après Schoels MM, et al. *Ann Rheum Dis* 2016; 75: 811-8).

Les principaux scores en rhumatologie en un seul coup d'œil		
Intitulé	Nom complet	Descriptif
DAS 28	<i>Disease Activity Score</i>	Ce score n'est pas adapté. Il ne permet pas de dénombrer les atteintes distales
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>	Ce score n'est pas adapté. Il ne permet pas de rendre compte de l'atteinte de tous les domaines du rhumatisme psoriasique. Ce score est évalué dans les études cliniques
BASDAI	<i>Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index</i>	Permet d'apprécier l'atteinte axiale du rhumatisme psoriasique
Scores composites		
PASDAS	<i>Psoriatic Arthritis Disease Activity Score</i>	Score composite. Permet d'évaluer l'activité du rhumatisme psoriasique
GRAPPA (GRACE)	<i>Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA) Composite Disease Index Project (GRACE)</i>	Permet de mesurer la gravité du rhumatisme psoriasique et la réponse aux traitements
CPDAI	<i>Composite Psoriatic Disease Activity Index</i>	Score composite. Fournit l'indice d'activité de la maladie
MDA	<i>Minimal Disease Activity</i>	Révèle la faible activité de la maladie
DAPSA	<i>Disease Activity in Psoriatic Arthritis</i>	Score composite unidimensionnel. Permet une mesure continue avec des seuils définis pour la LDA et la rémission

>| Événements rapportés par les patients (PRO)

La prise en compte d'autres domaines d'impact rapportés par les patients atteints de rhumatisme psoriasique, tels que la fatigue, les aspects émotionnels, la capacité à travailler, l'incapacité fonctionnelle ou encore l'intimité ou la vie sexuelle, est indispensable pour la prise en charge de la maladie.

L'objectif du traitement est d'améliorer la qualité de vie des patients, comme cela a été souligné par différents groupes internationaux (Groupe de recherche et d'évaluation du psoriasis et du rhumatisme psoriasique [GRAPPA], Ligue européenne contre le rhumatisme [EULAR]). Différents instruments ont été développés pour mesurer la qualité de vie du patient.

Certains questionnaires non spécifiques, comme l'évaluation globale du patient, ou d'autres questionnaires plus complexes, comme le **HAQ** (*Health Assessment Questionnaire*) mais aussi l'**EuroQol-5 domain** (EQ-5D) et le **DLQI** (*Dermatology Life Quality Index*), sont souvent utilisés en recherche clinique.

>| PRO spécifique du rhumatisme psoriasique

Pour évaluer l'impact du rhumatisme psoriasique dans tous ses domaines en tenant compte du point de vue du patient, le questionnaire **PsAID** (*Psoriatic Arthritis Impact of Disease*) a été développé et validé par l'EULAR [24]. Ce questionnaire comporte 12 questions couvrant la plupart des aspects clés (**Figure 19**).

Nous vous demandons d'indiquer quel impact le rhumatisme psoriasique a eu sur votre santé. Veuillez indiquer comment vous vous sentez depuis 8 jours.

1. DOULEUR
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à la douleur causée par votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune Extrême

2. FATIGUE
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à la fatigue causée par votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune fatigue Complètement épuisé(e)

3. PROBLÈMES DE PEAU
Entourez le chiffre qui correspond le mieux aux problèmes de peau, y compris les démangeaisons, causés par votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucun Extrême

4. TRAVAIL ET/OU ACTIVITÉS DE LOISIRS
Entourez le chiffre qui correspond le mieux aux difficultés causées par votre rhumatisme psoriasique, pour exercer pleinement votre travail et/ou vos activités de loisirs, au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune Extrême

5. CAPACITÉ D'ACTIVITÉS PHYSIQUES
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à la difficulté causée par votre rhumatisme psoriasique pour accomplir vos activités physiques quotidiennes au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune difficulté Difficulté extrême

6. INCONFORT
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à la sensation d'inconfort ou de désagrément causée par votre rhumatisme psoriasique, pour les tâches quotidiennes, au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucun Extrême

7. SOMMEIL
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à la difficulté pour dormir (vous reposer la nuit), causée par votre rhumatisme psoriasique, au cours des 8 derniers jours:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune difficulté Difficulté extrême

Ne pas remplir

Résultat x3

Résultat x2

Résultat x2

Résultat x2

Résultat x2

Résultat x2

Figure 19. Questionnaire EULAR *Psoriatic Arthritis Impact of Disease* (PsAID): PsAID12 pour la pratique.

8. GESTION DE LA MALADIE

En considérant globalement votre rhumatisme psoriasique, comment avez-vous géré (fait face, fait avec) votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très bien

Très mal

Ne pas remplir

Résultat

x1

9. ANXIÉTÉ, PEUR, INCERTITUDE

Entourez le chiffre qui correspond le mieux au niveau d'anxiété, de peur et d'incertitudes (par exemple, au sujet de l'avenir, des traitements, de la peur de la solitude) causée par votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune

Extrême

Résultat

x1

10. GÊNE ET/OU HONTE

En considérant globalement votre rhumatisme psoriasique, entourez le chiffre qui correspond le mieux à la gêne et/ou la honte ressentie du fait de votre apparence, au cours des 8 derniers jours :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune

Extrême

Résultat

x1

11. VIE SOCIALE

Entourez le chiffre qui correspond le mieux aux difficultés que vous avez eues pour participer pleinement à des activités sociales (y compris les relations avec votre famille ou vos proches) à cause de votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune

Extrême

Résultat

x1

12. DÉPRESSION

Entourez le chiffre qui correspond le mieux au sentiment de dépression causé par votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune

Extrême

Résultat

x1

RÈGLES DE CALCUL Le PsAID est calculé sur la base de 12 questions d'échelles numériques Numerating Rating Scales (NRS). Chaque NRS est évaluée par un nombre compris entre 0 et 10.

Calcul : valeur finale PsAID =

- (PsAID1 (Douleur) : valeur NRS (note 0-10) x 3)
- + (PsAID2 (Fatigue) : valeur NRS (note 0-10) x 2)
- + (PsAID3 (Problèmes de peau) : valeur NRS (note 0-10) x 2)
- + (PsAID4 (Travail et/ou activités de loisirs) : valeur NRS (note 0-10) x 2)
- + (PsAID5 (Capacité d'activités physiques) : valeur NRS (note 0-10) x 2)
- + (PsAID6 (Inconfort) : valeur NRS (note 0-10) x 2)
- + (PsAID7 (Sommeil) : valeur NRS (note 0-10) x 2)
- + (PsAID8 (Gestion de la maladie) : valeur NRS (note 0-10) x 1)
- + (PsAID9 (Anxiété) : valeur NRS (note 0-10) x 1)
- + (PsAID10 (Gêne et/ou honte) : valeur NRS (note 0-10) x 1)
- + (PsAID11 (Vie sociale) : valeur NRS (note 0-10) x 1)
- + (PsAID12 (Dépression) : valeur NRS (note 0-10) x 1)

Le total doit être divisé par 20.

Ainsi, l'écart-type de la valeur PsAID finale est de 0 à 10. Les chiffres les plus élevés indiquent la plus forte aggravation de l'état ressent.

Prise en compte des données manquantes. Si une valeur NRS sur les 12 composant le PsAID est manquante, le calcul est le suivant :

- Calculez la valeur moyenne des 11 autres (comprises entre 0-10)
- Attribuez cette valeur à la donnée manquante
- Calculez ensuite le PsAID comme expliqué ci-dessus

Si deux valeurs NRS ou plus sont manquantes, le PsAID est considéré comme sans valeur (pas de calcul possible)

PsAID

final

sur 20

Additionner

les

et diviser

par 10



En pratique

Nous proposons les outils suivants pour l'évaluation clinique du rhumatisme psoriasique en routine de prise en charge.

