



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+٠٢٤٧٠١١+ | +٠١٤١١٤+ A +٠٠٠٧٠+
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

RHUMATISME PSORIASIQUE AU CHU HASSAN II DE FES A PROPOS DE 82 CAS : **Caractéristiques épidémiologiques cliniques radiologiques et** **thérapeutiques**

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur Sènamï Florine Emma AWASSI
Née le 05 Octobre 1984 à Abomey (Bénin)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : RHUMATOLOGIE

Sous la direction de :

Professeur : HARZY Taoufik

Session Mai 2018

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

A Dieu le père créateur et tout puissant.

Avec toi tout est possible. Tu as su me donner la force, le courage et la patience nécessaire pour surmonter toutes les vicissitudes qui se sont présentées à moi tout au long de cette formation. A présent, montre-moi la voie que je dois suivre et je m'y engagerai jusqu' au bout.

Gloire à toi.

A mon père

Merci papa pour ton affection, ta bonté, l'amour dont tu as constamment entouré tes enfants. Tu as toujours su les protéger sans toutefois chercher à les étouffer.

Ton soutien inconditionnel m'a permis d'être là où je suis aujourd'hui. Avoir ton caractère calme, ta patience, ton amour du prochain, ta bonté et ton goût pour le travail bien fait ; te ressembler est mon seul désir. Pour rien au monde je ne voudrais t'échanger.

Infiniment merci et longue vie à toi.

A mon conjoint Ladislas EGO et mon fils Euriell Janis :

Vous avez été patients malgré la distance et le temps qu'a duré cette formation.

Vous m'avez soutenue dans les moments les plus difficiles.

Puisse Dieu nous unir davantage.

A mes frères et sœurs : Clarisse, Gérard, Brice et Méline

Toute ma reconnaissance à vous qui m'avez entourée d'affection et de prières. Que le Seigneur veille toujours sur chacun de vous et qu'il vous assiste dans toutes vos entreprises. Soyons toujours unis.

A mes neveux Bignon et Chayili :

A vos côtés, la vie semble tellement facile et agréable.

A ma belle-famille :

Profondes gratitude

A Raoul et sa petite famille, Prystie, Marie, Benjamin, Arnaud,

Merci pour le soutien

In memoriam

A ma feuèrè

C'est en partie toi qui m'as inspiré à faire cette formation. Grande est ma tristesse de ne pouvoir t'avoir à mes côtés ce jour. Mais je sais que de là où tu es tu m'as beaucoup assisté et que tu continueras de le faire.

Puisse Dieu t'accorder le repos éternel.

REMERCIEMENTS

Aux anciens résidents et spécialistes du service,

Qui ont participé à ma formation : Merci.

A toute l'équipe paramédicale du service de rhumatologie de Fès :
Profonde gratitude

*Aux Professeurs Abourazzak Fatima Ezzahra, Tahiri Latifa,
Akasbi Nessrine :*

Merci pour la formation, vos soucis de transmettre les connaissances m'ont beaucoup marqué et les séances d'exposé m'ont beaucoup instruit, toute ma gratitude.

A Mon rapporteur, Monsieur le Professeur Agrégé Taoufik Harzy :

Au cours de ma formation et la réalisation de ce travail, vous avez été pour nous plus qu'un rapporteur de mémoire, un père qui nous fait bénéficier de votre grande espérance, de vos vastes connaissances. Votre patience et votre bienveillance ont affermi nos pas dans la recherche et nous ont permis d'aimer davantage notre métier. A cet égard, restez pour nous une référence incontestable dans l'exercice de notre futur métier de médecin Rhumatologue.

Je vous prie de trouver ici l'expression renouvelée de notre déférente gratitude.

PLAN

INTRODUCTION :	1
I-PATIENTS ET METHODES :	3
A. PATIENTS :	4
B. METHODES :	4
C. ANALYSE STATISTIQUE :	13
II-RESULTATS :	14
A- DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE :	15
B- ANALYSE STATISTIQUE:	25
III- DISCUSSION :	28
CONCLUSION :	39
RESUME :	41
REFERENCES :	45
ANNEXES :	57

LISTE DES ABREVIATIONS

ACPA ou Anti-CCP	: Anticorps anti-peptides citrullinés
ACR	: American College of Rheumatology
ADN	: Acide d'ésoxyribonucléique
AINS	: Anti inflammatoire non stéroïdien
AMPc	: Adénosine monophosphate cyclique
ASDAS	: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score
ATCD	: Antécédents
BASDAI	: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
bDMARDS	: Biological disease-modifying antirheumatic drugs
BASFI	: Bath Ankylosing Spondylitis Fonctionnal Index
CASPAR	: Classification of Psoriatic Arthritis
CRDO	: critères radiologiques doigts-orteils
CRP	: C-R éactive protéine
Cs Dmards	: conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs
DAS 28	: Didease Activity Score
DMARDS	: Disease modifying anti rheumatic drugs
FR	: Facteur Rhumatoïde
G6PD	: Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase
HAQ	: Health Assessment Questionnaire
HDL	: High density lipoprotein
HLA	: Human Leucocyte Antigen
HTA	: Hypertension artérielle
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MICI	: Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

LISTE DES ABREVIATIONS

MTX	: Méthotrexate
Ps ARC	: Psoriatic Arthritis Response Criteria
RP	: Rhumatisme psoriasique
SA	: Spondyloarthropathie
TNF	: Tumor Necrosis Factor
TOPAS	: The Toronto Psoriatic Arthritis screening questionnaire
ts Dmards	: Targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs
VS	: Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION

Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire séronégatif de la famille des spondyloarthrites avec expression articulaire et dermatologique [1]. Il ne s'agit pas simplement de l'association d'un psoriasis à un rhumatisme inflammatoire ; il s'agit en fait d'une forme particulière de rhumatisme inflammatoire qui peut être reconnu même en l'absence de psoriasis cutané (6 à 21% des cas) [2]. La prévalence du RP dans la population générale est estimée entre 0,3% à 1 % [3]. Des critères diagnostiques ainsi que des critères de classification ont été élaborés. Les plus récents ont le mérite de reconnaître les formes enthésitiques et de nuancer la présence de l'atteinte psoriasique qu'elle soit cutanée ou unguéale [4].

Les manifestations cliniques du RP sont polymorphes que ce soit sur le plan cutané que sur le plan rhumatologique. Cinq formes principales de RP sont individualisées depuis la classification de Moll et Wright : la forme poly articulaire, la forme oligo-articulaire, l'atteinte prédominante de l'interphalangienne distale, la forme axiale prédominante et l'arthrite mutilante [5].

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique avec forte composante génétique qui touche 1 à 3 % de la population mondiale [6]. Parmi les patients atteints de psoriasis, 10 à 30 % développeront un RP [7].

Peu de données épidémiologiques sont disponibles au Maroc sur la prévalence du rhumatisme psoriasique, ses associations avec l'atteinte dermatologique et ses comorbidités.

C'est dans cette optique que cette étude a été réalisée. Elle vise comme objectif :

Objectif général :

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques des patients atteints du rhumatisme psoriasique vu dans le service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès de Janvier 2009 à octobre 2017.

Objectifs spécifiques

Evaluer les différentes associations épidémiologiques des patients ayant le rhumatisme psoriasique.

Etablir une corrélation entre l'atteinte cutanée et le rhumatisme psoriasique.

Etablir la corrélation entre le rhumatisme psoriasique et le profil métabolique : diabète HTA dyslipidémie.



PATIENTS ET METHODES

A- 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 8 ans, entre Janvier 2009 et octobre 2017.

Critères d'inclusion :

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

Critères d'exclusion :

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

B- 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 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.

1- Les données sociodémographiques

Elles concernent l'âge, le sexe, lieu de résidence (milieu urbain ou rural), les antécédents du patient (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, cardiopathie, tabagisme, uvéite, psoriasis cutané), les antécédents familiaux de psoriasis, le niveau d'instruction du patient

(analphabète, primaire, secondaire, supérieur), son activité professionnelle (fonctionnaire, cadre supérieur, ouvrier, commerçant, ou sans profession).

2- Evaluation du rhumatisme psoriasique

2-1- Diagnostic positif

Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Les atteintes articulaires ont été décrites sur la base du profil dominant observé dans les cinq dernières années de suivi. Les patients présentant quatre articulations gonflées ou moins ont été classés dans la catégorie oligo-arthrite; à partir de cinq articulations gonflées, ils entraient dans la catégorie polyarthrite. Une sacro-iléite radiographique associée à une lombalgie inflammatoire avec ou sans arthrite périphérique correspondait à la forme axiale. Les critères diagnostiques du rhumatisme psoriasique n'ont pas été validés, mais les critères de classification CASPAR (annexe1) publiés en 2006 aident au diagnostic [8].

Les données relatives à la maladie de la peau comprenaient le principal type de psoriasis, l'emplacement des lésions, l'atteinte des ongles et le pourcentage des patients présentant une atteinte d'au moins trois régions du corps. La présence d'un psoriasis cutané a été confirmée par un dermatologue.

En lien avec les caractéristiques cliniques, le profil d'apparition (atteinte oligo-articulaire, poly-articulaire, axiale, mixte, atteinte des interphalangiennes distales, enthésite ou dactylite) déterminé en fonction du profil dominant pendant les six premiers mois de la maladie et le profil principal pendant la période de suivi ont été pris en considération.

2-2- Durée d'évolution

Selon Ruben et al [9], la plupart des patients atteints de spondylarthrite sont diagnostiqués avant l'âge de 40 ans. Nous avons choisi donc une limite d'âge à 40 ans afin de comparer les groupes de patients en RP précoce et tardif pour les objectifs de cette étude: ainsi le RP précoce est représenté par les patients ayant débuté leurs maladies avant 40 ans et RP tardif ceux ayant débuté leurs maladies après 40 ans.

2-3- Bilan biologique

Les données biologiques concernaient les examens de routine: bilans biochimiques sanguins et urinaires, hémogramme, le bilan inflammatoire (VS et CRP), le bilan immunologique (FR et les anticorps anti peptides citrullinés ACPA ou anti CCP), en cas de doute diagnostique avec la polyarthrite rhumatoïde ; les antigènes HLA B27 ont également été recherchés sauf incapacité du patient à le réaliser.

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

2-4- Bilan radiologique

Des clichés pelviens, lombaires et cervicaux latéraux 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.

2-5- Activité du rhumatisme psoriasique

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

Une maladie était considérée comme active si BASDAI ≥ 4 et ou DAS 28 $> 2,6$.

Concernant l'ASDAS :

Activité faible si ASDAS $< 1,3$

Activité modérée si $1,3 \leq \text{ASDAS} < 2,1$

Activité élevée si $2,1 \leq \text{ASDAS} < 3,5$

Activité très élevée si ASDAS $\geq 3,5$

2-6- La sévérité de la maladie

L'âge jeune de début, la coxite, l'uvéite, atteinte respiratoire, résistance aux AINS, 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 4) et ou HAQ $\geq 0,5$ (annexe 5).

