

Item 123 : Psoriasis

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :	3
SPECIFIQUE :	3
I Définition	3
II Épidémiologie du rhumatisme psoriasique	4
III Signes cliniques	4
III.1 Présentation clinique habituelle de l'atteinte articulaire	4
III.1.1 Atteinte interphalangienne distale aux doigts et aux orteils	4
III.1.2 Polyarthrites séronégatives symétriques ou asymétriques	4
III.1.3 Mono- ou oligoarthrites asymétriques	5
III.1.4 Formes axiales, ou spondylarthropathie psoriasique	5
III.1.5 Formes sévères avec arthrites mutilantes des mains et des pieds	5
III.1.6 Autres tableaux	5
III.1.6.1 Onycho-pachydermo-périostite	5
III.1.6.2 Orteil de Bauer	6
III.1.6.3 Formes à présentation enthésiopathique pure	6
III.2 Atteinte cutanée	6
III.3 Manifestations extra-articulaires (sauf psoriasis)	7
IV Examens biologiques	7
V Étude radiologique	7
V.1 Caractéristiques générales	7
V.2 Atteinte axiale	9
V.3 Au pied	9
V.4 Aux orteils et aux doigts	9
VI Diagnostic différentiel	9

VI.1 Diagnostic différentiel du psoriasis.....	9
VI.2 Diagnostic différentiel de l'atteinte rhumatologique.....	9
VII Traitement du rhumatisme psoriasique.....	10
VII.1 Traitements symptomatiques.....	10
VII.2 Traitements locaux rhumatologiques.....	10
VII.3 Traitements non pharmacologiques.....	10
VII.4 Traitements dits « de fond ».....	11

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer un psoriasis.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

SPECIFIQUE :

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

I DÉFINITION

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique qui appartient au groupe des spondylarthropathies ; mais, outre l'atteinte cutanée associée, le rhumatisme psoriasique présente des caractéristiques originales qui lui sont propres.

II ÉPIDÉMIOLOGIE DU RHUMATISME PSORIASIQUE

L'incidence est de 6 pour 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 semble habituellement plus tardif par rapport aux autres spondylarthropathies.

Chez les patients souffrant de psoriasis cutané (environ 2 % de la population générale), la fréquence des manifestations ostéoarticulaires inflammatoires est estimée entre 5 et 25 %. Les études familiales suggèrent une prédisposition associée aux antigènes Human Leukocyte Antigen. 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 spondylarthropathies, est associé à l'atteinte axiale.

III SIGNES CLINIQUES

III.1 PRÉSENTATION CLINIQUE HABITUELLE DE L'ATTEINTE ARTICULAIRE

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

L'atteinte articulaire est hétérogène et évolue par poussée. On peut distinguer cinq grands tableaux cliniques, qui sont en fait souvent intriqués ou se succèdent au cours de la vie du patient :

III.1.1 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.

III.1.2 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 (très rares au cours de la polyarthrite rhumatoïde), 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 rhumatisme psoriasique d'une polyarthrite rhumatoïde. Il existe parfois une atteinte globale « tripolaire » d'un ou plusieurs doigts (atteinte des métacarpophalangiennes, interphalangiennes proximales et distales).

III.1.3 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 métacarpophalangiennes, métatarsophalangiennes, interphalangiennes proximales et/ou distales). On observe également l'aspect de doigt ou orteil « en saucisse » (association d'une arthrite de l'interphalangienne distale, de l'interphalangienne proximale et d'une ténosynovite des fléchisseurs). Le doigt ou orteil en saucisse est très évocateur du rhumatisme psoriasique.

III.1.4 Formes axiales, ou spondylarthropathie psoriasique

La spondylarthropathie psoriasique concerne 20 à 40 % des cas. L'atteinte sacroiliaque est peu symptomatique et souvent asymétrique. L'atteinte rachidienne se caractérise par des rachialgies inflammatoires plus souvent cervicodorsales. Elle est associée dans la moitié des cas environ à une atteinte périphérique.

III.1.5 Formes sévères avec arthrites mutilantes des mains et des pieds

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

III.1.6 Autres tableaux

D'autres tableaux sont également décrits.

III.1.6.1 Onycho-pachydermo-périostite

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 (figure 17.1).

Figure 17.1 : Onycho-pachydermo-périostite psoriasique de l'hallux



Collection C. Marcelli →Caen.

III.1.6.2 Orteil de Bauer

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

III.1.6.3 Formes à présentation enthésiopathique pure

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

III.2 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 ;
- synchrone des manifestations articulaires dans 10 à 15 % des cas ;

- chez 10 à 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 plaques ou « psoriasis commun » souvent évident (coudes, genoux, sacrum) (figure 17.2), 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 rhumatisme psoriasique se caractérisant par une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéale et un aspect ponctué des ongles dit en « dé à coudre » (figure 17.3).

Les malades « dermatologiques » ayant lors de la première consultation une des localisations suivantes : atteinte du cuir chevelu, atteinte des plis inguinaux et interfessiers, atteinte unguéale, seraient plus à risque de développer un rhumatisme psoriasique.

Figure 17.2 : Psoriasis des genoux (a) et des coudes (b)



Collection diapotheque COFER.

Figure 17.3 : Aspect caractéristique d'une polyarthrite psoriasique avec une « panarthrite » de l'ensemble d'un doigt (doigt en « saucisse ») associée à des lésions psoriasiques cutané-unguérales distales



Collection J. Sibia →Strasbourg.

III.3 MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES (SAUF PSORIASIS)

Comme pour les autres spondylarthropathies, des manifestations extra-articulaires sont possibles (uvéïte, entérocolopathies inflammatoires, etc.).