Domaine de santé	Outils
Évaluation de la douleur	EVA ou EVN
Évaluation globale de l'activité de la maladie par le patient	EVA ou EVN
Atteinte articulaire	Score douleur et gonflement sur 66/68 articulations
Atteinte axiale	BASDAI
Atteinte dactylite	Nombre de doigts ou orteils atteints
Atteinte enthésique	Indice de <i>Leeds Enthesitis Index</i>
Atteinte cutanée	Surface cutanée atteinte
Atteinte unguéale	Nombre d'ongles atteints
Score composite	MDA

EVA : échelle visuelle analogique ; EVN : échelle verbale numérique ;
BASDAI : *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* ;
MDA : *Minimal Disease Activity*.

> Scores et échelles de qualité de vie en dermatologie : PASI, NAPS, PGA, DLQI

PASI (*Psoriasis Area Severity Index*)

Le PASI évalue l'atteinte cutanée de manière qualitative (sévérité de l'érythème, desquamation et infiltration lésionnelle) et quantitative (surface corporelle atteinte sur 4 sites anatomiques: tête, tronc, membres supérieurs, membres inférieurs). Le score varie de 0 à 72.

Son principal défaut est sa complexité. Il existe des applications d'utilisation beaucoup plus intuitive. En pratique, il est surtout utilisé pour les essais cliniques où il reste l'outil de référence.

NAPSI (*Nail Psoriasis Severity Index*)

le NAPSI est un score d'évaluation de l'atteinte unguéale. Chaque ongle, évalué séparément pour l'atteinte de la matrice et/ou du lit de l'ongle, est divisé en 4 quadrants. Pour l'atteinte de la matrice, chacun des cadrans compte pour un point en fonction des différents types d'atteinte (maximum 4 points). Le principe est le même pour la tablette. Le score s'échelonne de 0 à 8.

PGA (*Physician Global Assessment*)

Le PGA est un score facilement utilisable en pratique dermatologique courante. Il s'échelonne de 0 à 5 selon la sévérité des lésions:

- 0: psoriasis blanchi;
- 1: psoriasis mineur (plaques avec un faible érythème, squames occasionnelles et fines sur moins de 5 % des lésions, discrète surélévation de certaines plaques);
- 2: psoriasis léger (plaques rouges, squames minces et fines, surélévation légère mais systématique des plaques par rapport à la peau normale);
- 3: psoriasis modéré (plaques rouges marquées, squames épaisses, surélévation importante des plaques);
- 4: psoriasis sévère (plaques de coloration rouge très brillante, grosses squames épaisses, surélévation marquée des plaques à bords durs et tranchants);
- 5: psoriasis très sévère (plaques rouges à brunes très foncées, grosses squames épaisses, surélévation marquée des plaques à bords durs et tranchants).

DLQI (*Dermatology Life Quality Index*)

Le DLQI est la référence des échelles de qualité de vie en dermatologie. Il n'est pas spécifique du psoriasis. Il est composé de 10 questions portant sur les principaux champs de la vie du malade au cours des 7 derniers jours. Chaque question est scorée de 0 à 3. Un malade est impacté avec un score supérieur à 10 et très impacté avec un score supérieur à 20. Un score élevé doit alerter le praticien sur un possible risque suicidaire. Simple et rapide, le DLQI peut se heurter à la barrière linguistique, il faut alors accompagner le malade pour le remplissage.

Thérapeutique

Traitements à la cible

Le rhumatisme psoriasique est caractérisé par sa présentation phénotypique hétérogène. Les domaines pathologiques incluent l'arthrite périphérique, l'enthésite, la dactylite, la spondyloarthrite ou atteinte axiale, le psoriasis en plaques et le psoriasis unguéal.

Le domaine présentant le plus haut niveau d'activité est déterminant pour le choix thérapeutique, bien qu'il ne soit pas rare de trouver plusieurs domaines atteints chez un même patient.

Les décisions thérapeutiques pour le rhumatisme psoriasique sont guidées pour l'essentiel par les manifestations de la maladie présentes chez le patient. Les recommandations de l'American College of Rheumatology (ACR), l'EULAR et GRAPPA ainsi que celles de la Société Française de Rhumatologie (SFR) [25-27] incluent une approche à la cible ayant comme objectif de traitement l'activité minimale de la maladie ou la rémission. De plus, il est recommandé que la stratégie de traitement prenne en considération tous les principaux domaines cliniques du rhumatisme psoriasique ainsi que l'impact de la maladie sur la fonction, la douleur, la qualité de vie et les dommages structuraux.

Enfin, de nombreux patients souffrant de rhumatisme psoriasique présentent également des comorbidités dont la présence peut modifier la prise en charge, telles que la dépression, l'obésité, des maladies cardiovasculaires et ou encore un syndrome métabolique.

Traitements symptomatiques

- Chez les patients présentant une forme mono ou oligoarticulaire peu sévère, **les antalgiques et les AINS peuvent être utilisés**. Concernant ces derniers, leurs effets indésirables justifient une utilisation en cures courtes, notamment chez les patients ayant des comorbidités rénales, hépatiques ou cardiovasculaires.
- En cas de forme axiale du rhumatisme psoriasique, **les AINS sont recommandés en première ligne thérapeutique**.
- Pour les arthrites périphériques : en étudiant la balance des bénéfices et des risques, la **corticothérapie orale**, sur une courte période et à petites doses, est une option envisageable selon EULAR et GRAPPA [25, 26]. Cependant, la crainte d'un effet rebond et/ou l'aggravation du psoriasis en limite l'usage.
- En cas de tendinobursite ou de synovite isolée, **les traitements locaux à base de dérivés cortisoniques** ne doivent en revanche pas être négligés.

Traitements de fond

À côté du traitement ponctuel par des traitements symptomatiques des formes peu sévères du rhumatisme psoriasique (présentation oligo-articulaire non sévère), le traitement initial repose sur **l'initiation d'un traitement dit de fond**, c'est-à-dire d'un traitement antirhumatismal modificateur de la maladie (DMARD).

Traitements ciblés*

- **Les agents anti-TNF α** ont montré leur capacité à supprimer l'inflammation de la peau et des articulations. Ils retardent la progression radiographique [28]. L'efficacité de ces agents, fondée sur des données ayant inclus des patients atteints de spondyloarthrite, a été démontrée pour la dactylite, l'enthésite et l'atteinte axiale.
- **Les agents inhibiteurs de l'IL-17** ont démontré leur efficacité pour améliorer aussi bien les aspects cutanés qu'articulaires.
- **Les agents inhibiteurs de l'IL-23** ont démontré également leur efficacité pour la prise en charge du psoriasis en plaques et du rhumatisme psoriasique.

Traitements de fond chimiques synthétiques ciblés (tsDMARD)

Parmi les traitements de fond ciblés, de petites molécules agissant au niveau intracellulaire par voie d'administration *per os* ont vu le jour.

Si les premiers travaux concernant les inhibiteurs de kinases dans les maladies auto-immunes ont porté sur les MAP-kinases, ce sont actuellement les **voies JAK-STAT** qui sont les principales voies de signalisation intracellulaire faisant l'objet de travaux cliniques, essentiellement dans la polyarthrite rhumatoïde [29]. Le système JAK-STAT permet la transduction du signal de différentes cytokines. L'activation des protéines STAT impliquées dans ces voies de signalisation intracellulaires est sous la dépendance de l'activité tyrosine kinase des protéines Janus kinases (JAK). Les protéines STAT se rassemblent alors en dimères et migrent dans le noyau où elles stimulent la transcription de gènes cibles spécifiques.

* Attention, cette liste n'est pas exhaustive.

Les voies de signalisation intracellulaires impliquées dans l'activation et la polarisation des macrophages sont susceptibles d'être régulées par des agents thérapeutiques inhibant spécifiquement les voies JAK-STAT. Le système JAK-STAT va agir comme un facteur de transcription permettant la mise en action des gènes impliqués dans la synthèse de cytokines pro-inflammatoires (IL-6, IL-1, IL-12).

Quels critères de choix ?

La difficulté pour le rhumatologue est de **choisir le traitement le plus adapté** en fonction des comorbidités et des domaines impactant le plus le patient. En effet, si certains traitements apparaissent efficaces sur la totalité des domaines considérés dans le rhumatisme psoriasique, certains d'entre eux n'ont pas montré d'efficacité dans certains domaines dont l'atteinte axiale, les dactylites et les enthésites.

La **figure 20** illustre les mécanismes des traitements ciblés dans le rhumatisme psoriasique.

Traitements non médicamenteux

L'éducation thérapeutique, en insistant de façon contractuelle avec le patient sur le bon contrôle inflammatoire de la maladie, est cruciale. Des changements de mode de vie, la lutte contre la sédentarité et contre le stress doivent également être au cœur de la prise en charge.

Il est également important de dépister et prendre en charge, outre les manifestations extra-articulaires du rhumatisme psoriasique, les principales comorbidités qui y sont associées, au rang desquelles figurent l'obésité, le diabète, le syndrome métabolique, la stéatose hépatique et le syndrome dépressif, justifiant souvent une prise en charge multidisciplinaire.

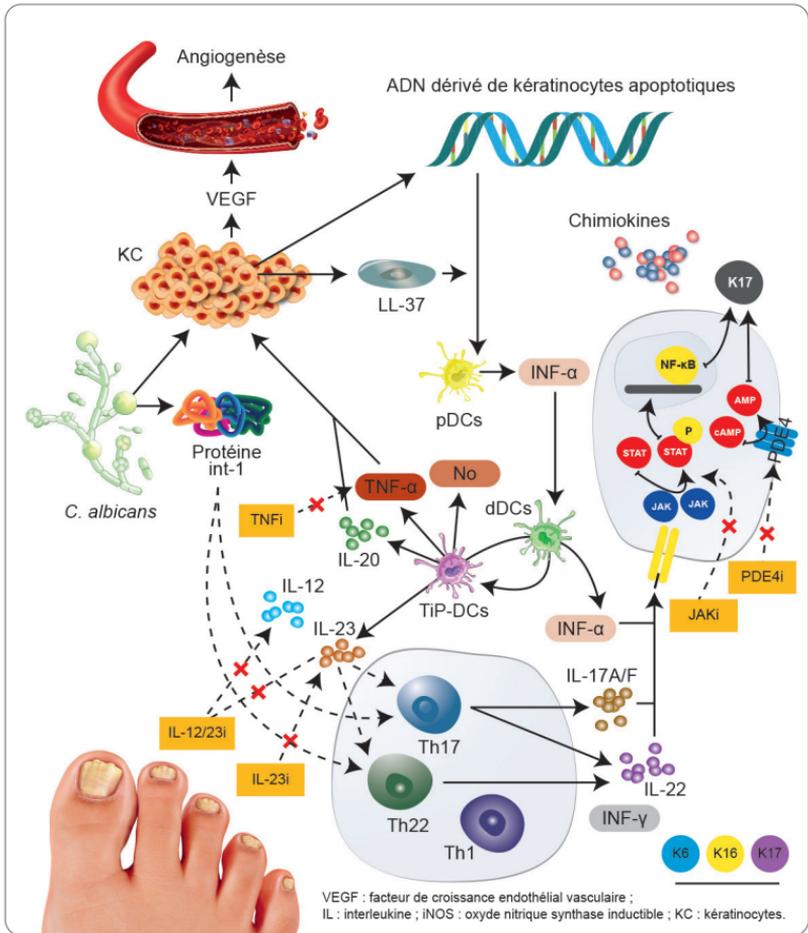


Figure 20. Mécanismes d'action des traitements ciblés dans le rhumatisme psoriasique (adapté de Ventura A, et al. *Drug Des Devel Ther* 2017; 11: 2527-35).

Parcours de soins et prise en charge

Coopération dermatologue/rhumatologue : une prise en charge collaborative

Les prises en charge multidisciplinaires, comme les consultations psoriasis/rhumatisme psoriasique, ont montré leur efficacité dans l'amélioration de la prise en charge de ces différentes pathologies [30]. Ces consultations multidisciplinaires sont nées de la volonté des médecins de proposer des réponses adaptées à des problématiques complexes nécessitant l'expertise de plusieurs spécialités [6]. Elles répondent au désir du patient de bénéficier d'une prise en charge plus holistique [31]. Il existe plusieurs types de consultations pluridisciplinaires psoriasis/rhumatisme psoriasique [6] :

- le rhumatologue et le dermatologue voient le malade le **même jour** successivement, et les décisions sont prises de manière **collégiale**;
- le malade est vu à des **jours différents** par les deux spécialistes, et la décision est ensuite transmise au malade après une discussion;
- le rhumatologue et le dermatologue examinent le malade **conjointement** et prennent une décision collégiale en fin de consultation. Il s'agit de l'option choisie par les deux auteurs. Elle permet d'intégrer le malade dans les prises de décisions et de définir au plus près ses attentes en présence des deux praticiens. En particulier, les malades ayant les pathologies les plus sévères bénéficient d'une prise en charge plus rapide et plus ciblée, évitant les allers-retours entre les différents spécialistes [31].

Enfin, les comorbidités observées dans le psoriasis et le rhumatisme psoriasique rendent souhaitable la prise en charge conjointe par d'autres intervenants médicaux et paramédicaux avec le rhumatologue et le dermatologue.



Rôle spécifique du dermatologue

Le rôle spécifique du dermatologue est multiple dans une consultation commune :

- | valider le diagnostic de psoriasis s'il y a un doute ;
- | évaluer la gravité du psoriasis cutané ;
- | évaluer le retentissement psychologique de la maladie cutanée ;
- | discuter avec le rhumatologue des options thérapeutiques les plus pertinentes en fonction des atteintes cutanées et/ou articulaires prédominantes, apporter son expertise sur la peau.

Le dermatologue dépistera les atteintes de zones prédictives de survenue d'un rhumatisme psoriasique (ongles, cuir chevelu, sillon interfessier). L'expertise dermatologique sera particulièrement précieuse en cas d'effets secondaires cutanés potentiellement induits par les traitements rhumatologiques. L'imputabilité relève de la précision du diagnostic dermatologique et de la démarche médicamenteuse, qui peut entraîner la contre-indication de certains traitements.

Suivi pratique du malade

Le psoriasis et le rhumatisme psoriasique évoluant par poussées, il est nécessaire de revoir les malades régulièrement, si possible conjointement, un échappement thérapeutique pouvant survenir sur la peau, les articulations ou les deux. Le dermatologue et le rhumatologue doivent être clairement identifiés et joignables par le patient en cas d'aggravation clinique. L'intervalle entre deux consultations est de fait dicté par l'état du patient.

Références

1. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA* 2020; 323: 1945-60.
2. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM; IMPACT project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133: 377-8.
3. Coates LC, Helliwell PS. Psoriatic arthritis: state of the art review. *Clin Med* 2017; 17: 65-70.
4. Karmacharya P, Chakradhar R, Ogdie A. The epidemiology of psoriatic arthritis: A literature review. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2021; 35: 101692.
5. Menter A. Psoriasis and psoriatic arthritis overview. *Am J Manag Care* 2016; 22 (8 Suppl): s216-24.
6. Gervais E. Améliorer le diagnostic et la prise en charge du rhumatisme psoriasique, des questionnaires de dépistage à la consultation bi-disciplinaire. *Rev Rhum Monographie* 2020; 87: 302-6.
7. Mulder MLM, van Hal TW, Wenink MH, et al. Clinical, laboratory, and genetic markers for the development of presence of psoriatic arthritis in psoriasis patients: a systematic review. *Arthritis Res Ther* 2021; 23: 168.
8. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med* 2017; 376: 957-70.
9. McGonagle DG, McInnes IB, Kirkham BW, Sherlock J, Moots R. The role of IL-17A in axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis: recent advances and controversies. *Ann Rheum Dis* 2019; 78: 1167-78.
10. Bridgwood C, Sharif K, Sherlock J, Watad A, McGonagle D. Interleukin-23 pathway at the enthesis: The emerging story of enthesitis in spondyloarthropathy. *Immunol Rev* 2020; 294: 27-47.
11. Sherlock JP, Joyce-Shaikh B, Turner SP, et al. IL-23 induces spondyloarthropathy by acting on ROR- γ t+ CD3+CD4-CD8- enthesial resident T cells. *Nat Med* 2012; 18: 1069-76.
12. Jacques P, Lambrecht S, Verheugen E, et al. Proof of concept: enthesitis and new bone formation in spondyloarthritis are driven by mechanical strain and stromal cells. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 437-45.

13. McGonagle D, Tan AL, Benjamin M. The nail as a musculoskeletal appendage - implications for an improved understanding of the link between psoriasis and arthritis. *Dermatology* 2009; 218: 97-102.
14. Zabotti A, Tinazzi I, Aydin SZ, McGonagle D. From Psoriasis to Psoriatic Arthritis: Insights from Imaging on the Transition to Psoriatic Arthritis and Implications for Arthritis Prevention. *Curr Rheumatol Rep* 2020; 22 : 24.
15. 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: 915-23.
16. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008 ; 58 : 851-64.
17. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES), Leeds Dactylitis Index (LDI), Patient Global for Psoriatic Arthritis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), and Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI). *Arthritis Care Res* 2011; 63 (Suppl 11): S64-85.
18. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994; 21: 2286-91.
19. Lukas C, Landewé R, Sieper J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 18-24.
20. Helliwell PS, FitzGerald O, Fransen J, et al. The development of candidate composite disease activity and responder indices for psoriatic arthritis (GRACE project). *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 986-91.
21. Mumtaz A, Gallagher P, Kirby B, et al. Development of a preliminary composite disease activity index in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 272-7.

22. Coates LC, Fransen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: a proposed objective target for treatment. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 48-53.
23. Schoels MM, Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. *Ann Rheum Dis* 2016; 75: 811-8.
24. Gossec L, de Wit M, Kiltz U, et al. A patient-derived and patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 1012-9.
25. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 700-12.
26. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016; 68: 1060-71.
27. Wendling D, Lukas C, Prati C, et al. 2018 update of French Society for Rheumatology (SFR) recommendations about the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine* 2018; 85: 275-84.
28. Mease PJ. Biologic Therapy for Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2015; 41: 723-38.
29. Le Quellec A, Carvajal Alegria G, Guellec D, Saraux A. Place des inhibiteurs de JAK dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum Monographie* 2018; 85: 19-24.
30. Argobi Y, Smith GP. Analysis of the first 5 years of an interdisciplinary Rheumatology-Dermatology clinic. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46: 270-5.
31. Theodorakopoulou E, Dalamaga M, Katsimbri P, Boumpas DT, Papadavid E. How does the joint dermatology-rheumatology clinic benefit both patients and dermatologists? *Dermatol Ther* 2020; 33: e13283.

Le rhumatisme psoriasique

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique associé le plus souvent au psoriasis cutané. Cette maladie hétérogène et potentiellement grave peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie.

Le dermatologue joue un rôle majeur dans le dépistage du rhumatisme psoriasique qui apparaît en général quelques années après les manifestations cutanées. Ainsi, plus tôt le diagnostic sera posé, plus tôt une prise en charge adaptée pourra être mise en place, la plupart du temps dans un cadre multidisciplinaire.

Ce petit guide lui est destiné, fournissant dans un style concis et concret toutes les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques les plus récentes.

Rédigé «à quatre mains» par le docteur Éric Estève, dermatologue, et le docteur Éric Lespessailles, rhumatologue, tous deux exerçant au centre hospitalier régional d'Orléans, l'ouvrage est le reflet de leur pratique quotidienne. Ils prennent soin en effet de rappeler au fil des pages, ce qui, dans une prise en charge collaborative, va dépendre de l'un ou de l'autre.

Le suivi au long cours du patient atteint de rhumatisme psoriasique repose sur le dialogue permanent entre ces deux spécialités, dans une démarche collégiale, pour mieux répondre aux besoins du patient.