2-7-Traitement

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

a- Traitement symptomatique:***Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)***

En l'absence de contre-indication, les AINS sont généralement le traitement de première intention du RP du fait de leur action rapide sur les symptômes. Ils peuvent parfois être suffisants pour contrôler les symptômes de la maladie. Cependant, leur efficacité doit être rapide et leur utilisation en monothérapie ne peut dépasser trois (3) mois chez des patients présentant une forme active définie ainsi : patients atteints d'arthrite, et en particulier chez ceux présentant de nombreuses synovites, une atteinte structurale, un syndrome inflammatoire biologique ou des manifestations extra-articulaires cliniquement significatives [10]. Les AINS doivent être utilisés à dose minimale efficace pour diminuer le risque de survenue d'effets secondaires [11,12]. Tous peuvent être utilisés mais deux d'entre eux pourraient avoir une place particulière : le naproxène, car il s'accompagne d'un risque cardiovasculaire inférieur à celui des autres AINS, et les coxibs qui provoquent moins de complications digestives graves [12]. Lorsque les symptômes prédominent très nettement la nuit et au réveil, il est pertinent de recourir à une forme d'action longue ou à libération prolongée. La grande variabilité interindividuelle de sensibilité à ces molécules doit amener le médecin à changer plusieurs fois d'AINS en cas de non réponse [10].

Infiltrations de dérivés cortisoniques :

Les infiltrations de dérivés cortisoniques peuvent être un traitement ponctuel d'une ou quelques arthrites ou de certaines enthésites persistantes sous AINS ou malgré un traitement de fond bien conduit [13]. Leur nombre doit être limité pour éviter les complications liées au passage systémique des corticoïdes. La nécessité de répéter les infiltrations traduit en général l'insuffisance du traitement et la nécessité d'ajouter un traitement de fond synthétique ou biologique suivant les cas.

Corticothérapie per os

La corticothérapie orale doit être utilisée avec prudence, à la posologie minimale efficace lorsqu'elle est nécessaire, par exemple à visée symptomatique transitoire en attendant l'efficacité d'un traitement de fond chez un patient ayant une forme très active [13]. En effet, la corticothérapie expose à de nombreuses complications, d'autant plus si elle est prolongée, ainsi qu'à un éventuel rebond du psoriasis à l'arrêt, même si la réalité de cet effet reste discutée [10].

b- Traitement de fond classique :

Méthotrexate :

Le méthotrexate (MTX) est un analogue de l'acide folique agissant comme un faux substrat inhibant compétitivement la dihydrofolate-réductase et bloquant la synthèse des bases puriques et pyrimidiques. La cellule s'accroît en taille et meurt. Tout cela entraîne un ralentissement de la prolifération cellulaire. En rhumatologie, l'inhibition concerne les lymphocytes et les autres cellules qui prolifèrent pendant l'inflammation. Il est apparu intéressant de l'utiliser dans les rhumatismes inflammatoires. Le MTX est le traitement de fond de première intention chez les patients atteints de RP avec un psoriasis cutané. Celui-ci doit être institué rapidement en cas d'atteinte articulaire multiple, de lésion radiographique, de syndrome inflammatoire biologique ou d'atteinte de type dactylite [13]. En termes de posologie maximale, il est souvent évoqué la dose de 0,3 mg/kg par semaine, sans que ceci n'ait jamais été étudié [10]. Retenons que la posologie initiale est souvent de 15 mg/semaine, cette posologie devant être adaptée en fonction de la tolérance et de l'efficacité jusqu'à une dose maximum de 25 mg/semaine. La voie parentérale, en général sous cutanée, a une meilleure biodisponibilité et peut être préférée ou succéder

à la forme per os [10]. La tolérance, les précautions d'usage, la surveillance biologique de ce traitement sont les mêmes que celles bien connues dans la polyarthrite rhumatoïde [10].

Le léflunomide

C'est un anti-métabolite qui agit en inhibant la prolifération lymphocytaire T en bloquant la synthèse d'ADN et le cycle cellulaire. Le léflunomide a démontré son efficacité clinique sur l'atteinte articulaire du RP grâce à l'étude TOPAS [14], randomisée contre placebo, qui montrait un taux de réponse PsARC de 58,9 % sous léflunomide contre 29,7 % sous placebo ($p < 0,0001$). Dans une large étude prospective de la « vraie vie » [14], 380 patients sur 440 répondaient au critère principal qui était une réponse PsARC à 24 semaines de l'introduction d'un traitement par léflunomide. Son effet sur la dermatose apparaît cependant marginal [15]. Notons que la tolérance de ce médicament, en particulier digestive ou en termes de risque de survenue ou de déséquilibre d'une hypertension artérielle, peut être un frein à sa poursuite [10].

La sulfasalazine

Plusieurs études randomisées ont montré une efficacité clinique de la sulfasalazine supérieure à celle d'un placebo dans le RP articulaire périphérique [16,17]. Ainsi, la sulfasalazine est elle aussi un csDMARD indiqué dans le RP, après avoir éliminé un déficit en G6PD dans les populations à risque [13].

La ciclosporine

La ciclosporine n'a pas été étudiée en monothérapie contre placebo. Son efficacité, bien établie dans le psoriasis lui-même, a été suggérée dans le

RP par des études ouvertes [18,19] et une étude en double aveugle contre placebo en association au MTX chez des patients résistants au MTX seul [18]. Ses effets secondaires ont limité son utilisation et développement [10].

c- Les traitements de fond biologiques (bDMARDs)

Anti TNF α

Les anti-TNF α sont utilisés maintenant depuis le début des années 2000 dans le RP. Ils ont tous (adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab et infliximab) une efficacité reconnue sur l'atteinte articulaire du RP (arthrites périphériques, enthésites, dactylites), sur l'inflammation biologique éventuelle, mais aussi sur une éventuelle atteinte axiale associée ainsi que sur les manifestations extra-articulaires (psoriasis, uvéites, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sauf pour l'étanercept dans ce dernier cas) [20]. Ils ont de plus une action de ralentissement des dommages structuraux articulaires [21]. Tout ceci se traduit par une amélioration de la qualité de vie et de la fonction [22]. Il n'y a jamais eu d'étude comparative entre ces molécules, il n'est donc pas possible de recommander une molécule plutôt qu'une autre pour son efficacité. En revanche le choix du traitement sera discuté avec le patient en prenant en compte le mode et le rythme d'administration de chaque produit mais également la présence d'atteintes extra-articulaires et certaines particularités de la vie du patient. Ainsi, l'existence d'une MICI active ou d'uvéites répétées fera préférer un anticorps monoclonal [23]. Enfin, les biosimilaires semblent avoir le même profil de tolérance et d'efficacité que les traitements de référence pour un prix inférieur [24]. Malgré leur efficacité importante, les anti-TNF α connaissent des échecs d'emblée chez environ 1/4 à 1/3 des patients, mais également des échecs secondaires, ou échappements ; certains de ces échappements paraissent attribuables à des phénomènes d'immunisation, mais d'autres restent mal expliqués [10].

Les autres bDMARDs utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde

Une étude randomisée contre placebo portant sur l'abatacept a montré une augmentation significative du nombre de patients (42 %) versus placebo (19 % ; $p = 0,022$) répondant au critère ACR20 à six (6) mois, chez 170 patients ayant un RP actif [25]. D'autres études sont en cours avec ce bio médicament.

Les autres bio médicaments utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde, telles que le tocilizumab [26] ou le Rituximab [27], n'ont fait l'objet que d'études ouvertes de petite taille ou de cas isolés et n'ont donc pas de place aujourd'hui dans le traitement du RP.

Les nouvelles thérapeutiques bDMARDS et petites molécules

L'ustékinumab

L'utilisation des anticorps anti p40 (ustékinumab) dirigée contre la sous-unité p40 de l'interleukine (IL) 12 et de l'IL 23, est efficace pour traiter le psoriasis et l'arthrite psoriasis bien que les résultats sur l'atteinte cutanée soient plus impressionnants [28]. Le profil de tolérance a été bon, et il n'y a pas eu de complications majeures sous ustékinumab [10].

Le sécukinumab

Le sécukinumab est le premier agent anti-IL17 disponible dans le RP articulaire périphérique mais également dans la spondyloarthropatie (SA). Il agit en tant qu'anticorps monoclonal anti-IL-17A. Son développement clinique l'a tout d'abord imposé comme un traitement très efficace du psoriasis [29]. Son efficacité dans l'arthrite psoriasis a également été prouvée avec une réponse structurale observée chez les patients [30,31].

L'aprémilast

L'aprémilast est une petite molécule de synthèse, ou tsDMARDS, inhibiteur de la phosphodiesterase 4 (PDE4), qui module l'expression du TNF α , de l'IL 17, et de l'IL10 par le biais de l'AMPc [10]. Cette molécule a prouvé son efficacité aussi bien sur le psoriasis que sur l'arthrite psoriasique. Les réponses cutanées au traitement par l'aprémilast sont similaires à celles du méthotrexate, mais les réponses articulaires sont légèrement inférieures à celles observées avec les agents biologiques [32].

C- L'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 uni-variée.

La troisième étape consiste à une analyse statistique afin d'identifier les différentes associations statistiques. Les résultats étaient rapportés sous forme de graphiques et de tableaux commentés. Un $p < 0,05$ a été considéré comme significatif.



RESULTATS

A- DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE :

1- Données sociodémographiques :

Quatre-vingt-deux (82) patients porteurs d'un rhumatisme psoriasique ont été inclus dans notre étude.

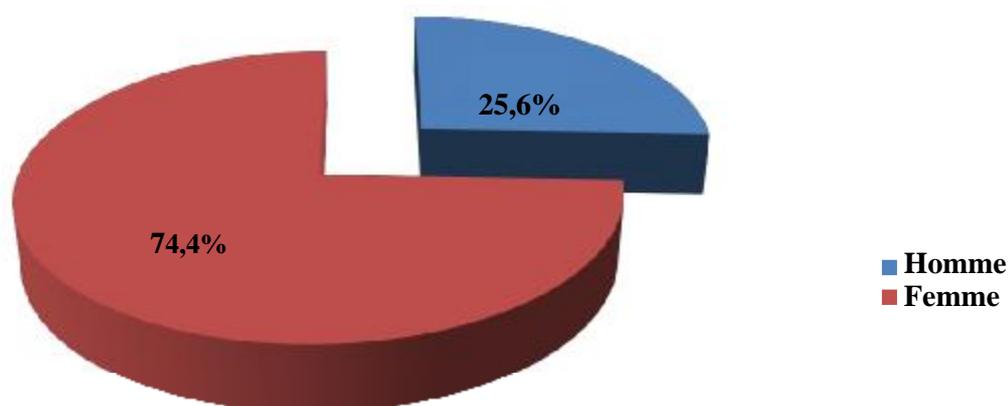
1-1- Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des patients était de $49,40 \pm 15,185$ avec des extrêmes allant de 15 à 89 ans.

1-2- Répartition selon le sexe :

Une prédominance féminine a été constatée dans notre échantillon avec 61 femmes (soit 74,4%) et 21 hommes (soit 25,6%).

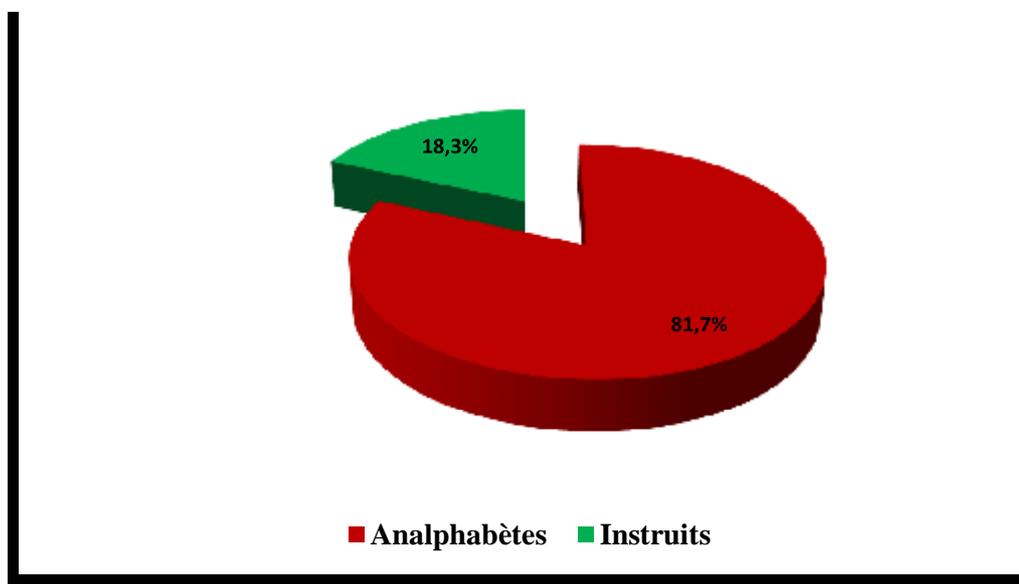
Le sexe ratio (H/F) = 0,34. (Graphique 1)



Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe

1-3- Niveau d'instruction :

Dans la population étudiée, 67 patients (81,7 %) étaient analphabètes, et 15 patients étaient instruits (18,3 %) (Graphique 2).

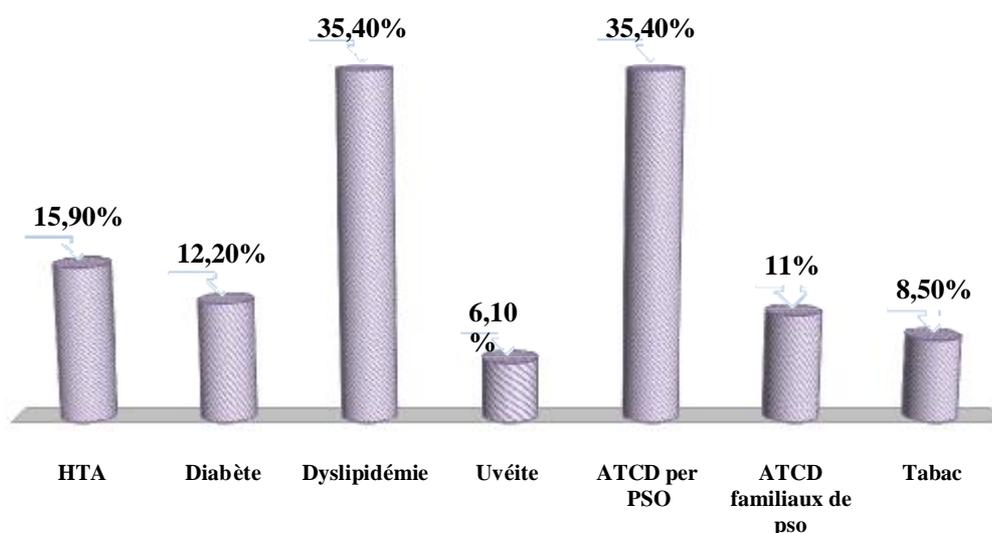


Graphique 2 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

1-4- Antécédents des patients :

L'antécédent de psoriasis était présent chez 35,40% (29) des patients et 9 patients sur les 82 avaient un antécédent familial de psoriasis.

En ce qui concerne les autres antécédents recherchés, les dyslipidémies étaient plus fréquentes (35,4% des patients), suivis par l'HTA et le diabète. L'uvéite était moins fréquente. Sept (7) patients sur les 82 étaient tabagiques. (Graphique 3)



ATCD = antécédents

Graphique 3 : Répartition de la population en fonction des antécédents.

2- Caractéristiques du rhumatisme psoriasique

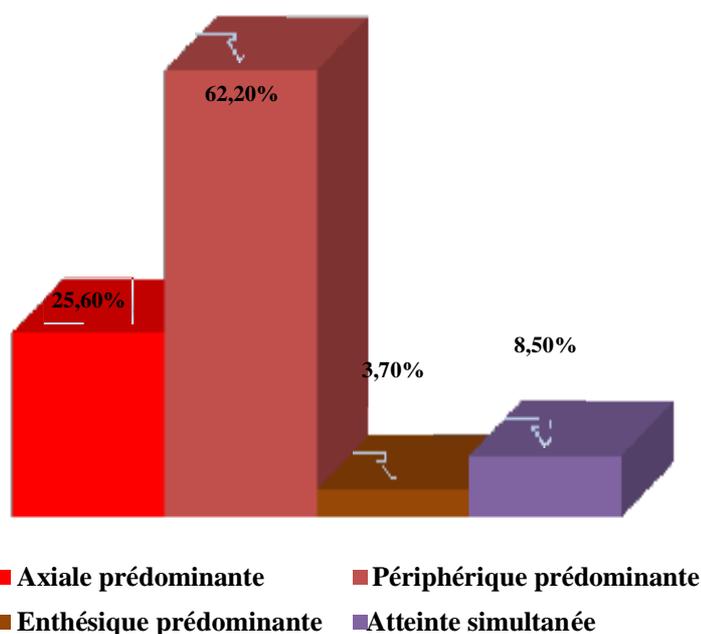
2-1- Durée d'évolution :

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $7,38 \pm 7,70$ [0-36] ans.

Cinquante-huit (58) patients soit 70,7 % avaient un rhumatisme psoriasique après 40 ans et 29,3 % soit 24 avaient une maladie survenant avant 40 ans.

2-2- Ordre des lésions

L'atteinte périphérique était prédominante. Cinquante-et-un (51) patients soit 62,2 % avaient une atteinte périphérique prédominante. (Graphique 4)



Graphique 4 : Ordre d'apparition des atteintes articulaires

2-3- Atteinte articulaire périphérique

Quarante (40) patients soit 48,8% avaient une atteinte oligo-articulaire (nombre de synovites ≤ 4) contre 42 soit 52,2% qui présentaient une atteinte polyarticulaire (nombre de synovites > 4).

L'asymétrie des lésions articulaires périphériques était retrouvée chez 55 patients sur 82 soit un pourcentage de 67,1%.

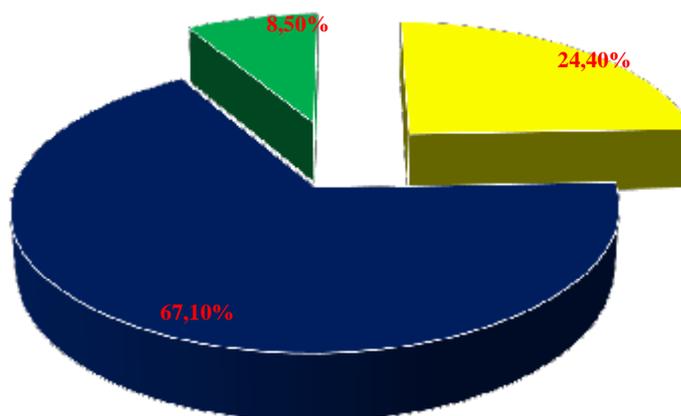
2-4- Atteinte axiale

Une raideur lombaire (Indice de shober < 4) était retrouvée chez 48 patients Soit 58,5% contre 41,5% qui avaient un indice de shober ≥ 4 .

2-5- Psoriasis et atteinte articulaire

Le psoriasis précédait l'atteinte articulaire chez 20 patients soit 24,4%.

(Graphique 5)

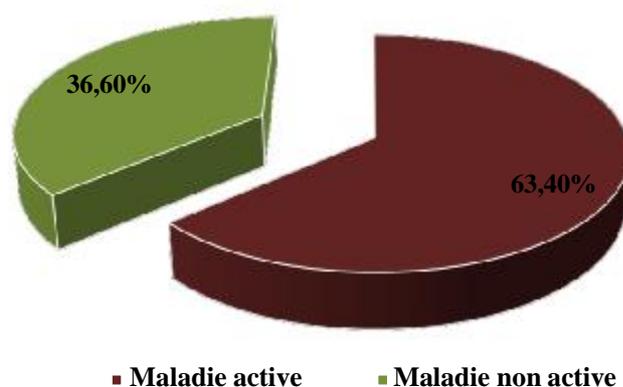


- Psoriasis au début
- Atteinte articulaire au début
- Psoriasis et atteinte articulaire simultanée

Graphique 5 : Ordre d'apparition atteinte articulaire et psoriasis

2-6- Activité de la maladie

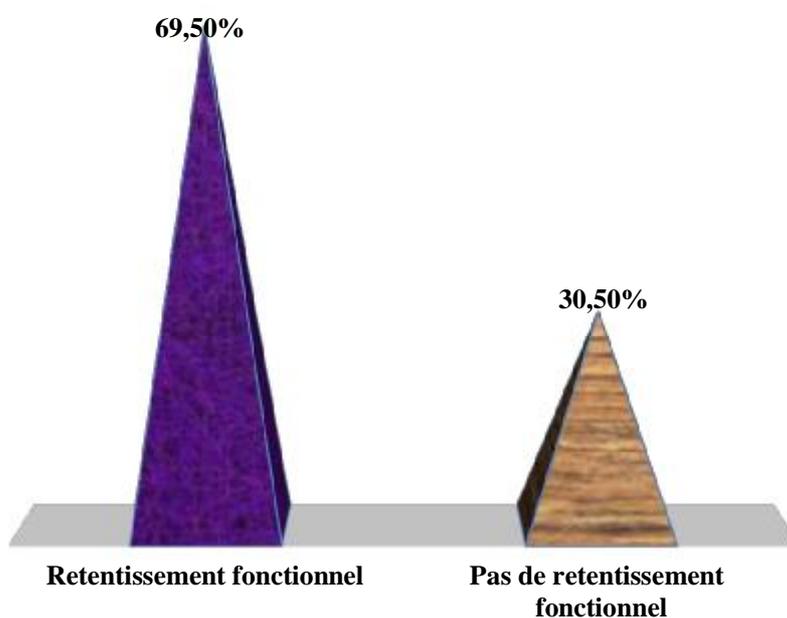
Après calcul du BASDAI et ou DAS 28 CRP en fonction de la prédominance de l'atteinte (axiale ou périphérique), nous avons constaté que la majorité des patients avaient une maladie active : 52 soit 63,4% contre 30 soit 36,6%. (Graphique 6)



Graphique 6 : Répartition des patients en fonction de l'activité de la maladie

2-7- Retentissement fonctionnel

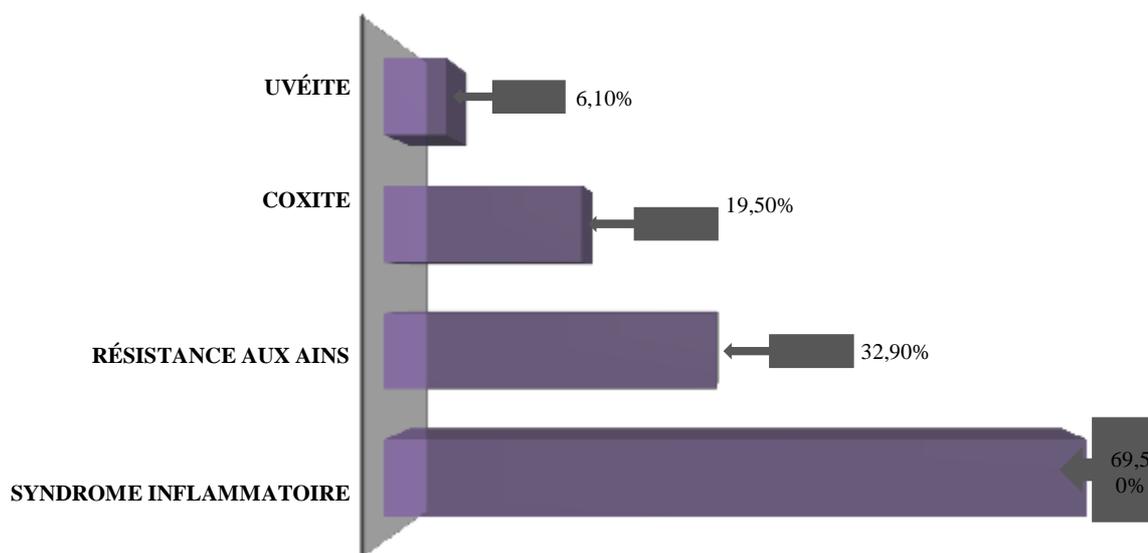
Cinquante-sept (57) patients présentaient un handicap fonctionnel sur les 82.



Graphique 7 : Répartition des patients en fonction du retentissement fonctionnel de la maladie.

2-8- Sévérité de la maladie

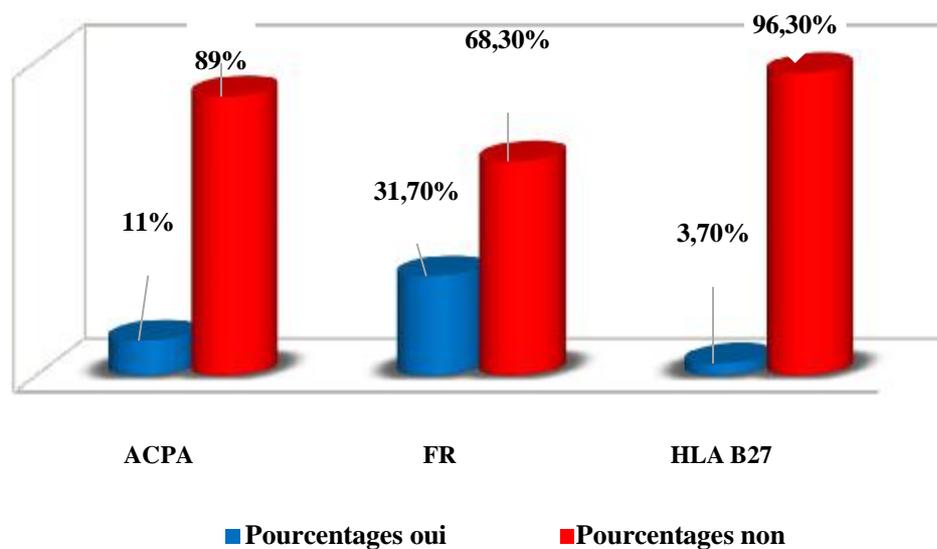
Soixante-quatre (64) patients, soit 78 % présentait au moins un facteur de sévérité de la maladie. Le syndrome inflammatoire était le facteur de sévérité le plus fréquent ; présent chez 57 patients soit 69,5% suivis par la résistance aux AINS :27 patients soit 32,9% de la population étudiée, la coxite était retrouvée chez 16 patients soit 19,5% et l'uvéïte chez 5 patients soit 6,1%. (Graphique 8)



Graphique 8 : Répartition des patients en fonction des facteurs de sévérité de la maladie

2-9- Bilan immunologique

Bien que le rhumatisme psoriasique soit défini comme un rhumatisme inflammatoire séronégatif de la famille des spondyloarthrites [1], le facteur rhumatoïde et les ACPA étaient présents respectivement chez 31,7 % et 11% de la population étudiée. (Graphique 9)

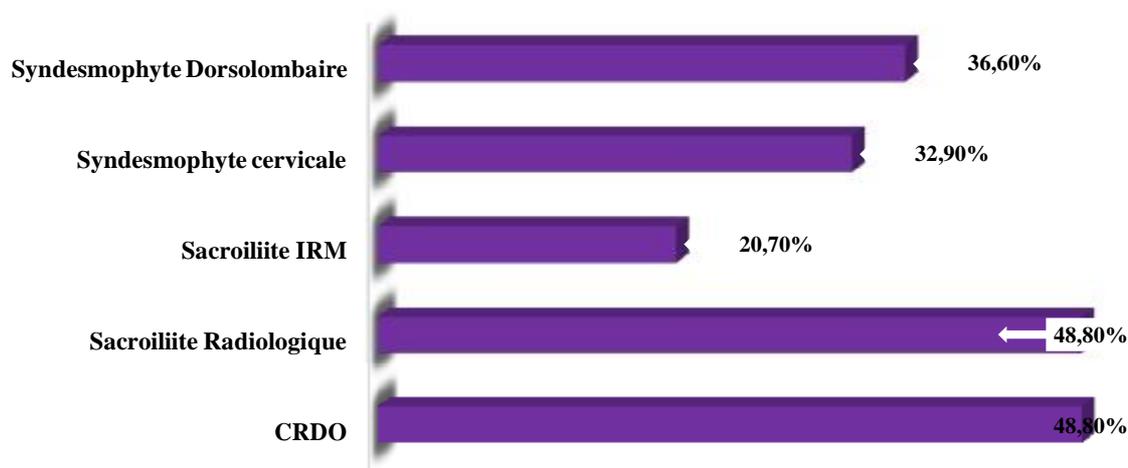


Graphique 9 : Répartition des patients en fonction de la présence de FR et d'ACPA et Ag HLA B27

2-10- Bilan d'imagerie

Quarante (40) patients avaient des critères radiologiques CRDO (annexe 7). Une syndesmophyte était retrouvée chez 30 patients au niveau dorsolombaire et chez 27 patients au niveau du rachis cervical.

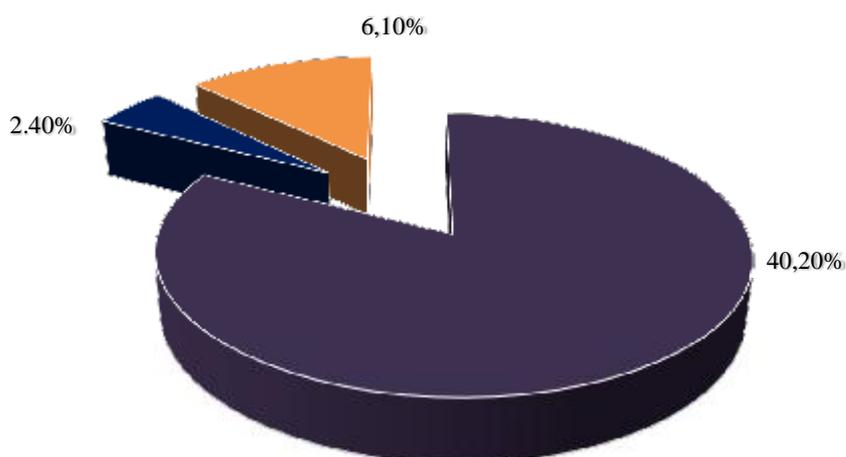
Une sacroiliite radiologique était constatée chez 48,8% de la population étudiée.



Graphique 10 : Répartition des patients en fonction de l'atteinte radiologique

2-11- Localisation psoriasis

Quarante (40) patients ont un psoriasis soit 48,8% de la population. Le graphique ci-dessous montre la répartition des patients en fonction de la localisation du psoriasis



■ Psoriasis cutané en plaque ■ Psoriasis du cuir chevelure ■ Psoriasis unguéale

Graphique 11 : Répartition des patients en fonction de la localisation du psoriasis.

2-12- Traitement

2-12-1- Traitement symptomatique

Cinquante (50) patients soit 61 % de la population étudiée avaient reçu comme traitement de première ligne des AINS. Les plus utilisés sont : l'indométacine, les celecoxibs et le diclofénac.

On a eu recours à une corticothérapie systémique chez 9 patients et 27 patients avaient bénéficié d'une corticothérapie per os.

2-12-2- Traitement de fond

Le Méthotrexate était le Dmards le plus utilisé. Soixante-trois (63) patients soit 76,8% de la population avaient bénéficié d'un traitement par MTX.

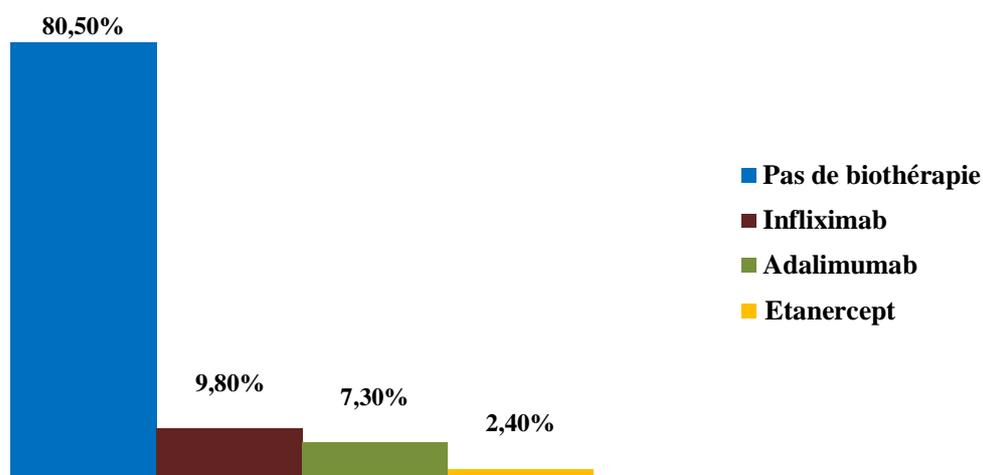
La Salazopirine était utilisée chez 13 patients soit 15,9%.

Une bithérapie MTX-SLZ était utilisée chez un patient.

2-12-3- Traitement biologique

Seize (16) patients soit 19,5% 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%). (Graphique 12)



Graphique 12 : Répartition des patients en fonction du type de biothérapie reçu

B- ANALYSE STATISTIQUE

1- Particularités cliniques des patients ayant un psoriasis

Variables sociodémographiques	Psoriasis (N=40)	Pas de psoriasis (N= 42)	p
Age moyen	49,53	49,29	0,000
Précocité du RPso	48,8%	51,2%	0,229
Sexe Féminin	35,4%	39%	0,802
Niveau d'instruction	13,4%	4,9%	0,047
Antécédent personnel de psoriasis	34,1%	1,2%	0,00
Antécédent familial de psoriasis	9,8%	1,2%	0,013
Psoriasis avant atteinte articulaire	22%	2,4%	0,000
Atteinte périphérique prédominante	24,4%	37,8%	0,08
Syndrome inflammatoire	35,4%	34,1%	0,636
Facteur rhumatoïde	6,1%	25,6%	0,000
ACPA	11,1%	88,9%	0,030
HLA B27	2,4%	1,2%	0,611
CRDO	16%	33,3%	0,08

2- Particularités cliniques en fonction de la localisation du psoriasis

Il y avait une association significative entre la localisation du psoriasis et :

La précocité de la maladie (âge de début inférieur à 40ans) (p= 0,019),

Le début du psoriasis (p= 0,000)

Le niveau d'instruction (p= 0,040)

La présence d'une uvéite (p= 0,045),

L'antécédent personnel de psoriasis (p= 0,000),

L'antécédent familial de psoriasis (p= 0,000),

L'ordre d'apparition des lésions articulaires (p= 0,009),

La présence d'un facteur rhumatoïde (p= 0,000),

La présence de lésions radiologiques CRDO (p= 0,009),

Aucune association significative n'a été retrouvée entre la localisation et psoriasis et : le sexe, l'HTA, la dyslipidémie, le syndrome inflammatoire biologique.



DISCUSSIONS

La prévalence du RP a été étudiée en se basant sur les observations cliniques des patients admis en service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès. Nous pensons à la fin de ce travail avoir pu évaluer prévalence du RP, identifier les différentes associations épidémiologiques et la particularité des patients ayant un psoriasis cutané.

A- Prévalence du rhumatisme psoriasique

Parmi 465 patients présentant une spondyloarthrite ayant consulté dans le service de rhumatologie du CHU HASSAN II de Fès au cours de la période d'étude, 82 avaient un RP soit une prévalence de 17,63%. Peu de données épidémiologiques sont disponibles au Maroc et en Afrique en général sur la prévalence RP.

Aux Etats-Unis, la prévalence du rhumatisme psoriasique varie de 6 à 25 cas pour 10000 personnes [33]. L'incidence annuelle du rhumatisme psoriasique était de 2 à 3 % dans une étude prospective sur patients atteints de psoriasis. En Israël, Eder L. et coll. dans une cohorte de patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique rapportent une prévalence globale de 0,153% (IC 95% : 0,149%; 0,158%) [34]. RODOLFO Perez [35] rapporte en 2016 que la prévalence du RP dans la population générale variait de la plus élevée en Italie (0,42%) à la plus faible au Japon (0,001%). Ces différences de prévalence pourraient s'expliquer par l'absence de consensus sur les critères diagnostiques du RP. La prévalence du RP dans notre étude a été rapportée par rapport au nombre de patients ayant une spondyloarthrite. Ce qui rend fastidieux la comparaison avec les autres pays.

Dans une étude de cohorte rétrospective aux Etats Unis, au sein d'une population présentant un psoriasis initial cutané (toutes sévérités

confondues), l'incidence cumulée du rhumatisme psoriasique était de 1,7% ; 3,1% et 5,1% respectivement à 5-10 et 20 ans [36].

B- Rhumatisme psoriasique et psoriasis cutané

La prévalence du psoriasis dans la population des 82 patients ayant un rhumatisme psoriasique était de 48,8%. Plusieurs études stipulent que 20 à 40% des patients ayant un psoriasis cutané développent un rhumatisme psoriasique [3,7, 35, 37, 38]. Deux études transversales, multicentriques menées en France chez les enfants (Psocar) et les adultes (Resopsocar) retrouvent une prévalence globale du RP qui était de 21,4 % du groupe des adultes ce qui est conforme aux résultats d'autres études cliniques [6,39, 40].

Une étude suédoise, rappelant la prévalence du psoriasis cutané, évaluée à 2–3 % de la population générale, a montré la présence d'arthrites chez 30 % des patients psoriasiques, estimant ainsi de façon grossière la prévalence du RP à environ 1 % de la population [41]. Nos résultats se rapprochent donc de ceux de la littérature.

C- Rhumatisme psoriasique et sexe et âge

Le rhumatisme psoriasique est rare chez les asiatiques et les noirs ; le sexe ratio est de 1 [42]. Une étude française visant à estimer la prévalence des spondylarthropathies (SA) par une enquête téléphonique auprès de 9395 personnes, a abouti à un taux standardisé de prévalence pour les SA de 0,30 % (0,17–0,46), similaire chez les femmes (0,29) et les hommes (0,31), et identique à celui de la polyarthrite rhumatoïde (PR) (0,31 %). Le taux standardisé de prévalence du RP était, dans cette étude, de 0,19 %, probablement sous-estimé en raison de la méthode employée [43].

L'âge de début moyen se situe entre 40 et 50 ans avec un large écart-type. Il semble un peu plus bas dans les formes familiales [44].

Dans une cohorte composée de 205 patients évalués, 112 (54,63 %) hommes et 93 (45,37 %) femmes, l'âge moyen était de $52,9 \pm 13$ ans. L'âge moyen à l'apparition du psoriasis était de $30,5 \pm 17,1$ ans ; et l'âge moyen à l'apparition de l'arthrite était de $43,3 \pm 14,2$ ans. La période de latence moyenne entre la survenue du psoriasis et celle de l'arthrite était de $14,6 \pm 12,6$ ans [45]. Alonso et al [45] dans une étude rétrospective et transversale montre que la stratification de la population en fonction de l'âge de début de la maladie facilite la caractérisation de la pathologie et devrait être prise en compte dans de futures études épidémiologiques, cliniques et génétiques sur les risques associés à cette affection.

Le sex-ratio du RP est donc de 1 selon la majorité des études. Denis A et coll. rapportent que le rhumatisme psoriasique touche l'adulte jeune entre 30 et 50 ans et que le sex-ratio est de 1 [46]. Dans notre étude, il y avait plus de femmes que d'hommes (61 contre 21) avec un sex-ratio (H/F) de 0,34. Ce constat ne se retrouve pas dans la littérature. Ceci peut s'expliquer par l'effectif relativement réduit de la population étudiée qui ne s'est faite qu'en milieu hospitalier. Cependant, l'âge moyen de survenue était de $49,40 \pm 15,185$ avec des extrêmes allant de 15 à 89 ans. Ces résultats se rapprochent des résultats de la littérature.

D- Ordre des lésions et différentes formes cliniques

Selon les auteurs, le RP survient chez les patients présentant une atteinte cutanée ancienne dans 66 % des cas, mais il peut apparaître en même temps que les lésions cutanées dans 15 % des cas ou les précéder dans 10 %

des cas [47]. Selon Elkayam et coll., l'atteinte cutanée suit dans 15 à 25 % des cas, parfois de très longtemps, l'atteinte articulaire [48].

Selon notre travail, l'atteinte cutanée précédait l'atteinte périphérique chez 24,4% des patients et l'atteinte était simultanée dans 8,5% des cas. Ces résultats diffèrent de ceux de la littérature. Ceci pourrait s'expliquer par le sous-diagnostic du RP chez les patients présentant un psoriasis cutané. Récemment, une méta-analyse a montré que la prévalence du RP non diagnostiqué chez les patients psoriasiques était de 15,5 % dans les centres dermatologiques [49]. Le problème du sous-diagnostic du RP a également été observé chez les rhumatologues [50]. En outre, la littérature n'offre pas une définition claire du RP [51,52].

Le diagnostic des formes cliniques est plus difficile et s'aide de la présence d'antécédents familiaux de psoriasis et des particularités radio cliniques de l'atteinte articulaire. L'un des intérêts des critères proposés par Fournié et al. est de pouvoir classer ces arthrites sans atteinte cutanée dans le rhumatisme psoriasique [53]. Moll et Wright ont décrit cinq sous types cliniques d'arthrite psoriasique qui mettent en évidence l'hétérogénéité de la maladie [54]:

La forme oligoarticulaire affecte quatre articulations ou moins et se produit généralement dans une distribution asymétrique ; elle est la plus fréquente et est observée dans 70 % des cas [55].

La forme poly-articulaire affecte cinq articulations ou plus ; l'atteinte peut être symétrique et ressembler à la polyarthrite rhumatoïde. Elle est observée dans 15% des cas. Elle se distingue de la polyarthrite rhumatoïde par l'association à une atteinte axiale, des doigts et orteils en saucisse, l'atteinte des articulations inter phalangiennes distales (IPD) [55].

L'atteinte des IPD des mains et des pieds ou les deux, se produit généralement avec d'autres formes cliniques mais survient seule dans 5% des cas.

L'arthrite mutilante, forme clinique déformante et destructrice qui implique une résorption osseuse marquée ou une ostéolyse est caractérisée par des doigts télescopiques et des mains en lorgnette et est observée dans 5% des cas [55].

L'atteinte axiale est caractérisée par une atteinte des sacro-iliaques asymétrique et peu symptomatique, une atteinte du rachis cervical plus fréquente contrastant avec une atteinte du rachis lombaire peu enraidissant et des syndesmophytes en agrafe ; observée dans 5% des cas et associée chez 20% des patients à une atteinte périphérique [55]. Selon les auteurs, l'atteinte enthésique survient chez 30 à 50% des patients et la dactylite est rapportée chez 40 à 50% des patients [8].

Nous avons constaté dans nos résultats que : l'atteinte périphérique était prédominante (62% des patients) avec 48,8% des patients qui présentaient une atteinte oligoarticulaire asymétrique contre 52,2% de forme poly articulaire. L'atteinte axiale était retrouvée chez 25,6% des patients, une atteinte simultanée (axiale et périphérique) dans 8,50% des cas et une atteinte enthésique chez 3,70% patients.

Dans une étude rétrospective tunisienne, l'atteinte articulaire inaugurale était périphérique dans 61,2% des cas, axiale dans 22,5% des cas, mixte dans 12,9% des cas et enthésique pure dans 3,2% des cas [56]. Ces résultats se rapprochent des nôtres mais il s'agit d'une étude rétrospective faite dans une population de patients ayant un RP sans psoriasis.

E- Rhumatisme psoriasique et bilan biologique

Le Facteur rhumatoïde (FR) et les anticorps anti peptides citrulinés (ACPA) sont négatifs chez 95% des patients ayant un rhumatisme psoriasique [8]. Nous avons observé que le FR était positif chez 31,70% des patients et les ACPA chez 11% des patients. La distinction avec la polyarthrite rhumatoïde a été faite en se basant sur les caractéristiques cliniques et d'imagerie.

Dans une analyse systématique de la littérature et méta analyse, la prévalence globale des ACPA était estimée à 6,36% [5,15% ; 7,76%] [57]. Les raisons de cette positivité restent mal élucidées.

Le syndrome inflammatoire était présent chez 69,5% de nos patients et la maladie était sévère chez 78% des patients. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients consultent dans la majorité des cas en cas de poussée de la maladie. Christopher T et coll. rapportent une augmentation de la CRP et de la VS chez 40% des patients [8].

F- Différentes associations

Il y avait dans notre étude une association significative entre l'âge et le RP avec atteinte dermatologique ($p=0,000$) mais aucune association n'est retrouvée lorsqu'on regroupe les patients en fonction de la précocité de survenue du rhumatisme psoriasique (c'est-à-dire avant ou après 40 ans).

Il a été observé dans des études récentes en France que la prévalence du RP augmentait de façon à peu près linéaire de 0 à 70 ans pour atteindre 27,0 % des patients avant de diminuer [7]. La prévalence de RP diminue chez les personnes âgées (> 70 ans). Deux hypothèses peuvent être proposées : le diagnostic de RP dans ce groupe est difficile car les maladies rhumatologiques multiples telles que l'arthrose peuvent expliquer les douleurs

articulaires. Une autre hypothèse est que le psoriasis chez les personnes âgées a un phénotype différent [7]. En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, les patients présentant une arthrite précoce étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents familiaux de RP ($p = 0,007$) et de posséder l'antigène HLA-B27 ($p = 0,041$).

Une association significative était retrouvée entre le rhumatisme psoriasique avec psoriasis cutané et l'âge ($p= 0,00$), le niveau d'instruction ($p=0,047$), les antécédents personnels et familiaux de psoriasis ($p=0,00$ et $p = 0,013$), l'atteinte articulaire périphérique ($p = 0,08$) la présence de facteur rhumatoïde ($p=0,000$) et la présence des ACPA ($p=0,030$) dans notre travail.

Alonso S. et coll. [45] ont observé dans leur étude, constituée d'une population de patients atteints de psoriasis cutané et de rhumatisme psoriasique que le psoriasis précoce était associé à des antécédents familiaux de psoriasis plus nombreux, une atteinte cutané plus étendue et la présence de HLA-C06 [58, 59,60]. De même, l'âge à l'apparition du psoriasis semble avoir eu une influence sur certaines caractéristiques de l'atteinte articulaire. Ainsi, un profil de spondylarthrite à l'apparition de la maladie ou d'oligo- arthrite au cours du suivi était respectivement plus fréquent dans le psoriasis précoce et tardif. Une autre caractéristique notable était le lien de l'antigène HLA-B27 avec le psoriasis précoce, encore que cela puisse relever plutôt d'une association avec l'arthrite précoce, comme récemment mis en avant dans la littérature [61].

Certains auteurs ont constaté que la présence d'ACPA est associée de façon statistiquement significative à un plus grand nombre d'articulations douloureuses et d'articulations gonflées ($p = 0,02$ et $p = 0,009$ respectivement) [57].

Quelques études épidémiologiques ont évoqué un risque de RP plus élevé dans les cas de psoriasis touchant plus de 3 zones du corps ou lorsque le cuir chevelu ou le pli interfessier est touché [62]. Cependant, d'autres auteurs ont retrouvé que quelle que soit la stratification en psoriasis précoce ou tardive, les deux types de cas étaient comparables en termes de profil articulaire dominant, de prévalence de l'atteinte des ongles, d'emplacement et d'étendue des lésions cutanées, ce qui vient en contradiction de ces études [45].

Nous avons trouvé une association significative entre la localisation du psoriasis et la précocité de la maladie, le début du psoriasis, le niveau d'instruction, la présence d'une uvéite, l'antécédent personnel de psoriasis, l'antécédent familial de psoriasis, la prédominance de l'atteinte périphérique, la présence d'un facteur rhumatoïde et la présence de lésions radiologiques CRDO. Mais le recueil de données était adapté aux données des observations exploitées. Par exemple, la localisation au cuir chevelu et l'atteinte des ongles n'ont pas été évaluées et n'ont pas été analysées de façon systématique, mais seulement si elles étaient le principal type clinique de psoriasis.

La sévérité de l'atteinte cutanée, dans la plupart des études, n'est pas corrélée à la présence d'une atteinte articulaire, sauf dans les cas où les atteintes cutanée et articulaire apparaissent de façon concomitante [63]. Une étude de cohorte incidente américaine a montré qu'il existait un risque augmenté d'atteinte rhumatismale lorsque le cuir chevelu était atteint (OR = 3,89 ; IC95 [2,18-6,94]), lorsque les plis inguinaux et/ou un pli interfessier étaient atteints (OR = 2,35 ; IC95 [1,32-4,19]) et lorsqu'il existait une dystrophie unguéale (OR = 2,93 ; IC95 [1,68-5,12]) [36]. Si ces localisations sont plus fréquemment associées à un rhumatisme psoriasique, le dermatologue doit rester vigilant devant toutes les formes cliniques de psoriasis, chacune pouvant évoluer vers des atteintes articulaires.

Certaines études chez les adultes et les enfants ont montré un lien étroit entre le psoriasis unguéal et le RP [6, 64,65, 66]. Cela s'explique par les liens anatomiques étroits entre la tablette unguéale et l'os de la phalange distale, reliés entre eux par les ligaments extenseurs et fléchisseurs digitaux (enthèse digitale distale) [66, 67,68]. Une étude récente de cohorte française confirme que le psoriasis en plaques généralisé est plus fréquemment associé au RP que les formes localisées de la maladie [7, 64,67].

Par ailleurs, A. Galezowski et coll., ayant observé une fréquence plus faible de psoriasis palmoplantaire ($p = 0,05$) et de psoriasis du cuir chevelu ($p = 0,03$) dans le groupe des patients ayant un rhumatisme psoriasique trouvaient une association avec les comorbidités telles que l'obésité ($p < 0,0001$), la dyslipidémie ($p = 0,007$) et l'hypertension ($p = 0,003$) mais le sexe, les antécédents familiaux de psoriasis, le tabagisme et le diabète n'étaient pas associés au RP [7]. Nous n'avons également trouvé aucune association significative entre la localisation et psoriasis et le sexe, l'HTA, la dyslipidémie.

Limites et biais

Cette étude a un certain nombre de limites, par exemple, sa conception rétrospective, le nombre relativement réduit de patients inclus. Aussi, il s'agissait d'études portant sur des populations hospitalières, créant un autre biais par agrégation de patients plus sévères, comme en témoigne la fréquence des patients ayant une maladie sévère (78%) et active (63,40%). Les fréquences que nous rapportons sont donc plus le reflet de RP « hospitaliers » que de RP en population générale.

CONCLUSION

Cette étude a montré que le RP est une pathologie fréquente dans notre contexte et que les aspects cliniques et radiologiques et thérapeutiques se rapprochent de ceux classiquement décrits dans la littérature. Une étude épidémiologique de plus grande envergure, de même qu'une étude multicentrique en association avec le service de dermatologie permettrait de cerner aussi bien l'incidence réelle de cette affection que son impact économique et psychosocial sur la qualité de vie des patients.

RESUME

Introduction : Le rhumatisme psoriasique (RP) appartient au groupe des spondylarthrites. Il s'agit d'une maladie polymorphe à la fois sur le plan cutané que sur le plan rhumatologique. L'objectif de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, radiologique et thérapeutique du rhumatisme psoriasique dans le service de rhumatologie du centre hospitalier et universitaire (CHU) HASSAN II de Fès –Maroc.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique colligeant l'ensemble des cas de rhumatisme psoriasique hospitalisés au service de rhumatologie du CHU Hassan II du 1er Janvier 2009 au 31 Octobre 2017 et qui répondaient aux critères diagnostiques CASPAR 2006. Les patients n'ayant pas un dossier complet étaient exclus.

Résultats : Parmi 465 patients présentant une spondyloarthrite, 82 avaient un RP soit une prévalence de 17,63%. Le sexe ratio Homme/ Femme était de 0,34 soit 21/61. L'âge moyen des patients était de $49,40 \pm 15,185$ ans avec des extrêmes de 15 et 89 ans. Vingt-neuf patients soit 35,4% avaient un antécédent personnel de psoriasis et 11 % d'entre eux avaient un antécédent familial de psoriasis.

Le début moyen des manifestations ostéo-articulaire au moment de l'hospitalisation était de $7,38 \text{ ans} \pm 7,70$ avec des extrêmes de 0 et 36 ans. L'atteinte dermatologique précédait les manifestations articulaires chez 24,4% des patients. La forme périphérique était prédominante (62,2% contre 25,60% pour la forme axiale et 3,70% pour la forme enthésique). Quarante (40) patients avaient une atteinte oligo-articulaire contre quarante-deux (42) atteints de polyarticulaire. L'asymétrie des lésions articulaires périphériques était retrouvée chez 67,1%.

La maladie était active dans 63,40% des cas et 69,5% des malades avaient un retentissement fonctionnel majeur. En ce qui concerne la sévérité de la maladie, 64 patients, soit 78 % présentaient au moins un facteur de sévérité de la maladie. Le syndrome inflammatoire était le facteur de sévérité le plus fréquent ; présent chez 57 patients (69,5%) suivis par la résistance aux AINS 27 patients soit 32,9% de la population étudiée, la coxite était retrouvée chez 16 patients (19,5%) et l'uvéite chez 5 patients soit 6,1%. Concernant l'atteinte cutanée, le psoriasis en plaque était prédominant (40,20% contre 6,10% d'atteinte unguéale et 2,40% d'atteinte du cuir chevelure). Sur le plan immunologique, le facteur rhumatoïde (FR) était négatif chez 68,30% des patients. Les anticorps anti CCP (ACPA) étaient positifs chez 11% d'entre eux et 3,70% avaient l'antigène HLA B27 positif. Sur le plan radiologique, 48,80% des patients répondaient aux critères radiologiques CRDO et 48,8% avaient une sacroiliite radiologique. Pour ce qui concerne le traitement, étant donné la prédominance de la forme périphérique, les Dmards étaient les plus utilisés avec en tête le Méthotrexate (76,8% des patients), puis la salazopirine (15,9%). Pour le traitement symptomatique indiqué dans les formes axiales prédominantes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) étaient utilisés dans 61% des cas. En cas d'inefficacité d'un AINS ou du traitement de fond classique les traitements biologiques sont prescrits. Les plus utilisés sont l'infliximab, l'étanercept et l'adalimumab. La biothérapie était indiquée chez 19,5% des patients.

En procédant à une étude analytique, une association significative était retrouvée entre le rhumatisme psoriasis avec atteinte cutanée et l'âge ($p=0,000$) le niveau d'instruction ($p= 0,047$), l'antécédent personnel de psoriasis ($p=0,000$), l'antécédent familial de psoriasis ($p=0,013$), la prédominance de l'atteinte périphérique ($p= 0,08$). Une association

significative était également retrouvée entre la localisation du psoriasis et la précocité de la maladie (âge de début inférieur à 40ans) ($p= 0,019$), l'âge de début du psoriasis ($p= 0,000$), le niveau d'instruction ($p= 0,040$), la présence d'une uvéite ($p= 0,045$), l'antécédent personnel de psoriasis ($p= 0,000$), l'antécédent familial de psoriasis ($p= 0,000$), l'atteinte périphérique articulaire ($p= 0,009$), la présence d'un facteur rhumatoïde ($p= 0,000$), la présence de lésions radiologiques CRDO ($p= 0,009$).

Aucune association significative n'a été retrouvée entre la localisation du psoriasis et : le sexe, l'HTA, la dyslipidémie, le syndrome inflammatoire biologique.

Conclusion : Cette étude a montré que le RP est une pathologie fréquente dans le contexte marocain et que les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques se rapprochent de ceux classiquement décrits dans la littérature. Une étude épidémiologique-clinique de plus grande envergure, de même qu'une étude multicentrique en association avec le service de dermatologie permettrait de cerner aussi bien l'incidence réelle de cette affection que son impact économique et psychosocial sur la qualité de vie des patients.

REFERENCES

- 1- **Michel M, Reguiat Z, Fauconier M, Brochet P, Eschard J-P, Salmon J-H.**
Ustekinumab dans le rhumatisme psoriasique après échec des anti-TNF en pratique courante. Therapie
2016.
- 2- **Shbeeb M, Uramoto KM, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE.**
The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991.
J Rheumatol 2000; 27: 1247-50.
- 3- **Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P.**
Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis 2005; 64 (Suppl. 2):ii14-7.
- 4- **Edouard Pertuiset.**
Methotrexate in psoriatic arthritis.
Joint Bone Spine 2013, Volume 81, Issue 2, Pages 107-109.
- 5- **Paccou J, Wendling D.**
Actualités du traitement du rhumatisme psoriasique : résultats d'une analyse systématique de la littérature réalisée pour les recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge des spondyloarthrites.
Revue du Rhumatisme, Volume 82(2015), Issue 1, Pages 7-13.
- 6- **Boehncke WH, Schön MP.**
Psoriasis.
Lancet 2015; 386:983-94.
- 7- **Galezowski A, Maccari F, Hadj-Rabia S, Sigal M-L, Phan A, Lahfa M. et al.**
Rhumatisme psoriasique en France, du nourrisson à la personne âgée : données de deux études transversales multicentriques. Ann Dermatol Venereol (2017).
- 8- **Ritchlin C T, Colbert R. A, Gladman D D.**
Psoriatic Arthritis: N Engl J
Med 2017; 376:957-70

9-Queiro R, Alperi M, Lopez A, Sarasqueta C, Riestra Jose, Ballina J.
L'expression clinique, contrairement aux paramètres évolutifs, peut varier selon l'âge de début de la maladie dans le rhumatisme psoriasique.
Revue du Rhumatisme 75 (2008) 813–817.

10- 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>.

11-Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al.
Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis.
BMJ: 2011; 342:c7086.

12- Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, et al.

Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal antiinflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials.
Lancet Lond. Engl. 2013; 382:769–79.

13- 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.

14- Behrens F, Finkenwirth C, Pavelka K, Štolfa J, Šipek-Dolnicar A, Thaçi D, et al.
Leflunomide in psoriatic arthritis: results from a large European prospective observational study.
Arthritis Care Res. 2013; 65:464–70.

15-Kaltwasser J-P, Nash P, Gladman D, Rosen C- F, Behrens F, Jones P, Wollenhaupt J, Falk F G, Mease P.

Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: A multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial.

Arthritis & Rheumatism, 2004; 50: 1939-50.

16-Combe B, Goupille P, Kuntz JL, Tebib J, Lioté F, Bregeon C.

Sulfasalazine in psoriatic arthritis: a randomized, multicentre, placebo-controlled study.

Br. J. Rheumatol. 1996; 35:664–8.

17- Clegg DO, Reda DJ, Mejias E, Cannon GW, Weisman MH, Taylor T, et al.

Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. Arthritis Rheum. 1996; 39:2013–20.

18- Fraser A, van Kuijk AWR, Westhovens R, Karim Z, Wakefield R, Gerards A, et al.

A randomised, double blind, placebo controlled, multicentre trial of combination therapy with methotrexate plus ciclosporin in patients with active psoriatic arthritis.

Ann. Rheum. Dis. 2005;64:859–64.

19- Salvarani C, Macchioni P, Olivieri I, Marchesoni A, Cutolo M, Ferraccioli G, et al.

A comparison of cyclosporine, sulfasalazine, and symptomatic therapy in the treatment of psoriatic arthritis.

J. Rheumatol. 2001; 28:2274-82.

20- Ramiro S, Smolen JS, Landewé R, van der Heijde D, Dougados M, Emery P, et al.

Pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature review for the 2015 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis.

Ann Rheum Dis. 2016; 75(3):490-8.

- 21- **Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD.**
Tumour necrosis factor α blockers are more effective than methotrexate in the inhibition of radiographic joint damage progression among patients with psoriatic arthritis.
Ann Rheum Dis 2014; 73:1007–11
- 22- **Mease PJ, Woolley JM, Singh A, Tsuji W, Dunn M, Chiou C- F.**
Patient-reported outcomes in a randomized trial of etanercept in psoriatic arthritis.
J. Rheumatol. 2010; 37:1221–7.
- 23- **Braun J, Baraliakos X, Listing J, Davis J, van der Heijde D, Haibel H, et al.**
Differences in the incidence of flares or new onset of inflammatory bowel diseases in patients with ankylosing spondylitis exposed to therapy with anti-tumor necrosis factor alpha agents.
Arthritis Rheum, 2007; 57:639–647.
- 24- **Park W, Yoo DH, Jaworski J, Brzezicki J, Gnylorybov A, Kadinov V, et al.**
Comparable longterm efficacy, as assessed by patient-reported outcomes, safety and pharmacokinetics, of CT-P13 and reference infliximab in patients with ankylosing spondylitis: 54-week results from the randomized, parallel-group PLANETAS study. Arthritis Res Ther. 2016;20; 18:25.
- 25- **Mease P, Genovese MC, Gladstein G, Kivitz AJ, Ritchlin C, Tak PP, et al.**
Abatacept in the treatment of patients with psoriatic arthritis: results of a six-month, multicenter, randomized, double-blind, placebo- controlled, phase II trial.
Arthritis Rheum. 2011; 63:939–48.
- 26- **Madureira P, Pimenta SS, Bernardo A, Brito JS, Bernardes M, Costa L.**

Off-label Use of Tocilizumab in Psoriatic Arthritis: Case Series and Review of the Literature.

Acta Reumatol Port. 2016; 41(3):251-255.

27- Cohen JD.

Successful treatment of psoriatic arthritis with rituximab. Ann Rheum Dis. 2008; 67(11):1647-8.

28- Weitz JE, Ritchlin CT.

Ustekinumab: targeting the IL-17 pathway to improve outcomes in psoriatic arthritis.

Expert Opin Biol Ther 2014; 14:515-26.

29-Langley RG, Elewski BE, Lebwohl M, Reich K, Griffiths CE, Papp K, et al.

Secukinumab in plaque psoriasis-results of two phase 3 trials. N Engl J Med. 2014; 371:326–38.

30-Strand V, Mease P, Gossec L, Elkayam O, van den Bosch F, Zuazo J, et al.

Secukinumab improves patient-reported outcomes in subjects with active psoriatic arthritis: results from a randomised phase III trial (FUTURE 1).

Ann. Rheum. Dis. 2016.

31-McInnes IB, Mease PJ, Kirkham B, Kavanaugh A, Ritchlin CT, Rahman P, et al.

Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial.

Lancet Lond. Engl. 2015; 386:1137–46.

32-Kavanaugh A, Mease PJ, Gomez-Reino JJ.

Treatment of psoriatic arthritis in a phase 3 randomised, placebo-controlled trial with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor.

Ann Rheum Dis 2014; 73:1020-6.

33-Ogdie A, Weiss P.

The epidemiology of psoriatic arthritis. Rheum Dis

Clin North Am 2015; 41:545-68.

34-Eder L, Cohen AD, Feldhamer I, Greenberg-Dotan S, Batat E, Zisman D.

The Epidemiology of Psoriatic Arthritis in Israel – a Population-Based Study [abstract].

Arthritis Rheumatol. 2017; 69 (suppl 10).

35-Perez-Alamino R, Sharlala H, Adebajo A, Espinoza L.R.

Epidemiology of Psoriasis and Psoriatic Arthritis.

In: Adebajo A., Boehncke WH, Gladman D, Mease P. (eds) Psoriatic Arthritis and Psoriasis. Springer, Cham. (2016).

36-Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM.

Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. Arthritis Rheum 2009 ;61 :233-9.

37-Villani AP, Rouzard M, Sevrain M, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al.

Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol 2015; 73:242-8.

38- Dominguez-Rosado I, Moutinho V Jr, DeMatteo RP, Kingham TP, D'Angelica M, Brennan MF.

Outcomes of the Memorial Sloan Kettering Cancer Center International General Surgical Oncology Fellowship. J Am Coll Surg 2016; 222: 961-6.

39-Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P.

Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis 2005 ;64 : ii14-7.

40-Ranza R, Carneiro S, Qureshi AA, Martins G, Rodrigues JJ, Romiti R, et al

Prevalence of psoriatic arthritis in a large cohort of Brazilian patients with psoriasis. J Rheumatol 2015; 42:829-34.

