



Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

MEMOIRE présenté par

Dr Soumaya SAYOURI

Née le 07 décembre 1985 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE SPECIALITE EN
MEDECINE

OPTION : RHUMATOLOGIE

Sous la direction de :

Professeur : HARZY Taoufik

PR. HARZY TAOUFIK
Chef du Service
de Rhumatologie
Hôpital de Fès
15000

Session juin 2023

DEDICACES

*A ceux qui me sont les plus chers A ceux qui ont toujours
cru en moi A ceux qui m'ont toujours encouragé
Je dédie ce mémoire à...*

A mes chers parents : Naima et Salaheddine

De tous les parents, vous étiez les meilleurs, vous avez su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Vous n'avez pas cessé de me soutenir et de m'encourager. Votre amour, votre générosité exemplaire et votre présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Vos prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien être.

Que ce travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez.

Puisse Dieu tout puissant vous protéger, vous procurer longue vie, santé et bonheur pour que vous demeuriez le flambeau illuminant notre chemin.

*A mes très chers frères et sœurs : Jad, Aymane,
Oumama, Chaimae et Mariam*

*Vous avoir tous à mes côtés est le baume de mon
existence.*

*Vous étiez toujours mes fidèles accompagnants dans les
moments les plus difficiles.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et de
la gratitude pour l'épaule inconditionnelle que vous
représentez pour moi.*

*Je ne saurais jamais exprimer mes sentiments fraternels
et chers que j'éprouve pour vous tous.*

*Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui
nous unissent.*

REMERCIEMENTS

*A notre cher Maître et Rapporteur, Monsieur le
Professeur Taoufik HARZY*

C'est avec une grande émotion et un profond respect et estime que nous avons l'honneur d'écrire ce modeste mot afin de vous rendre hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir.

Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui n'a jamais épargné d'efforts pour nous octroyer une formation meilleure. Vous avez montré à notre égard beaucoup de patience et un indéfectible soutien. Vos qualités humaines et professionnelles, votre rigueur et droiture nous serviront certainement d'exemple dans notre carrière.

Nous vous restons à jamais reconnaissants, sincèrement respectueux et toujours disciples dévoués...

A notre chère professeur Nessrine AKASBI

On n'oubliera jamais vos conseils, vos soucis de transmettre les connaissances, votre bienveillance et simplicité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et profond respect.

A notre chère Professeur Imane EL MEZOUAR

De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs. Vos qualités humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué. Nous vous remercions vivement et nous vous exprimons notre profond respect et notre sincère gratitude.

Table des matières

ABREVIATIONS.....	13
INTRODUCTION	16
PATIENTS ET METHODES	19
I- PATIENTS	20
I.1. Critères d’inclusion	20
I.2. Critères exclusion	20
II- METHODES	20
II.1. Les données sociodémographiques	21
II.2. Les données cliniques.....	21
II.3. Les données biologiques	21
II.4. Les données radiologiques	22
II.5. Activité du rhumatisme psoriasique.....	22
II.6. La sévérité de la maladie	23
II.7. Complications.....	23
II.8. Traitement.....	23
II.8.1 Traitement Symptomatique	23
II.8.1.1 Anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS.....	23
II.8.1.2 Infiltration de dérivés cortisoniques	24
II.8.1.3 Corticothérapie per os.....	25
II.8.2 Traitement de fond classique et biologique.....	25
III- ANALYSE STATISTIQUE:	27
RESULTATS.....	28
I- PARAMETRES DES PATIENTS	29
I.1. Données sociodémographiques:	29
I.1.1 Répartition selon l’âge.....	29
I.1.2 Répartition selon le sexe	29
I.1.3 Répartition selon l’activité professionnelle.....	29
I.1.4 Répartition selon les antécédents.....	30
I.2. Données cliniques.....	31
I.2.1 Atteinte articulaire périphérique	31
I.2.2 Atteinte axiale	31

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

I.2.3 Atteinte enthésique.....	31
I.2.4 Atteinte unguéale.....	32
I.3. Données biologiques	32
I.3.1 Syndrome inflammatoire	33
I.3.2 Bilan immunologique	33
I.3.3 Bilan métabolique	33
I.4. Données radiologiques.....	34
I.5. Activité du Rps0.....	35
I.6. Sévérité du Rps0.....	35
I.7. Traitement.....	36
I.7.1 Traitement symptomatique	36
I.7.2 Traitement de fond classique.....	37
I.7.3 Traitement de fond biologique.....	37
II- ETUDE ANALYTIQUE	38
DISCUSSION	40
I- Données sociodémographiques.....	41
II- Données cliniques	42
III- Données biologiques.....	42
III.1. Syndrome inflammatoire.....	42
III.2. Bilan immunologique.....	42
III.3. Syndrome métabolique	43
III.4. Bilan radiologique.....	43
IV- Sévérité de la maladie.....	43
V- Traitement de la maladie	44
VI- Retentissement fonctionnel.....	44
Conclusion	46
RESUME	48
I- Introduction	49
VII- Matériel et méthodes	49
VIII- Résultat	49
IX- Conclusion	51
REFERENCES	52
Annexes	61

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

I- Annexe 1.....	62
II- Annexe 2.....	62
III- Annexe 3.....	63
IV- Annexe 4	64
V- Annexe 5	65
VI- Annexe 6	66
VII- Annexe 7	67

ABREVIATIONS

ACPA: Anticorps Anti Peptides Citrullinés

ACR: American College of Rheumatology

AINS: Anti- Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANTI TNF: Anti- Tumor Necrosis Factor

ATCD: Antécédents

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Fonctionnal Index

CASPAR : Classification of Psoriatic Arthritis

CRDO : Critères Radiologiques Doigts-Orteils

CRP: C Reactive Protein

DAS 28: Disease Activity Score

DMARDS: Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs

FR : Facteur Rhumatoïde

HAQ : Health Assessment Questionnaire

HLA B-27 : Human Leucocyte Antigen B-27

HTA : Hypertension Artérielle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

MTX : Méthotrexate

RCH : Recto-Colite Hémorragique

Rpso : Rhumatisme Psoriasique

SFR : Société Française de Rhumatologie

SI : Sacro-Iliite

SLZ : Salazopyrine

VS : Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

Le rhumatisme psoriasique (RPso) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui appartient à la famille des spondylarthrites. Sa prévalence serait de l'ordre de 0,01 à 0,2 % dans la population générale et pourrait atteindre jusqu'à 40 % des sujets ayant un psoriasis cutané. Il s'agit d'une pathologie hétérogène et complexe, dont les manifestations cliniques rhumatologiques et extra-rhumatologiques peuvent être extrêmement variées, entraînant souvent un retard diagnostique et thérapeutique [1].

Il s'agit d'une réaction inflammatoire avec dérèglement du système immunitaire inné faisant intervenir des macrophages et des monocytes et du système immunitaire adaptatif en rapport avec des lymphocytes B et T CD4 et CD8. Le RPso est une maladie polygénique faisant intervenir des facteurs génétiques notamment les gènes du système HLA B13 B17 B27 B38 DR7 et Cw 6, des facteurs environnementaux comme les agents infectieux HIV et HVC, des traumatismes psycho-affectifs ou ostéoarticulaire et le tabagisme ainsi que des facteurs immunitaires afin d'aboutir initialement à l'inflammation des enthèses fibreuses et fibro-cartilagineuses sous l'action des cytokines TNF alpha, IL17 et de l'IL 23 puis à la phase de résorption osseuse et ossification des enthèses. L'absence de biomarqueurs spécifiques, la paucité et l'inconstance des anomalies biologiques compliquent d'avantage ce diagnostic. La mise en place des premiers critères diagnostiques, ceux de Moll et Wright, puis l'élaboration d'une multitude de critères de classification, ayant une sensibilité et une spécificité variables, dont l'évolution, nourrie des avancées médicales, a finalement abouti aux critères CASPAR [2].

L'atteinte de l'appareil locomoteur associée à divers degrés des manifestations axiales avec rachialgies inflammatoires, prédominant en cervico-dorsal, et sacro-iliite, parfois asymptomatique, une atteinte enthésique pouvant être disséminée ainsi qu'une atteinte articulaire périphérique touchant en priorité les mains et les pieds. Outre l'atteinte dermatologique du psoriasis, ce rhumatisme peut s'accompagner d'une uvéite ou encore d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. L'inflammation clinique initiale avec le caractère polysynovial, l'inflammation biologique, et la présence d'érosions précoces sont associées au risque de progression structurale. La coxite est une atteinte associée à la sévérité de la maladie. La prévalence de l'atteinte axiale est variable selon les définitions utilisées et a un phénotype proche de la spondyloarthrite axiale. La présence d'érosions articulaires périphériques, la sévérité de l'atteinte cutanée, le début précoce des symptômes et la présence du HLA-B*0801 sont associés à la présence de sacroiliite. Aujourd'hui reconnu comme une entité propre, le RPso a longtemps été confondu avec d'autres rhumatismes, sa distinction avec d'autres pathologies rhumatismales peut s'avérer ardue, notamment dans le cas

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

de la polyarthrite rhumatoïde qui a longtemps englobé le RPso, et qui peut encore dans certaines situations donner lieu à une confusion voire à des erreurs diagnostiques. Cela peut aussi concerner d'autres arthropathies, comme certaines arthroses digitales érosives évoluées, pouvant mimer une atteinte psoriasique, et où l'éternelle question reste de savoir s'il s'agit d'un authentique RPso ou bien d'une arthrose érosive avec association accidentelle au psoriasis [2]. Son évolution peut être sévère, à l'origine d'une impotence fonctionnelle et d'une dégradation importante de la qualité de vie ; il nécessite un suivi clinique, biologique et radiologique adapté. L'amélioration récente des connaissances physiopathologiques a permis le développement rapide de biomédicaments et thérapies ciblées (anti-tumor necrosis factor alpha, anti-interleukine 12/23, anti-interleukine 17), efficaces sur les différents symptômes pour la plupart, complétant ainsi l'arsenal thérapeutique préexistant (anti-inflammatoires non stéroïdiens, injection locale de corticoïdes, méthotrexate, léflunomide, sulfasalazine). [1].

La prise en charge précoce fait partie des nouveaux concepts de prise en charge du RPso. Le pronostic du RPso est dépendant de la rapidité de sa prise en charge initiale, car un retard de traitement de seulement 6 mois aggrave le pronostic fonctionnel et structural de la maladie. Ainsi, les médecins de premiers recours (donc souvent les médecins généralistes) et les dermatologues ont un rôle important dans cette prise en charge puisque de leur capacité à dépister une atteinte rhumatologique chez les patients ayant un psoriasis découle la précocité de prise en charge spécifique par le rhumatologue et donc le pronostic de la maladie. Ainsi, il est important pour le rhumatologue de collaborer au mieux avec ces spécialistes ; des questionnaires sont proposés, et encore en cours de validation pour aider au dépistage fiable et à l'aiguillage des patients vers le rhumatologue [3].

Nous analysons dans cette étude les différentes caractéristiques : socio-démographiques, cliniques, paracliniques, de sévérité et thérapeutiques des patients atteints de rhumatisme psoriasique vu au service de rhumatologie du CHU HASSAN II de Fès du janvier 2011 au janvier 2022.

PATIENTS ET METHODES

I- PATIENTS

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique portant sur les patients atteints de Rhumatisme psoriasique, colligés au sein du service de Rhumatologie du CHU Hassan II de Fès. Cette étude s'est étalée sur une période de 10 ans, entre Janvier 2011 et janvier 2022.

I.1. Critères d'inclusion:

Etait inclus tout patient atteint de rhumatisme psoriasique et répondant aux critères CASPAR (annexe 1). Cette inclusion était faite soit lors d'une hospitalisation en service de rhumatologie ou lors d'une consultation externe.

I.2. Critères exclusion:

Les patients n'ayant pas un dossier complet étaient exclus.

II- METHODES

L'ensemble des données recueillies à l'inclusion ont été reportées sur une fiche d'exploitation qui précisait les aspects sociodémographiques de la population étudiée; les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques, de sévérité et thérapeutiques de la maladie. Ces informations ont été collectées en se basant sur les signes fonctionnels recherchés à l'interrogatoire, les signes physiques à l'examen clinique ; ainsi que les données biologiques et radiologiques recueillies lors des examens complémentaires.

II.1. Les données sociodémographiques

Elles concernent l'Age, le sexe, et les antécédents du patient (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme, tuberculose pulmonaire, MICI, psoriasis cutané, ménopause chez les femmes), les antécédents familiaux de psoriasis cutané et l'activité professionnelle des patients (avec ou sans profession).

II.2. Les données cliniques

On avait calculé l'indice articulaire, l'indice synovial, on avait également mentionné le caractère symétrique ou non de l'atteinte articulaire ainsi que la présence ou pas de dactylite. On avait étudié le syndrome axial fait de rachialgies et le syndrome enthésique. L'atteinte unguéale a été également rapportée.

II.3. Les données biologiques

Les données biologiques concernaient les examens de routine : bilans biochimiques sanguins et urinaires, hémogramme, le bilan inflammatoire (VS et CRP : (CRP) augmentée à partir d'une valeur $> 6\text{mg/L}$ et la vitesse de sédimentation calculée selon le sexe et l'Age est considérée accélérée (VS) $> (\text{âge}/2)$ mm H1 pour l'homme et $> (\text{âge}+10)/2$ mmH1 pour la femme , le bilan immunologique (FR et les anticorps anti peptides citrullinés ACPA ou anti CCP), en cas de doute diagnostic avec la polyarthrite rhumatoïde; les antigènes HLA B27 ont également été recherchés sauf incapacité du patient à les réaliser.

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

Le bilan lipidique a été également effectué afin de déterminer les patients présentant une dyslipidémie. Ainsi un taux de cholestérol total $> 2\text{g/l}$ et les triglycérides $> 1,5\text{g/l}$ étaient considérés comme élevés.

L'uricémie a été également mesurée chez nos patients, on définit une hyperuricémie à partir de 60 mg / L .

On avait également réalisé des bilans rénal et hépatique dans le cadre de la recherche de complications de la maladie et des traitements pris.

II.4. Les données radiologiques

Des clichés pelviens, lombaires et cervicaux ont été inclus dans l'étude radiologique pour évaluer l'atteinte rachidienne. Des radiographies des autres régions touchées (notamment mains, pieds et autres) ont également été réalisées au cours du suivi.

II.5. Activité du rhumatisme psoriasique

L'activité de la maladie a été évaluée par : BASDAI (annexe 2), l'ASDAS (annexe 3) en cas d'atteinte axiale prédominante et, le DAS 28 CRP (annexe 4) si atteinte périphérique prédominante.

Une maladie était considérée comme active si BASDAI et ou DAS 28 $> 2,6$.

Concernant l'ASDAS :

Activité faible si ASDAS $< 1,3$

Activité modérée si 1 ASDAS < 2,1

Activité élevée si 2,1 ASDAS < 3,5

Activité très élevée si ASDAS 3,5

II.6. La sévérité de la maladie

L'âge jeune de début, la coxite, l'uvéite, l'atteinte respiratoire, la résistance aux AINS, le syndrome inflammatoire important, constituent les facteurs de sévérité. Dès que l'un de ces facteurs est présent, la maladie est considérée comme sévère.

Un retentissement fonctionnel était présent si BASFI > 4 (annexe 5) et ou HAQ > 0,5 (annexe 6).

II.7. Complications

L'atteinte rénale, l'atteinte cardio-vasculaire et l'ostéoporose fracturaire ou non constituent des complications redoutables du Rps.

II.8. Traitement

La prise de glucocorticoïdes, d AINS et de DMARDs conventionnels et biologiques a également été consignée.

II.8.1 Traitement Symptomatique

II.8.1.1 Anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS

En l'absence de contre-indication, les AINS constituent généralement le traitement de première intention du Rps du fait de leur action rapide sur les

symptômes. Ils sont cités dans les recommandations internationales pour la prise en charge du rhumatisme psoriasique [4–5] Ils peuvent parfois être suffisants pour contrôler les symptômes de la maladie. La gravité potentielle de leurs effets secondaires cardio-vasculaires, rénaux et digestifs lors d'administrations prolongées [6,7] implique une prescription prudente et doit faire préférer leur utilisation en cures courtes, notamment chez ces patients très fréquemment en surpoids, dyslipidémiques, hypertendus etc [8].

II.8.1.2 Infiltration de dérivés cortisoniques

À la différence de la polyarthrite rhumatoïde, le nombre d'études qui se sont penchées sur l'efficacité des gestes locaux faits à l'aide de dérivés cortisonés chez des patients souffrant de rhumatisme psoriasique est très réduit [9]

En pratique, compte tenu de son coût, de ses bénéfices et de ses risques, l'infiltration d'une synovite isolée voire d'une bursite au contact d'une enthésite [10] doit être préférée à une modification d'un traitement de fond chez un patient ayant un rhumatisme psoriasique en poussée. Toutefois, la récurrence voire l'apparition de nouvelles synovites ne doit pas conduire à la multiplication des gestes locaux, et doit faire proposer une modification du traitement de fond (changement de doses, de classe etc) [11].