IV 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) ; les anti-CCP ou ACPA sont habituellement absents ;
- une hyperuricémie a été rapportée dans 10 % des cas (elle serait liée au psoriasis mais ne doit pas en tout cas égarer le diagnostic) ;
- HLA B27 est présent dans 20 à 50 % des cas suivant la forme (plus fréquent dans les formes axiales).

V ÉTUDE RADIOLOGIQUE

V.1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Bien qu'appartenant aux spondylarthropathies, le rhumatisme psoriasique possède des caractéristiques radiologiques qui lui sont propres et qui orientent souvent le diagnostic (figure 17.4). Il s'agit de l'association souvent évocatrice :

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

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 (acro-ostéolyse des houpes phalangiennes, arthrite mutilante) (figures 17.5 et 17.6). 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.

Figure 17.4 : Aspect caractéristique d'une atteinte psoriasique : association de lésions érosives, d'appositions périostées et d'hyperostose touchant électivement la dernière phalange (souvent associé à une atteinte unguéale constituant ainsi l'onycho-pachydermo-périostite psoriasique).



Figure 17.5 : Radiographie de la main droite. Arthrites à tendance destructrice des articulations interphalangiennes proximales et distales.

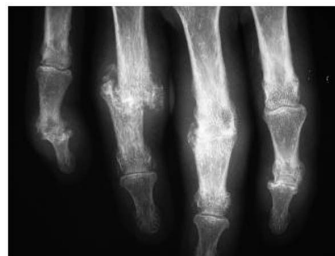
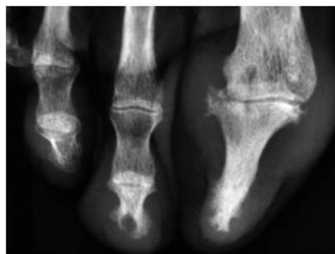


Figure 17.6 : Radiographie de l'avant-pied. Arthrite de l'articulation interphalangienne de l'hallux et résorption des houpes phalangiennes 1 et 2.



V.2 ATTEINTE AXIALE

L'atteinte axiale est caractérisée par l'asymétrie de la sacro-iliite (souvent condensante) et par l'existence de syndesmophytes grossiers et asymétriques, avec ossification en agrafe, de localisation préférentielle cervicodorsale.

V.3 AU PIED

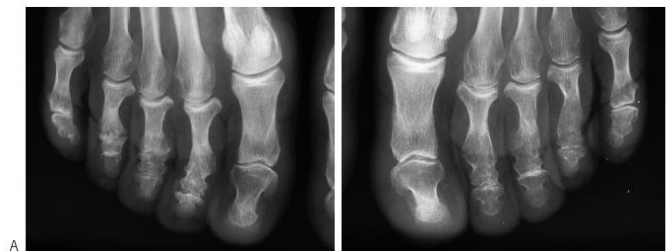
Au talon, l'aspect initial est celui d'une érosion postérieure ou inférieure (insertion du tendon d'Achille ou de l'aponévrose plantaire), puis apparaît la reconstruction périostée, puis l'aspect de « pseudo-épine ». Dans les formes évoluées, une périostite engainante et exubérante du calcaneus peut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

V.4 AUX ORTEILS ET AUX DOIGTS

Les aspects radiographiques de l'atteinte 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 (figure 17.7) ;
- 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.

Figure 17.7: Radiographies de face de l'avant-pied droit (A) et gauche (B). Arthrites ankylosante des articulations interphalangiennes proximales.



VI DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

VI.1 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU PSORIASIS

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

VI.2 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ATTEINTE RHUMATOLOGIQUE

Il s'agit surtout de la polyarthrite rhumatoïde et des autres spondyloarthropathies (voir chapitres 16 et 35) mais également de l'arthrose.

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

VII TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE

La stratégie thérapeutique est similaire à celle de la polyarthrite rhumatoïde (voir chapitre 16) 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 rhumatisme psoriasique. Pour les formes polyarticulaires ou plus sévères, notamment en présence de signes radiologiques érosifs, un traitement de fond doit être instauré.

VII.1 TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Ils diffèrent peu de ceux des autres rhumatismes inflammatoires chroniques :

- anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : 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 (inférieure à 10 mg par jour 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.

VII.2 TRAITEMENTS LOCAUX RHUMATOLOGIQUES

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

VII.3 TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

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

VII.4 TRAITEMENTS DITS « DE FOND »

- La sulfasalazine a fait l'objet d'essais randomisés et est efficace à la dose de 2 à 3 g par jour.
 - Le méthotrexate a démontré son efficacité sur l'atteinte cutanée et est considéré comme efficace sur l'atteinte articulaire aux doses habituellement prescrites dans la polyarthrite rhumatoïde (7,5 à 25 mg/semaine).
 - Le léflunomide, à la dose de 20 mg par jour, est efficace dans le rhumatisme psoriasique (sur l'atteinte articulaire et partiellement sur le psoriasis).
 - Les anti-TNF α ont une efficacité très nette aussi bien sur l'atteinte cutanée que sur l'atteinte articulaire. Ils ralentissent également la progression des lésions radiologiques articulaires.
 - Les autres traitements de fond conventionnels sont de peu d'intérêt ici, sans efficacité démontrée et avec une toxicité potentielle (sels d'or, hydroxychloroquine).
- Les modalités de suivi du rhumatisme psoriasique sont globalement identiques à celles de la polyarthrite rhumatoïde. En l'absence d'un suivi rapproché et d'un traitement régulièrement adapté, les atteintes, souvent additives dans le temps, tout particulièrement aux mains et aux pieds, aboutissent souvent à un handicap fonctionnel important.