41- Zachariae H.

Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. Am J Clin Dermatol 2003; 4:441–7.

- 42-Gladman DD, Stafford-Brady F, Chang CH, Lewandowski K, Russell ML.**
Longitudinal study of clinical and radiological progression in psoriatic arthritis.
J Rheumatol 1990 ;17 :809-12.
- 43-Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, LeBihan E et al.**
Prevalence of spondylarthropathies in France – 2001. Ann.
Rheum. Dis. Apr 7 2005 [Epub ahead of print].
- 44-Rahman P, Schentag CT, Beaton M, Galdman DD.**
Comparison of clinical and immunogenetic features in familial versus sporadic
psoriatic arthritis.
Clin Exp Rheumatol 2000 ; 18 : 7-12.
- 45-Alonso S, Tejon P, Sarasqueta C, Coto P, Alperi M, Queiro R.**
L'âge à l'apparition du rhumatisme psoriasique pourrait faciliter la
caractérisation de son phénotype. Revue
du rhumatisme (2017),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2017.03.018>.
- 46-Denis A, Lapegue F, Sans N, Vial J, Chiavassa-Gandois H, Fournie B
et al.**
Nouvelle imagerie des atteintes périphériques du rhumatisme
psoriasique.
J Radiol 2010 ;91:126-39.
- 47- Cotten A DSJ, Guyot-Drouot MH, Flipo RM.**
Imagerie musculosquelettique Pathologies générales. Paris:
Masson; 2005.
- 48- Elkayam O, Ophir J, Yaron M, Caspi D.**
Psoriatic arthritis: interrelationships between skin and joint
manifestations related to onset, course and distribution.
Clin Rheumatol 2000 ; 19 : 301-5.

49- **Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al.**

Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73:242-8.

50- **Gorter S, van der Heijde DM, van der Linden S, Houben H, Rethans JJ, Scherpbier AJ, et al.**

Psoriatic arthritis: performance of rheumatologists in daily practice. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:219-24.

51- **Mease PJ, Garg A, Gladman DD, Helliwell PS.**

Development of simple clinical criteria for the definition of inflammatory arthritis, enthesitis, dactylitis, and spondylitis: a report from the GRAPPA 2012 annual meeting.

J Rheumatol 2013; 40:1442-5.

52- **Helliwell PS, Taylor WJ.**

Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005 ;64:ii3-8.

53- **Fournié B, Grogner L, Arnaud C, Zabraniecki L, Lascaux- Lefebvre V, Marc V, et al.**

Proposition de critères de classification du rhumatisme psoriasique. Étude préliminaire de 260 patients. *Rev Rhum [Ed Fr]* 1999 ; 66 : 513-24.

54- **Moll JM, Wright V.**

Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973 ;3:55-78

55- **Palazzo E.**

Critères de classification du rhumatisme psoriasique. *Rev Rhum* 2002; 69: 635-9.

56- **Cherif I, Hamdi W, Slouma M, Zouch I, Boughanmi N, Kaffel Dh et al.**

Profil clinique et difficultés diagnostiques du rhumatisme psoriasique sans psoriasis : Poster : 25 ème congrès national de rhumatologie de la ligue tunisienne antirhumatisme: Avril 2014.

57-Plaut-Gaty M, Cantagrel A, Fournié B, Zabraniecki L, Gourraud P.

Prévalence des anticorps anti-protéines citrullinées dans le rhumatisme psoriasique: analyse systématique de la littérature et méta-analyse. *Revue du rhumatisme* 2007, 74 :10-1

58- Armesto S, Santos-Juanes J, Galache-Osuna C, Martinez- Camblor P, Coto E, CotoSegura P.

Psoriasis and type 2 diabetes risk among psoriatic patients in a Spanish population.

Australas J Dermatol 2012 ; 53:128-30.

59- Gudjonsson JE, Karason A, Runarsdottir EH, Antonsdottir AA, Hauksson VB, Jónsson HH, et al.

Distinct clinical differences between HLA-Cw 0602 positive and negative psoriasis patients-an analysis of 1019 HLA-C- and HLA-B- typed patients.

J Invest Dermatol 2006; 126:740-5.

60-Ferrándiz C, Pujol RM, García-Patos V, Bordas X, Smandía JA.

Psoriasis of early and late onset. A clinical and epidemiologic study from Spain.

J Am Acad Dermatol 2002; 46:867-73.

61-Winchester R, Minevich G, Steshenko V, Kirby B, Kane D, Greenberg DA, et al.

HLA associations reveal genetic heterogeneity in psoriatic arthritis and in the psoriasis phenotype.

Arthritis Rheum 2012; 64:1134-44.

62- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM.

Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study.
Arthritis Rheum 2009; 61:233-9.

63- Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, Smith N, Margolis DJ, Nijsten T, et al.

Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States.

J Am Acad Dermatol 2005; 53:573.

64- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM.

Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study.

Arthritis Rheum 2009; 61:233-9.

65-Brazzelli V, Carugno A, Alborghetti A, Grasso V, Cananzi R, Fornara L, et al.

Prevalence, severity and clinical features of psoriasis in fingernails and toenails in adult patients: Italian experience.

J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26:1354-9.

66- Ash ZR, Tinazzi I, Gallego CC, Kwok C, Wilson C, Goodfield M, et al.

Psoriasis patients with nail disease have a greater magnitude of underlying systemic subclinical enthesopathy than those with normal nails.

Ann Rheum Dis 2012 ;71:553-6.

67- Rouzaud M, Sevrain M, Villani AP, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al.

Is there a psoriasis skin phenotype associated with psoriatic arthritis? Systematic literature review.

J Eur Acad Dermatol Venereol 2014; 28:17-26.

68-Tan AL, Benjamin M, Toumi H, Grainger AJ, Tanner SF, Emery P.

The relationship between the extensor tendon entheses and the nail in distal interphalangeal joint disease in psoriatic arthritis: a high-resolution MRI and histological study.

Rheumatology (Oxford) 2007; 46:253-6.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 1 : Critères CASPAR du Rhumatisme psoriasique

Critères	Points
1. Psoriasis (un des items)	
● Actuel	2
● Antécédent personnel	2
● Antécédent familial	2
2. Onychose psoriasique	1
3. Absence de facteurs rhumatoïdes	1
4. Dactylite (un des items)	
● Actuel	1
● Antécédent	1
5. Image d'ossification juxta-articulaire à la main ou au pied (en dehors de l'arthrose)	1
→ Rhumatisme psoriasique si ≥ 3 points chez un patient ayant une maladie articulaire inflammatoire.	
Sensibilité : 91,4 % Spécificité : 98,7 %	

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

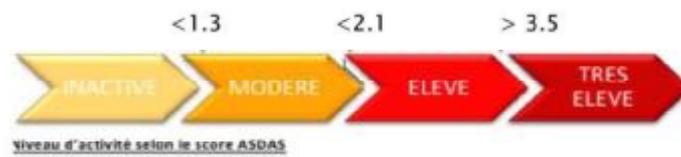
En premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6. Puis, calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions). Le score va donc de 0 à 100.

Annexe 3

ASDAS**Calcul:**

ASDAS (CRP) = 0.1216 (BASDAI 2 (cm)) + 0.1106 (EVA activité (cm)) + 0.0736(BASDAI 3 (cm)) +
0.0586 (BASDAI 6 (cm)) + 0.5796 Ln(CRP(mg/L)+1).

ASDAS (ESR) = 0.0796 (BASDAI 2 (cm)) + 0.1136 (EVA activité (cm)) + 0.0866 (BASDAI 3 (cm)) +
0.0696 (BASDAI 6 (cm)) + 0.293.



Annexe 4

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"/>	Épaule (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"/>
V IV III II I		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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
V IV III II I			I II III IV V
<input type="text"/>			<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

Annexe 5

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Fonctionnal Index)

CALIN A., GARRETT S., WHITELOCK H., KENNEDY L.G., 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 obtenues aux 10 questions. Le score va donc de 0 à 100.

Annexe 6

INDICE FONCTIONNEL : HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

	Sans aucune difficulté	Avec quelque difficulté	Avec beaucoup de difficulté	Incapable de le faire
Habillement, soins corporels				
Etes-vous capable de :				
- Vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?				
- Vous laver les cheveux ?				
Se lever				
Etes-vous capable de :				
- vous lever d'une chaise				
- vous mettre au lit et vous lever du lit				
Les repas				
Etes-vous capable de :				
- couper votre viande				
- porter à votre bouche 1 tasse ou 1 verre bien plein ?				
- ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?				
La marche				
Etes-vous capable de :				
- marcher en terrain plat à l'extérieur ?				
- monter 5 marches ?				
Hygiène				
Etes-vous capable de :				
- vous laver et vous sécher entièrement ?				
- prendre un bain ?				
- vous asseoir et vous relever des toilettes ?				
Attraper				
Etes-vous capable de :				
- prendre un objet pesant 2.5 kg situé au-dessus de votre tête ?				
- vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?				
Préhension				
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 n'importe laquelle de ces activités :				
Canne		Accessoires pour s'habiller (crochet à bouton ou fermeture-éclair, chausse-pied à long manche,...)		
Déambulateur		Utensiles spécialement adaptés		
Béquilles		Chaise spécialement adaptée		
Fauteuil roulant		Autres, préciser.....		
Autres, préciser.....				
Cocher toutes catégories pour lesquelles vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne :				
S'habiller et se préparer		Manger		
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		Poignée ou barre de baignoire		
Siège de baignoire		Instrument à long manche pour attraper les objets		
Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)		Instrument à long manche		
Autres, préciser.....				
Veuillez indiquer les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un :				
Hygiène		Saisir et ouvrir des objets		
Atteindre et attraper		Courses et tâches ménagères		

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 cotation pour chacun des 8 domaines est celle correspondant à plus forte note des questions de ce domaine. S'il existe une donnée manquante à une ou plusieurs questions d'un domaine particulier, la cotation est celle correspondant à la plus forte note des questions comportant une réponse (on ne tient pas compte des données manquantes).

La notion sur la nécessité de l'aide d'une tierce personne et / ou du recours à des appareils peut modifier ce système de cotation. Dans ce cas le score pour le domaine concerné doit être au moins égal à 2 (on 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 cotations des divers domaines divisée par le nombre de domaines évalués (normalement 8, mais moins en cas de données totalement manquantes pour un domaine particulier).

Le score ainsi obtenu est compris entre 0 et 3.

Références bibliographiques :

FRIES J.F., SPITZ P., KRAINES R.G., HOLMAN H.R. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980, 23, 137-145.

GUILLEMIN F., BRIANCON S., POURCEL J. Mesure de la capacité fonctionnelle dans la polyarthrite rhumatoïde : Adaptation française du Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Rev Rhum* 1991, 58, 459-465.

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.**