II.8.1.3 Corticothérapie per os

Elle n'a pas bonne presse dans le RPso et le psoriasis, bien que paradoxalement souvent utilisée à petites doses [12,13]. La crainte, outre les effets habituels osseux et cardio-métaboliques, est en effet celle d'un rebond ou de l'aggravation du psoriasis. Curieusement, cet effet secondaire est peu documenté [14]

Les recommandations de l'EULAR et du GRAPPA sont prudentes [4,5] : utilisation à petites doses, sur une courte période, pour le traitement des arthrites périphériques, en ayant soin comme toujours, de bien peser les bénéfices et les risques d'un tel traitement. Les corticoïdes oraux ont l'avantage d'être prescrits aisément, et de permettre le plus souvent un soulagement rapide en cas de poussées invalidantes.

II.8.2 Traitement de fond classique et biologique

Les recommandations SFR 2018 mettent en parallèle les spondyloarthrites axiales et périphériques et proposent un algorithme simple et clair [15]. Elles proposent le recours aux AINS (jusqu'à la dose maximale) en première ligne ; puis en deuxième ligne, les traitements de fond conventionnels (ou conventional synthetic DMARD : csDMARDs), soit le méthotrexate, le léflunomide, ou la sulfasalazine. Si malgré le traitement conventionnel, la maladie reste active (formes périphériques articulaires et enthésitiques), les biomédicaments (anti-TNF, anti-IL23, anti-IL17), en général anti-TNF, doivent être envisagés. En cas d'inefficacité ou intolérance à un

premier bDMARD, après avoir analysé les raisons de l'échec, un 2e bDMARD peut être envisagé [17].

Les recommandations de l'ACR/NPF, publiées en 2018, sont à notre avis, complexes et difficiles à suivre [16]. Elles présentent les propositions sous forme de tableaux qui comprennent les réponses aux 78 différentes questions posées lors de l'analyse de la littérature. Elles comprennent aussi plusieurs diagrammes. Cependant, il n'est pas facile pour le clinicien de savoir quel traitement est proposé, au vu des figures [17].

Deux traitements de fond conventionnels (csDMARDs) ont l'AMM dans le rhumatisme psoriasique : le méthotrexate et le léflunomide. La sulfasalazine parfois utilisée dans les formes polyarticulaires possède l'AMM dans la polyarthrite rhumatoïde et également dans les MICI (Maladie de Crohn et RCH). Si le méthotrexate peut être indiqué dans certaines formes de psoriasis, le léflunomide n'en a pas l'AMM. En revanche, si la ciclosporine apparaît encore dans l'arsenal thérapeutique de l'atteinte cutanée isolée, elle ne fait pas partie des traitements de fond utilisés par le rhumatologue dans le RPso.[18]

Depuis mars 2020, nous disposons de onze molécules de traitements ciblés biologiques ou synthétiques ayant l'AMM dans le rhumatisme psoriasique (dont une

non remboursée, l'abatacept). Sur ces onze traitements, trois n'ont pas d'AMM dans le psoriasis : abatacept, golimumab et tofacitinib [18].

III- ANALYSE STATISTIQUE:

Les données étaient saisies et codées sur Excel puis analysées à l'aide du logiciel SPSS v20 en trois (3) étapes, en collaboration avec l'unité d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès :

La première étape consiste à une description globale de la population étudiée et des différentes données.

La deuxième étape : une analyse univariée.

La troisième étape consiste à une analyse statistique afin d'identifier les différentes associations statistiques. Un $p < 0,05$ a été considéré comme significatif.

RESULTATS

I- PARAMETRES DES PATIENTS :

I.1. Données sociodémographiques:

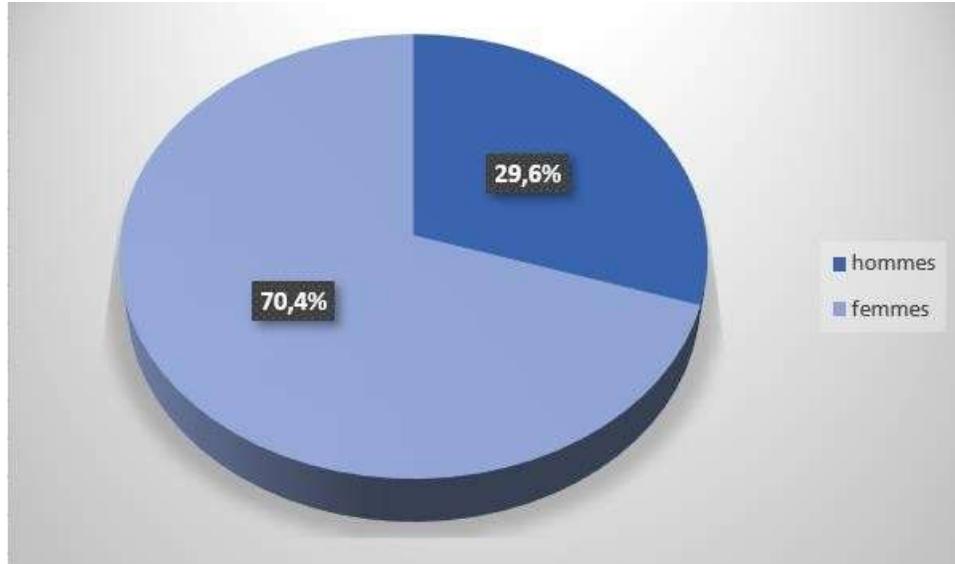
98 patients porteurs de rhumatisme psoriasique ont été inclus dans notre étude.

I.1.1 Répartition selon l'âge

L'âge moyen des patients était à $55,32 \pm 14,49$ ans avec des extrêmes allant de 15 à 93 ans.

I.1.2 Répartition selon le sexe :

Une prédominance féminine a été constatée dans notre échantillon avec 69 femmes (soit 70,4%) et 29 hommes (soit 29,6%). Le sexe ratio (H/F) = (Graphique)

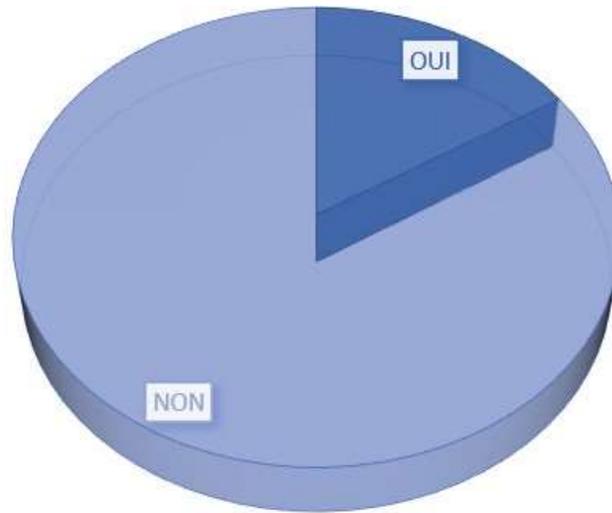


Graphique 1: Répartition des patients selon le sexe

I.1.3 Répartition selon l'activité professionnelle

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

15 patients avaient une profession (soit 16,5 %) tandis que 76 patients n'exerçaient aucune activité professionnelle (soit 83,5 %).



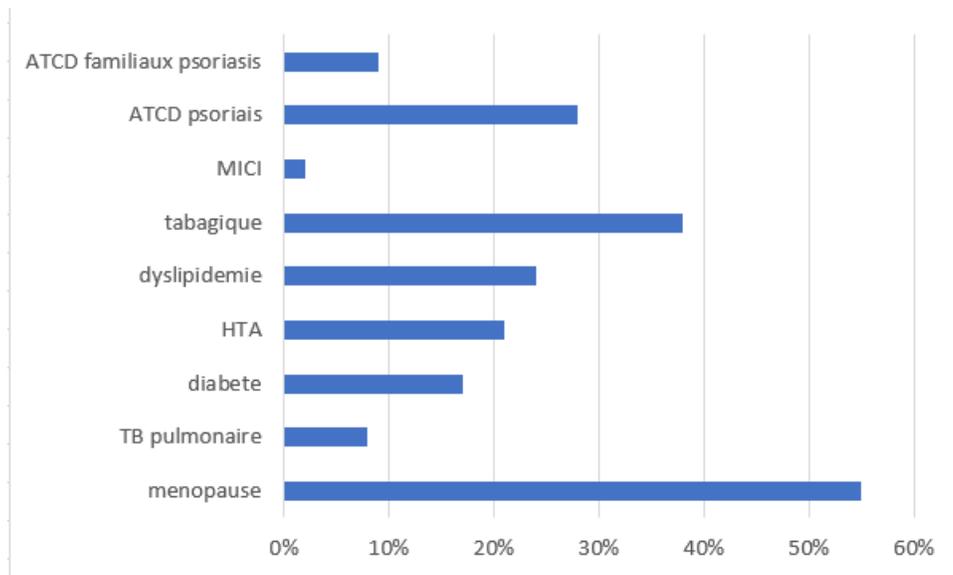
Graphique 2 : Répartition des patients selon la profession

1.1.4 Répartition selon les antécédents

54,7 % des femmes étaient ménopausées. 8% des patients avaient un antécédant de tuberculose pulmonaire, 17,3 % avaient un diabète, 20,7 % étaient hypertendus, la dyslipidémie était présente chez 24,1 % des patients, 37,9 % des patients étaient tabagiques actifs et 2,4 % des patients avaient une MICI.

27,6 % avaient un ATCD personnel de psoriasis cutané tandis que 9,3 % avaient une histoire familiale de psoriasis cutané.

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 3: Répartition de la population selon les ATCD

I.2. Données cliniques

I.2.1 Atteinte articulaire périphérique

53 patients avaient une atteinte articulaire périphérique (soit 60,2 %) tandis que 35 patients ne l'avaient pas (soit 39,8%).

L'atteinte était asymétrique chez 25 patients (soit 28,7%), 1 seul patient avait une dactylite (soit 1,1%)

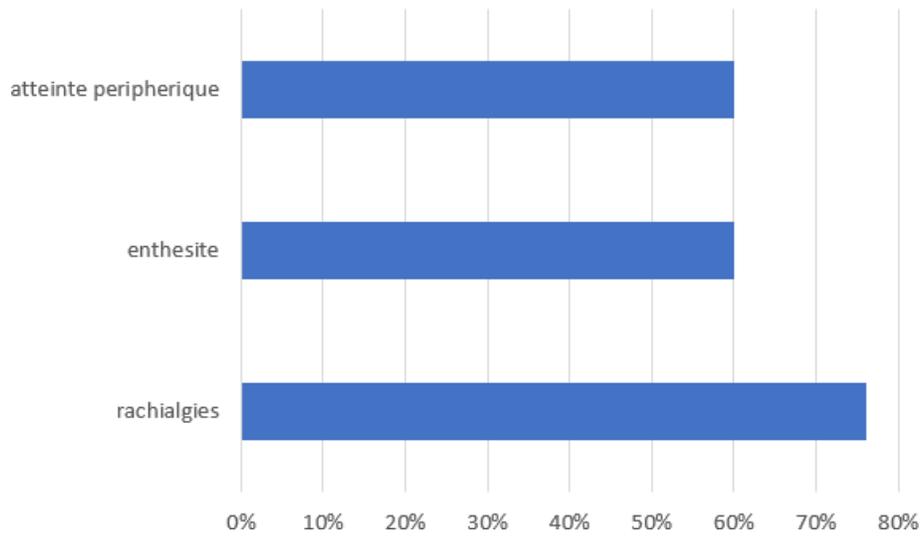
I.2.2 Atteinte axiale

62 patients avaient des rachialgies (soit 76,5%) alors que 19 patients ne présentaient pas de symptomatologie axiale (soit 23,5%)

I.2.3 Atteinte enthésique

49 patients avaient une douleur enthésique (soit 59,8%) tandis que 33 patients ne l'avaient pas (soit 40,2%)

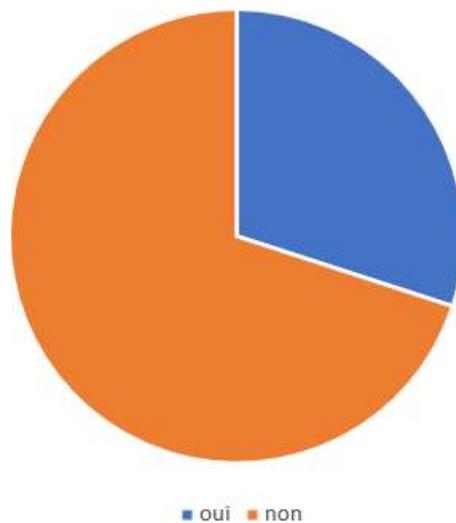
Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 4: Ordre d'apparition des atteintes articulaires

I.2.4 Atteinte unguéale

29 patients avaient une atteinte des ongles (soit 29,9%) alors que 68 patients ne l'avaient pas (soit 70,1%).



Graphique 5: Répartition des patients selon la présence ou non de l'atteinte unguéale

I.3. Données biologiques

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

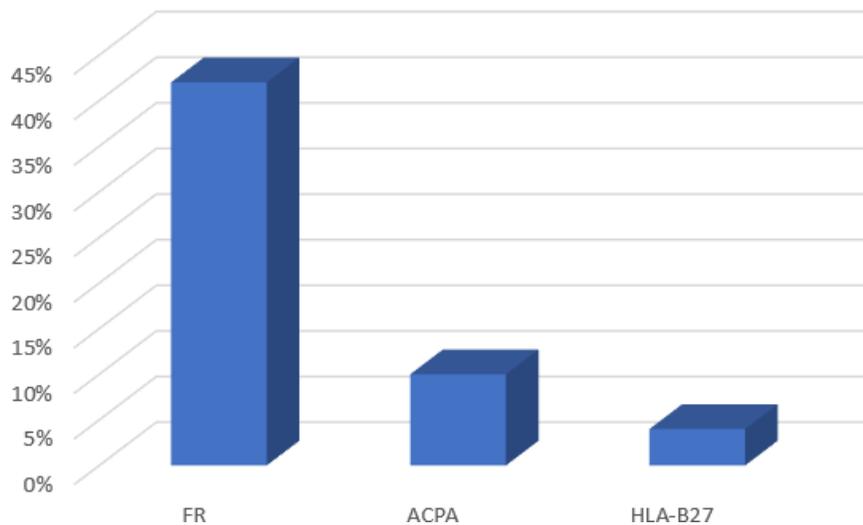
I.3.1 Syndrome inflammatoire

Le syndrome inflammatoire était présent chez 45 patients (soit 54,2%).

I.3.2 Bilan immunologique

Le FR était présent chez 34 patients (soit 42%) tandis que les ACPA étaient présents chez seulement 7 patients (soit 10,4%).

LHLA-B27 était présent chez 2 patients (soit 3,8 %) des cas versus 51 qui ne l'avaient pas (soit 96,2%).

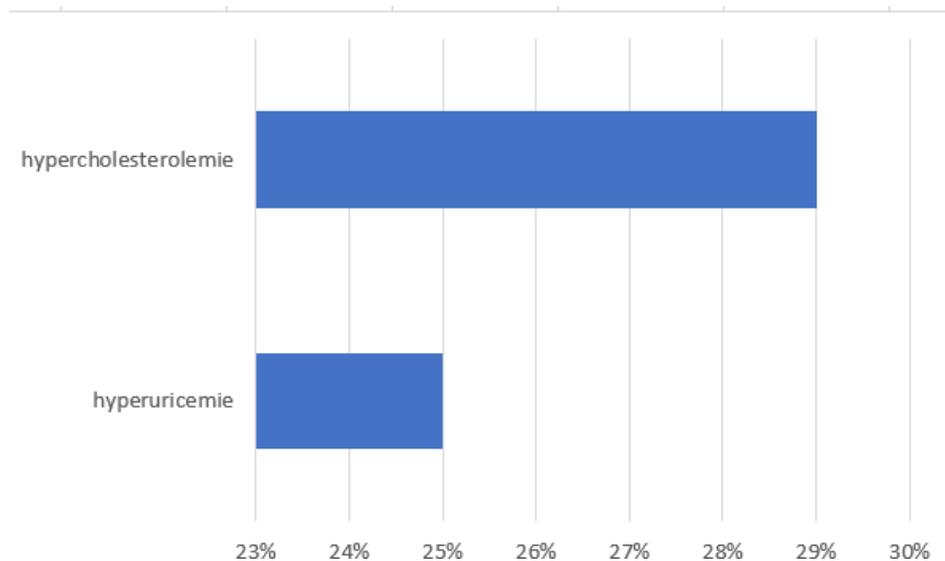


Graphique 6: Répartition des patients en fonction du bilan immunologique

I.3.3 Bilan métabolique

19 patients avaient une hyperuricémie (soit 25%) des cas alors que 23 patients avaient une hypercholestérolémie (soit 28,7) des cas.

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 7: Répartition des patients en fonction du syndrome métabolique

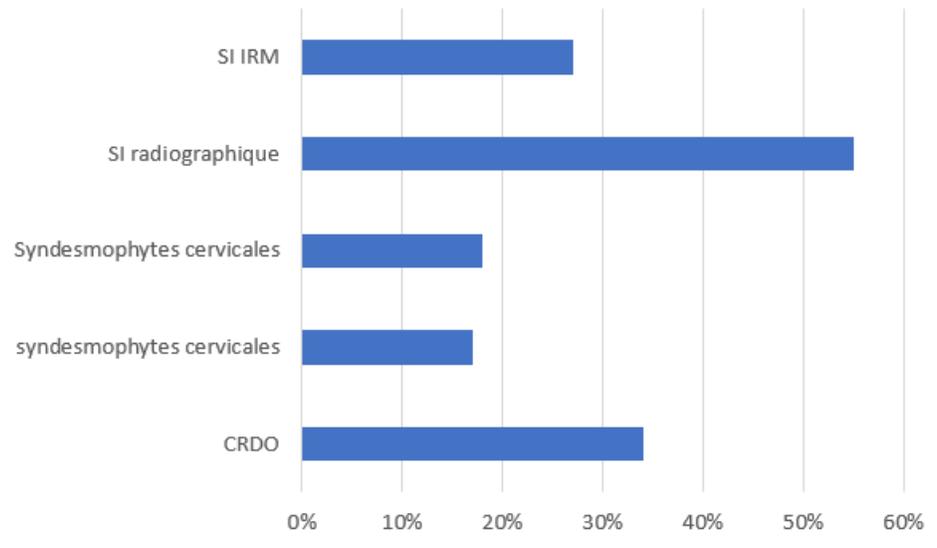
I.4. Données radiologiques

30 patients avaient des critères radiologiques CRDO (annexe 7) (soit 34,5%) des cas.

16 patients avaient des syndesmophytes dorso-lombaires (soit 18,2 %) des cas alors que 15 patients avaient des syndesmophytes cervicales (soit 16,7%) des cas.

La SI était évidente à la radiographie bassin chez 50 patients (soit 54,9%) alors qu'elle était mise en évidence à l'IRM chez 21 patients (soit 26,9 % des cas).

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 8: Répartition radiologique du Rps

I.5. Activité du Rps

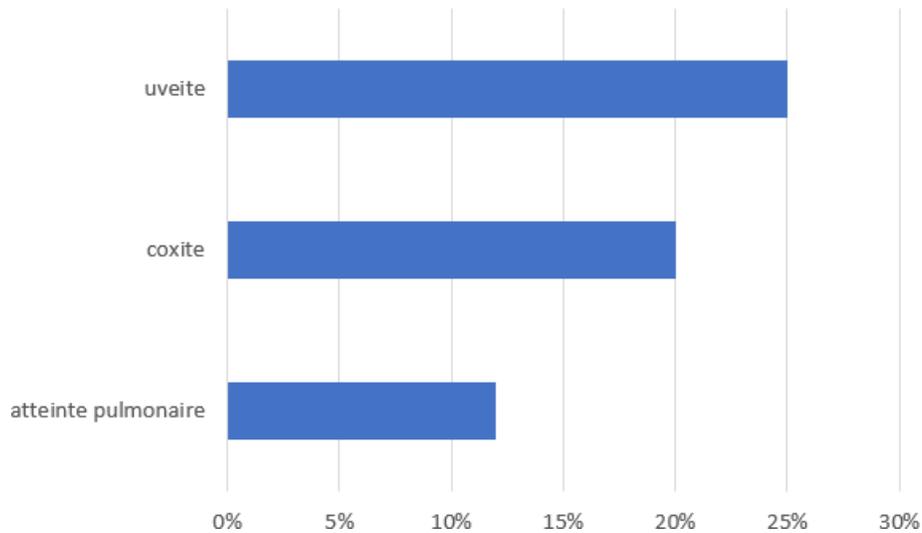
La maladie était active chez 61 patients (soit 70,9%) des cas alors qu'elle était inactive chez 25 patients (soit 29,1%).

I.6. Sévérité du Rps

La coxite était présente chez 19 patients (soit 19,8%), l'atteinte pulmonaire était présente chez 10 patients (soit 12,3 %) des cas et l'uvéite était présente chez 25 patients (soit 25,5%) des cas.

Le retentissement fonctionnel apprécié par le BASFI était significatif chez 32 patients (soit 55,2%) et par le HAQ chez 58 patients (soit 69%) des cas.

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 9: Répartition des patients selon les facteurs de sévérité de la maladie

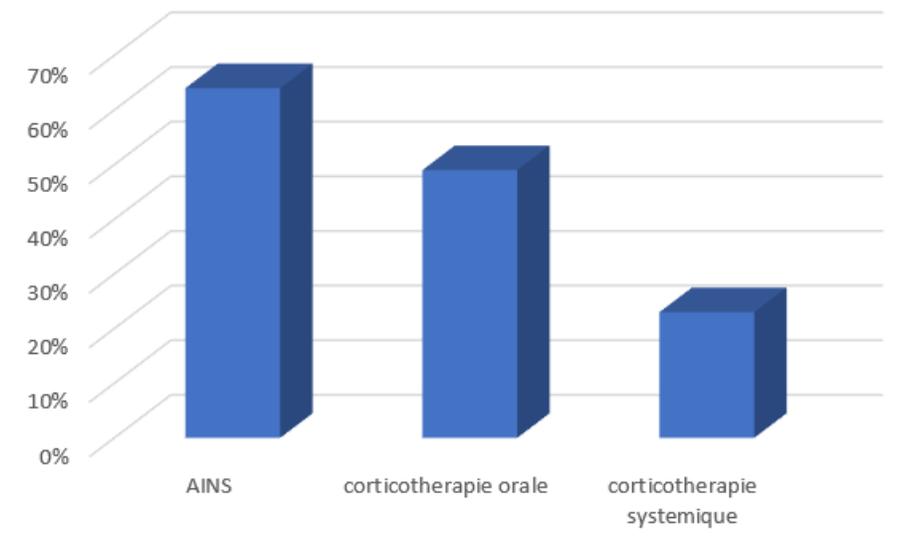
I.7. Traitement

I.7.1 Traitement symptomatique

59 patients (soit 64,1 %) de la population étudiée avaient reçu comme traitement de première ligne des AINS.

On a eu recours à une corticothérapie systémique chez 21 patients (soit 22,8%) des cas et 45 patients avaient bénéficié e corticothérapie per os (soit 48,9%).

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 10: Répartition des patients selon le traitement symptomatique

I.7.2 Traitement de fond classique

Le Méthotrexate était le DMARDS le plus utilisé. 80 patients (soit 83,3%) de la population avaient bénéficié d'un traitement par MTX.

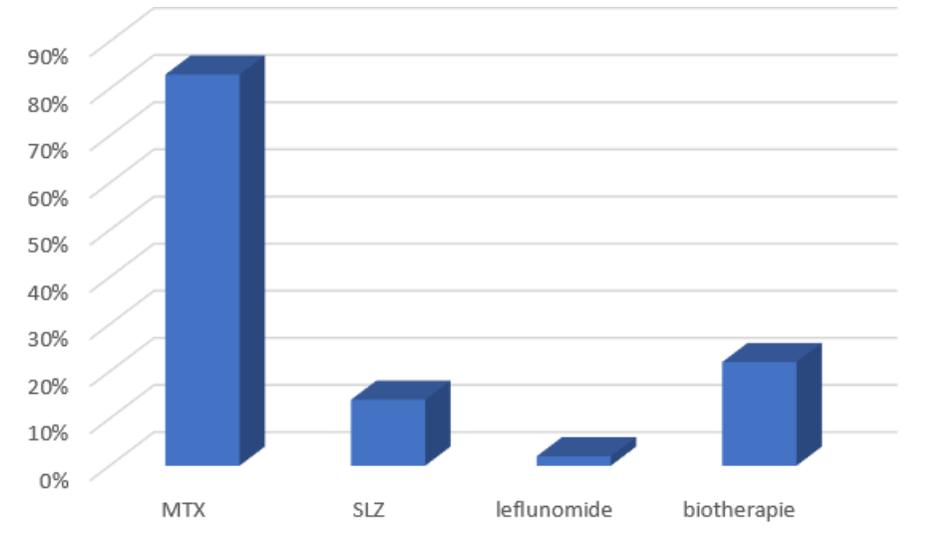
La Salazopirine était utilisée chez 14 patients (soit 14,3%) des cas.

Le leflunomide était utilisé chez uniquement 2 patients (soit 2,4%).

I.7.3 Traitement de fond biologique

21 patients (soit 21,6%) de la population étudiée ont bénéficié d'un traitement biologique. Les anti-TNF alpha sont la thérapeutique de choix. L'Infliximab est le plus utilisé (9,8%).

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas



Graphique 11: Répartition des patients selon le traitement de fond

II- ETUDE ANALYTIQUE

Dans notre série, il s'avère que Le Rpso était plus fréquent chez les femmes, cliniquement il se manifestait par des manifestations axiales, périphériques et enthésiques, la plupart des patients avait un syndrome inflammatoire et une activité de la maladie marquée, radiologiquement on avait surtout constaté une SI radiographique. C'est une pathologie qui présente un retentissement fonctionnel important et des complications fréquentes.

L'analyse statistique avait objectivé :

Un lien significatif entre l'atteinte pulmonaire et la présence d'atteinte unguéale ($p= 0,014$), le recours à la biothérapie ($p= 0,049$) et l'association avec les complications osseuses notamment la présence de coxite ($p= 0,0001$) avec recours à la prothèse totale de hanche ($p= 0,044$).

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

Un lien significatif entre l'atteinte hépatique, qui est plutôt une complication thérapeutique, et l'activité de la maladie calculée par le BASDAI ($p=0,026$) et le DAS 28 CRP ($p= 0,039$), elle avait également montré un lien avec la présence de comorbidités notamment cardio-vasculaire : l'HTA ($p= 0,003$) la dyslipidémie ($p=0,008$) et le tabagisme ($p= 0,002$). Cette atteinte constituait un facteur d'arrêt du MTX ($p =0,003$) et était associée avec la présence d'uvéite ($p= 0,0001$).

Un lien significatif entre la présence d'une hyperuricémie et l'asymétrie des atteintes observées ($p=0,008$) et l'atteinte rénale ($p=0,018$) spécialement l'insuffisance rénale ($p=0,0001$).

Concernant les autres paramètres, aucun autre facteur n'a été significatif et l'analyse multivariée n'avait pas mis en évidence un lien significatif à son tour.

DISCUSSION

I- Données sociodémographiques :

Notre étude avait objectivé que le Rpsa affecte 27,6 % des patients qui ont un psoriasis cutané, ceci concorde avec l'étude menée par L. Eder qui a mis en évidence que le Rpsa survient chez 10 à 30 % des patients atteints de psoriasis cutané [19]. Elle avait également montré que 17,3 % des patients Rpsa avaient un diabète et 20,7 % étaient hypertendus, un article publié par A. Tournadre a objectivé d'une part que dans plusieurs études, le RPso est associé à une augmentation du risque de diabète de type 2 [20] qui affecte 13 % des patients et d'autre part que l'hypertension artérielle est augmentée au cours du RPso ($p = 0,015$). Cet article avait également mis le point sur le fait que la dyslipidémie est corrélée à la présence d'atteinte hépatique chez les patients Rpsa ce qui concorde avec notre étude qui, à son tour, avait souligné ce lien ($p = 0,008$) [21].

Toujours dans notre série, 2,4 % des patients Rpsa avaient une MICI, Une méta-analyse avait rapporté une prévalence faible des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin retrouvés chez 3.3 % des patients avec un RPso [22].

37.9 % de patients dans notre contexte étaient tabagiques actifs, une étude faite par L. Gossic avait constaté que 26 % des patients Rpsa inclus étaient des fumeurs [23].

II- Données cliniques :

Dans notre série, 76,5 % des patients Rpsa avaient une atteinte axiale, ce qui concorde avec la littérature qui parle d'une prévalence allant de 5 à 70 % de l'atteinte axiale chez les patients atteints de Rpsa [24] et 60,2 % avaient une atteinte articulaire périphérique du moment que D. Mrabet avait trouvé dans une série de 40 patients Rpsa que cette atteinte ne dépasse pas 30 %, ceci pourrait être en rapport avec le faible nombre de patients inclus dans son étude [25].

III- Données biologiques :

III.1. Syndrome inflammatoire :

Le syndrome inflammatoire était présent dans notre série chez 45 patients (soit 54,2%). Et dans celle menée par D. Mrabet dans 37,5 % [25].

Une étude menée par K. Baline sur 20 patients atteints de Rpsa avait mis en évidence que ce dernier était significativement lié à la présence d'un syndrome inflammatoire ($p=0,0000001$).

III.2. Bilan immunologique :

Notre étude avait objectivé que LHLA-B27 était présent chez 2 patients (soit 3,8 %) des cas versus 51 qui ne l'avait pas (soit 96,2%).

Une étude menée par B. Fournié sur 193 patients atteints de Rpsa avait mis en évidence que l'antigène HLA B-27 était positif dans 60 % des cas [26]. Le FR était présent chez 42 % de nos patients, tandis que l'étude menée par Gladman a objectivé

que ce taux ne dépasse pas 15 % [27]. Cette discordance pourrait être en rapport avec notre contexte marocain.

Les ACPA étaient présents chez 10,4% chez nos patients, ceci concorde avec la littérature qui a mis en évidence que la prévalence des anti-CCP dans le RPso pourrait atteindre 5 à 15 % [28]

III.3. Syndrome métabolique :

Notre étude avait mis en évidence un lien significatif entre la présence d'une hyperuricémie et l'atteinte rénale ($p=0,018$) spécialement l'insuffisance rénale ($p=0,0001$), ceci a été rapporté par L. Widawski qui a objectivé dans sa série que les patients Rpsso hyperuricémiques avaient plus souvent une insuffisance rénale chronique ($p=0,0048$). [29]

III.4. Bilan radiologique :

Notre étude avait objectivé que 34,9 % des patients Rpsso avaient une atteinte rachidienne et que 54,9 % avaient une SI radiographique. D mabet avait trouvé que 32,5 % des patients Rpsso avaient une atteinte rachidienne tandis que seulement 22,5 % avaient une SI radiographique [25].

IV- Sévérité de la maladie :

Le RPso multiplie le risque par 3,5 de développer une uvéite en comparaison de la population générale et par 2 en comparaison avec les patients atteints de psoriasis seuls. Ainsi l'incidence des uvéites chez les patients atteints de RPso est

estimée à 10,9/10 000 patients-années, contre 3,13/10 000 patients-années en population générale [30], l'uvéïte était présente dans 25,5 % des cas dans notre série.

La coxite était présente chez 19,8 % de nos patients alors que la littérature rapporte un pourcentage de survenue de coxite inférieur à 10 % [31]

V- Traitement de la maladie :

Le Méthotrexate était le DMARDS le plus utilisé dans notre série, 80 patients (soit 83,3%) de la population avaient bénéficié d'un traitement par MTX.

Concernant l'étude menée par D Mrabet, 65 % des patients l'avaient utilisé [25].

L'atteinte hépatique constituant un facteur d'arrêt du MTX chez nos patients, P claudépierre avait mené une étude sur 100 patients atteints de Rpso et avait mis en évidence que 5 patients avaient arrêté le MTX pour atteinte hépatique [32].

VI- Retentissement fonctionnel :

De par son atteinte périphérique et/ou axiale, le RPso peut avoir un impact considérable sur la qualité de vie des patients dans de multiples dimensions. L'inflammation articulaire, les déformations articulaires vont aboutir à une perte fonctionnelle s'aggravant avec le temps, elle-même responsable d'incapacité fonctionnelle, d'impact sur le travail et d'altération de la qualité de vie [33], notre

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

étude avait mis en évidence un important retentissement fonctionnel évalué par le score HAQ 69%

Conclusion

Le rhumatisme psoriasique fait partie des spondylarthrites et constitue une pathologie hétérogène et complexe, dont les manifestations cliniques rhumatologiques et extra rhumatologiques peuvent être extrêmement variées mais qui se rapprochent de ceux classiquement décrits dans la littérature, il peut se manifester par une atteinte axiale, des manifestations articulaires périphériques à type d'oligoarthrite asymétrique, ainsi que par une atteinte enthésitique, le tout associé le plus souvent à un psoriasis cutané. La prise en charge du rhumatisme psoriasique est complexe du fait des manifestations articulaires hétérogènes, des manifestations cutanées et des comorbidités très fréquentes qui contribuent à l'altération de la qualité de vie et à l'augmentation de la morbi-mortalité son évolution peut être sévère, à l'origine d'une impotence fonctionnelle et d'une dégradation importante de la qualité de vie : Outre le psoriasis, il existe une augmentation du risque de manifestations extra-articulaires telles que l'uvéite ou les maladies inflammatoires du tube digestif. Il est souvent associé au syndrome métabolique entraînant ainsi une augmentation du risque d'évènement cardiovasculaires et une surmortalité. Sa prise en charge devrait être précoce et doit être basée sur la stratégie treat to target (T2T). Une étude multicentrique en association avec le service de dermatologie permettrait de mieux cerner les caractéristiques de cette maladie.

RESUME

I- Introduction

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique qui peut se manifester par une atteinte axiale, des manifestations articulaires périphériques ainsi que par une atteinte enthésique. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques du RP.

VII- Matériel et méthodes

Etude rétrospective menée au sein du service de rhumatologie. Patients recrutés du janvier 2011 au janvier 2022. Nous avons inclus les patients ayant un RP selon les critères CASPAR et étudié leurs paramètres cliniques, paracliniques, de sévérité et thérapeutiques.

VIII- Résultat

98 patients atteints de RP dont 70,4 % femmes, l'âge moyen des patients était à $55,32 \pm 14,49$ ans [15-93], 7,1 % des patients avaient un ATCD de tuberculose pulmonaire, 17,3 % étaient diabétiques, 18,4 % étaient hypertendus et 21,4% avaient une dyslipidémie. L'indice articulaire (IA) était à 60,2 % et synovial (IS) à 53,4 %. 76,5 % avaient des rachialgies, 59,8% avaient une douleur enthésique, 1,1 % avaient une dactylite et 29,9 % avaient une atteinte unguéale. Le facteur rhumatoïde était positif dans 34,7 % des cas et les ACPA dans 10,4 % des cas. L'HLA-B27 était positif dans 3,8 % des cas. 51 % des patients avaient une sacro-iliite à la radiographie et 21,4 % à l'IRM. 19,8% avaient une coxite unilatérale, 3,1% avaient une coxite

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

bilatérale et 5,4 % avaient bénéficié de prothèse totale de la hanche. 54,2 % avaient un syndrome inflammatoire, 70,9% des patients avaient un BASDAI actif et 69 % avaient un retentissement fonctionnel. 25,5% avaient une uveïte, 4,9 % avaient une atteinte rénale, 9% avaient une ostéoporose, 2,4% avaient une atteinte cardiovasculaire. Le méthotrexate avait constitué le traitement le plus fréquemment prescrit chez nos patients (83,3%), les AINS ont été institués chez 64,1% des patients.

En procédant à une étude analytique, une association significative était retrouvée d'une part entre le rhumatisme psoriasique avec atteinte pulmonaire et la présence d'atteinte unguéale ($p= 0,014$), le recours à la biothérapie ($p= 0,049$) et l'association avec les complications osseuses notamment la présence de coxite ($p= 0,0001$) avec recours à la prothèse totale de hanche ($p= 0,044$) et d'autre part entre le Rps avec atteinte hépatique, qui est plutôt une complication thérapeutique, et l'activité de la maladie calculée par le BASDAI ($p=0,026$) et le DAS 28 CRP ($p= 0,039$), elle avait également montré un lien avec la présence de comorbidités notamment cardio-vasculaire : l'HTA ($p= 0,003$) la dyslipidémie ($p =0,008$) et le tabagisme ($p= 0,002$). Cette atteinte constituait un facteur d'arrêt du MTX ($p =0,003$) et était associée avec la présence d'uvéïte ($p= 0,0001$). On note également la présence de lien significatif entre la présence d'une hyperuricémie et l'asymétrie des atteintes observées chez nos patients ($p=0,008$) et l'atteinte rénale ($p=0,018$) spécialement l'insuffisance rénale ($p=0,0001$). Concernant les autres paramètres, aucun autre

facteur n'a été significatif et l'analyse multivariée n'avait pas mis en évidence un lien significatif à son tour.

IX- Conclusion

Le rhumatisme psoriasique constitue une pathologie hétérogène et complexe, dont les manifestations cliniques rhumatologiques et extra rhumatologiques peuvent être extrêmement variées mais qui se rapprochent de ceux classiquement décrits dans la littérature, son évolution peut être sévère, à l'origine d'une impotence fonctionnelle et d'une dégradation importante de la qualité de vie. Une étude multicentrique en association avec le service de dermatologie permettrait de mieux cerner les caractéristiques de cette maladie.

REFERENCES

1-, L. Pinavegas, P. Claudepierre. Le rhumatisme psoriasique. Appareil locomoteur, [2021] [14-246-A-10]

2- M. Choueiri, L. Pina Vegas, P. Claudepierre. Le rhumatisme psoriasique : diagnostic, critères et frontières. Revue du rhumatisme monographie, vol 87- N 4, P. 254-260 [2020].

3- Schemoul J, Poulain C, Claudepierre P. Stratégies thérapeutiques dans le rhumatisme psoriasique. Revue du rhumatisme (2017), <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2017.09.013>.

4- 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 Rheum 2016; 68:1060–71.

5- Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. Ann Rheum Dis 2016 ; 75 :499–510.

6- Coxib, Traditional NTC, Bhala N, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013; 382:769–79.

7- Roubille C, Richer V, Starnino T, et al. The effects of tumour necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74:480–9.

8- Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med* 2017; 376:2095–6.

9- Garg N, Perry L, Deodhar A. Intra-articular and soft tissue injections, a systematic review of relative efficacy of various corticosteroids. *Clin Rheumatol* 2014; 33:1695–706

10- Srivastava P, Aggarwal A. Ultrasound-guided retro-calcaneal bursa corticosteroid injection for refractory Achilles tendinitis in patients with seronegative spondyloarthropathy: efficacy and follow-up study. *Rheumatol Int* 2016 ;36 :875–80.

11- Pascal Richette, Augustin Latourte, Traitements symptomatiques et locaux dans le rhumatisme psoriasique, *revue du rhumatisme monographies* 87 (2020) 307-309

12 - Aimo C, Cosentino VL, Sequeira G, et al. Use of systemic glucocorticoids in patients with psoriatic arthritis by Argentinian and other Latin-American rheumatologists. *Rheumatol Int* 2019; 39:723–7.

13- Al-Dabagh A, Al-Dabagh R, Davis SA, et al. Systemic corticosteroids are frequently prescribed for psoriasis. *J Cutan Med Surg* 2014; 18:195–9.

14 - Mrowietz U, Domm S. Systemic steroids in the treatment of psoriasis: what is fact, what is fiction? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013 ;27 :1022–5

15 - 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. /data/revues/11698330/unassign/S116983301830005X/ 2018.

16 - Singh JA, Guyatt G, Ogdie A, Gladman DD, Deal C, Deodhar A, et al. Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Arthritis Care Res 2019 ;71 :2–29. <https://doi.org/10.1002/acr.23789>.

17- Krystel Aouad, Laure Gossec, Recommandations pour le traitement du rhumatisme psoriasique en 2020, revue du rhumatisme monographies 575

18- Clément Prati, Frank Verhoevena, Mickael Chouka, Daniel Wendlinga, Traitement de fond et traitement ciblé du rhumatisme psoriasique, revue du rhumatisme monographie 87 (2020) 310-319

19-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(4).

20- Jamnitski A, Symmons D, Peters MJL, et al. Cardiovascular comorbidities in patients with

psoriatic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis* 2013 ;72 :211–6.

doi :10.1136/annrheumdis-2011-201194

21-Anne Tournadre, Marc Villedon De Naide, Françoise Fayet, Martin Soubrier, Comorbidités dans le rhumatisme psoriasique : comment les évaluer en pratique? *Revue du Rhumatisme monographies* (2020)

<https://doi.org/doi:10.1016/j.monrhu.2020.04.002>

22-Pittam B, Gupta S, Harrison NL, et al. Prevalence of extra-articular manifestations in psoriatic

arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*

doi:10.1093/rheumatology/keaa062

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

23-L. Gossec; P. Richette ; E. Gremese ; P. Bergmans ; B. Coudsy ; V. D'abrosca; K. De Vlam ; B. Joven-Ibanez; T. Korotaeva; F. Lioté ; MT. Nurmohamed ; P. Sfikakis ; S. Siebert ; P. Smirnov ; E. Theander; JS. Smolen. Biotherapies et rhumatisme psoriasique en Europe en 2016 : caracteristiques des patients commençant un traitement par anti-TNF ou par ustekinumab

(Stelara®) dans le cadre de l'étude clinique en cours, PsABio. Communications orales / Revue du Rhumatisme 84S (2017) A73-A158.

24- Mease PJ, Palmer JB, Liu M, et al. Influence of Axial Involvement on Clinical Characteristics of Psoriatic Arthritis: Analysis from the Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry. The Journal of Rheumatology 2018 ;45(10) :1389-96.

25-D. Mrabeta, N. Meddeba, H. Ajlania, L. Fendria, H. Fouratib, S. Bakloutib, S. Sellamia Le rhumatisme psoriasique : A propos de 40 cas. Abstracts / Revue du Rhumatisme 73 (2006) 1089–1259

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

26-B Fournié , J Granel, A Heraud, A Cambon-Thomsen, M Pages, C Dromer, E Ohayon, A Fournié. HLA-B and psoriatic rheumatism. Study of 193 cases. Rev Rhum Mal Osteoartic 1991 Apr;58(4):269-73.

27- Gladman DD. Current concepts in psoriatic arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2002 ;14(4):361-366.

28-Liote F. Rhumatisme psoriasique : critères de classification, de diagnostic et de réponse thérapeutique. Revue du Rhumatisme Monographies. 2010;77(1):67-73.

29- L. Widawski, R. Felten, J.E. Gottenberg, P.M. Duret, L. Spielmann, L. Punzi, J. Sibilila , T. Fabacher, L. Messer. Impact de l'uricémie sur le rhumatisme psoriasique : étude cas-témoins d'une cohorte de 242 patients. Revue du rhumatisme 87 (2020) A13–A106.

30-Charlton R, Green A, Shaddick G, et al. Risk of uveitis and inflammatory bowel disease in people with psoriatic arthritis: a population-based cohort study. Ann Rheum Dis 2018;77(2).

31- Michet CJ. Hip joint disease in psoriatic arthritis: risk factors and natural history. Annals of the Rheumatic Diseases 2005;64(7):1068-70

32- Pascal Claudepierre, Daniel Wendling, Jean-David Cohen. Anti-TNF alpha dans le traitement du rhumatisme psoriasique. Presse Med. 2006 ; 35 : 647-55.

33- Y Degboe, A Ruysse-witrand, rhumatisme psoriasique : pronostic et histoire naturelle, revue du rhumatisme monographies (2020) 576

Annexes

I- Annexe 1 :

Tableau 1 : Critères CASPAR du Rhumatisme psoriasique

Critères	Points
1. Psoriasis (un des items) <ul style="list-style-type: none"> ● Actuel ● Antécédent personnel ● Antécédent familial 	2 2 2
2. Onychose psoriasique	1
3. Absence de facteurs rhumatoïdes	1
4. Dactylite (un des items) <ul style="list-style-type: none"> ● Actuel ● Antécédent 	1 1
5. Image d'ossification juxta-articulaire à la main ou au pied (en dehors de l'arthrose)	1
<p>→ Rhumatisme psoriasique si ≥ 3 points chez un patient ayant une maladie articulaire inflammatoire.</p> <p style="text-align: right; background-color: red; color: white; padding: 2px;">Sensibilité : 91,4 % Spécificité : 98,7 %</p>	

II- Annexe 2 :

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

GARRETT S., JENKINSON T., KENNEDY L.G., 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 (12) 2286-2291.

➤ **Questions**

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 ?

0 ½ 1 ½ 2 heures ou plus
|-----|

➤ **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 va donc de 0 à 100.

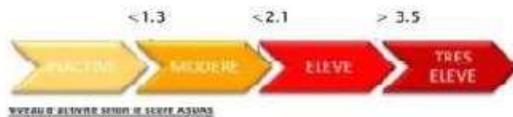
III- Annexe 3

ASDAS

Calcul:

$$\text{ASDAS (CRP)} = 0.1216 (\text{BASDAI } 2 \text{ (cm)}) + 0.1106 (\text{EVA activité (cm)}) + 0.0736 (\text{BASDAI } 3 \text{ (cm)}) + 0.0586 (\text{BASDAI } 6 \text{ (cm)}) + 0.5796 \ln(\text{CRP(mg/L)}+1).$$

$$\text{ASDAS (ESR)} = 0.0796 (\text{BASDAI } 2 \text{ (cm)}) + 0.1136 (\text{EVA activité (cm)}) + 0.0866 (\text{BASDAI } 3 \text{ (cm)}) + 0.0696 (\text{BASDAI } 6 \text{ (cm)}) + 0.293.$$



IV- Annexe 4

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

Calcul du DAS 28

28 sites articulaires sont évalués par mobilisation (M) ou par pression (P).
L'indice articulaire est égal à la somme de l'ensemble des scores obtenus pour les 28 sites articulaires

Pour chacun des sites articulaires, l'intensité de la douleur est évaluée sur une échelle allant de 0 à 3 :

0=absence de douleur

1=douleur à la pression

2= douleur et grimace

3= douleur, grimace et retrait du membre

Calcul

$DAS = 0,55 \times (\text{Indice articulaire} : 28) + 0,284 \times (\text{synovites} : 28) + 0,33 \times \log VS + 0,0142 \times \text{appréciation globale du patient}$

	<input type="text"/>	Épaulle (M)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Coude (M +P)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Poignet (M)	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Métacarpo-phalangiennes (P)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Interphalangiennes proximales (P)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Genou (M)	<input type="text"/>

Résultats

$DAS \leq 2,6 \Leftrightarrow$ PR en rémission

$2,6 < DAS \leq 3,2 \Leftrightarrow$ PR faiblement active

$3,2 < DAS \leq 5,1 \Leftrightarrow$ PR modérément active

$DAS > 5,1 \Leftrightarrow$ PR très active

V- Annexe 5

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)

CALIN A., GARRETT S., WHITELOCK H., KENNEDY L.C., O'HEA J., MALLORIE P., JENKINSON T. – A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J. Rheumatol.*, 1994, 21, 2281-2285.

➤ Questions

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures.

1. Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (ex. : petit appareil vous aidant à mettre les chaussettes) ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

2. Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

3. Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

4. Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accouder sans utiliser vos mains ou toute autre aide ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

5. Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos », sans aide ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

6. Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

7. Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

8. Pouvez-vous regarder par-dessus votre épaule sans vous retourner ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

9. Pouvez-vous effectuer des activités nécessitant un effort physique (ex : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports) ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

10. Pouvez-vous avoir des activités toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail ?

Sans aucune difficulté _____ Impossible

➤ Mode de calcul

La valeur du BASFI est la moyenne des valeurs obtenus aux 10 questions. La score va donc de 0 à 100.

VI- Annexe 6

Les caractéristiques du rhumatisme psoriasique : à propos de 98 cas

INDICE FONCTIONNEL : HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 6 derniers jours.

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Ensemblement, autres personnes				
Etes-vous capable de :				
- vous toiletter / se coiffer / raser / vous laver les dents et				
- vous laver les vêtements ?				
Se lever				
Etes-vous capable de :				
- vous lever d'une chaise				
- vous relever du lit ou vous lever du lit				
Les repas				
Etes-vous capable de :				
- ouvrir votre vitre				
- prendre à votre table 4 repas sur 4 jours consécutifs ?				
- ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?				
La marche				
Etes-vous capable de :				
- marcher sur un terrain plat à l'extérieur ?				
- monter 5 marches ?				
Hygiène				
Etes-vous capable de :				
- vous laver et vous sécher entièrement ?				
- prendre un bain ?				
- vous rasurer et vous raser avec rasoir ?				
Attraper				
Etes-vous capable de :				
- prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?				
- vous baisser pour ramasser un objet par terre ?				
Frénésie				
Etes-vous capable de :				
- ouvrir une porte de voiture ?				
- dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?				
- ouvrir et fermer un robinet ?				
Autres activités				
Etes-vous capable de :				
- faire vos courses ?				
- monter et descendre de voiture ?				
- faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage.				
Cocher toute aide technique utilisée pour accomplir l'une de ces activités :				
Canne	Accessoires pour s'habiller (crochet à bouton ou boutons-pression, bouton-pression à long manche,)			
Poussoir dentaire	Lecteur auditif spécialement adapté			
Béquilles	Chaise spécialement adaptée			
Fauteuil roulant	Autres, préciser :			
Cocher toutes catégories pour lesquelles vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne :				
S'habiller et se préparer	Marcher			
Se lever	Marcher			
Veuillez indiquer d'une croix si vous utilisez habituellement un de ces appareils ou accessoires pour effectuer ces activités :				
Siège de WC surélevé	Poussoir ou barre de toilette			
Siège de toilette	Lecteur auditif à long manche pour manipuler les objets			
Prothèse (pour les yeux, déjà coché)	Instrument à long manche			
Autres, préciser :				
Veuillez indiquer les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un :				
Hygiène	Saler et ouvrir des objets			
Attraper	Prendre et sécher les vêtements			

Méthode de calcul :

A chaque question est allouée la note suivante :

0 = sans aucune difficulté
 1 = avec quelque difficulté
 2 = avec beaucoup de difficulté
 3 = incapable de le faire.

La notation pour chacun des 8 domaines est celle correspondant à plus forte note des questions de ce domaine. Si il existe une seule question à une ou plusieurs questions d'un domaine particulier, la notation est celle correspondant à la plus forte note des questions comportant une réponse (ou ne tient pas compte des données manquantes).

Le score sur la nécessité de l'aide d'une tierce personne et / ou de recours à des appareils peut modifier ce système de notation. Dans ce cas le score pour le domaine concerné doit être au moins égal à 2 (un attribue le score de 3 si la plus forte note est égale à 3) dans tous les autres cas on attribue le score de 2).

L'indice fonctionnel est la somme des notations des divers domaines divisée par le nombre de domaines évalués (habituellement 8, mais moins en cas de données volontairement manquantes pour un certain patient).

Le score final obtenu est compris entre 0 et 3.

références bibliographiques :

FRIS, J. E., SPITZ, P., KRATZKE, R. C., HOJMAN, H. R. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum 1980, 23, 137-145.

GUILLEMIN, F., BIRANCOINI, N., POUREL, J. Mesure de la capacité fonctionnelle dans le polyarthrite rhumatoïde. Adaptation française du Health Assessment Questionnaire (HAQ). Rev Rhum 1991, 58, 459-466.

VII- Annexe 7

Critères radiologiques CRDO

- ☛ **CRDO 1 : arthrite érosive d'une articulation interphalangienne distale.**
- ☛ **CRDO 2 : ostéolyse interphalangienne donnant un interligne anormalement élargi et des surfaces adjacentes très nettement délimitées.**
- ☛ **CRDO 3 : ankylose d'une articulation interphalangienne.**
- ☛ **CRDO 4 : périostite juxta-articulaire en spicule ou en bande d'un doigt ou d'un orteil.**
- ☛ **CRDO 5 : résorption de la houppe phalangienne ou ostéopériostite de la phalangette.**