

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 22 mars 2016

Hôpital cantonal de Genève

Prise en charge d'un rhumatisme psoriasique

Dr M. Nissen

Le rhumatisme psoriasique (rhupso) est une arthrite inflammatoire généralement associée à un psoriasis (pso) cutané... C'est un rhumatisme classiquement séronégatif, mais pouvant être associé au HLA B27 dans ses formes axiales...

Le pso est retrouvé dans 1-4% de la population et le rhupso dans 0,02-0,42% de la population.

Environ 10% des pso cutanés auront un rhupso, et 80% des rhupso, des manifestations cutanées avant 30-50 ans.

Le rapport homme/femme est de 1/1, sauf pour les atteintes axiales où les hommes sont prépondérants.

Différentes formes cliniques de rhupso existent...

- les formes distales
- les formes oligoarticulaires
- les formes polyarticulaires (PR like) (PR = polyarthrite rhumatoïde)
- les atteints axiales avec sacroiléite
- les arthrites mutilantes destructrices

Il faut classiquement rechercher les lésions cutanées aux coudes, aux genoux, aux ongles, mais parfois c'est plus discret et il faut regarder entre les fesses, dans le nombril, dans le cuir chevelu...

Les manifestations extracutanées et extraarticulaires sont aussi...

- les enthésites (p.ex. tendinite d'Achille)
- une dactylite (p.ex. orteils boudinés)
- une uvéite
- une colite
- une aortite....

Le diagnostic clinique est parfois difficile, justement par l'absence de critères pathognomoniques...

On peut se servir de la classification de CASPAR...3 critères sont nécessaires en plus d'une atteinte articulaire, ou d'une enthésite...

Classification of Psoriatic-Arthritis: CASPAR Criteria

To meet the CASPAR criteria for PsA, a patient must have inflammatory articular disease (joint, spine, or enthesal) and score ≥ 3 points based on these categories.	
	POINTS
1. Evidence of psoriasis Current psoriasis Personal history of psoriasis Family history of psoriasis	2 or 1 or 1
2. Psoriatic nail dystrophy Pitting, onycholysis, hyperkeratosis	1
3. Negative test result for rheumatoid factor	1
4. Dactylitis Current swelling of an entire digit History of dactylitis	1 or 1
5. Radiologic evidence of juxta-articular new bone formation Ill-defined ossification near joint margins on plain x-rays of hand/foot	1

CASPAR, Classification criteria for Psoriatic Arthritis
Taylor W et al. Arthritis Rheum 2006;54:2665-2673



Il semble que pour certains le rhupso ne serait pas forcément une entité distincte d'une PR séronégative associée à un psocut. Il existerait des formes polyarticulaires avec des Ac antiCCP positif...

Idem pour la spondylarthrite (HLA B27 pos) associée à un psocut...

Ce qui reste distinct cependant ce sont les atteintes distales, et les arthrites mutilantes destructrices, qui sont spécifiques au rhupso.

Le rhupso entraîne des déformations articulaires chez 20% des patients, donc un handicap...La mortalité est augmentée (RR=1.6) comme pour la PR, et principalement pour des causes cardiovasculaires.

Le traitement doit être pluridisciplinaire (dermato/ rhumato/ interniste/ physio/ ergo), il doit comporter le versant cutané, le versant articulaire, la prise en charge des troubles psy...

La base ce sont les DMARD qui sont les disease modifying antirheumatic drugs...
Il y a les DMARD synthétiques conventionnels qui sont le Methotrexate (MTX), la Sulfasalazine et le Leflunomide...

Les DMARD synthétiques ciblés comme l'Apremilast, inhibiteur de la phosphodiésterase 4.

Les DMARD biologiques originaux comme les antiTNF et les autres...

Et les DMARD biologiques biosimilaires comme l'Inflectra qui, si j'ai bien compris, est un générique du Remicade®, antiTNFalpha.

Le traitement débute habituellement par AINS puis Prednisone, puis MTX+ Prednisone...ou Leflunomide+Prednisone surtout pour les atteintes périphériques...

On combine parfois MTX + Cyclosporine, qui est supérieur à MTX seul...

Ensuite on passe aux biologiques...

Pour évaluer l'efficacité de leur traitement les rhumatologues ont créés les critères ACR20 (Amer. College of Rheumat.) qui représente >20% d'amélioration clinique ...

Avec les antiTNF...60% des patients ont >20% d'amélioration clinique après 12 semaines...

Chaque fois que l'on change l'antiTNF (car il y en a plusieurs...Infliximab, Etanecept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab...) pour un autre, l'efficacité diminue...

Donc, on passe plutôt à d'autres biologiques comme les antiIL12, IL17, IL22, IL23, inhibiteurs de la PDE4 (phosphodiésterase 4)...

Par exemple, l'Ustekinumab (Stelara®) est un antiIL12/IL23 à la fois...il est surtout efficace sur la peau : PASI 75 à 75% (PASI= psoriasis area severity index) mais aussi sur les articulations (ACR20=60% à 1 an).

Il est accepté par Swissmedic depuis mai 2015...

Ensuite il y a le Secukinumab (antiIL17) et l'Ixekizumab (antirécepteur de l'IL17) qui améliorent 60% des patients (ACR20)...et qui sera accepté par Swissmedic dès mai 2016.

On signale que l'Ixekizumab permet d'atteindre un PASI de 100% (donc disparition complète des lésions cutanées chez plus de 50% des patients...)

Et le Brodalumab aussi anti IL17...

On voit que ça devient vraiment compliqué et que selon que l'atteinte est plutôt cutanée (C), plutôt articulaire (A), ou bien les 2 (C+A) à la fois on choisit plutôt...

- les antiTNF pour C+A
- les antiIL12/23 pour C>A
- les antiIL17 pour A>C

(pour en savoir plus : Systematic review of treatments for psoriatic arthritis: an evidence based approach and basis for treatment guidelines. [Kavanaugh AF](#), J Rheumatol. 2006 Jul;33(7):1417-21.)

On retiendra donc qu'il faut penser « Psoriasis » face à une atteinte articulaire, et rechercher activement les signes cutanés...

Que la consultation d'un rhumato s'impose assez rapidement en cas de doutes...

Que le traitement commence par AINS...puis Prednisone...puis MTX...puis les biologiques...

On rappellera que les vaccins vivants (ROR, Fièvre Jaune, Varicelle) sont contre-indiqués chez les patients sous traitements biologiques...

Et ce week-end on change d'heure...

Bonnes Pâques



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch