

Le rhumatisme psoriasique

Paul LE GOFF, ancien professeur de rhumatologie au CHU de Brest (29)

Le rhumatisme psoriasique (RhPso) est un des grands rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Pour le décrire de façon simple et brève, il est préférable de le comparer à la polyarthrite rhumatoïde (PR). Plus rare que la PR, il est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme.

Sur le plan clinique, ses aspects articulaires sont plus variés :

- Il peut s'agir d'une polyarthrite périphérique, symétrique, comme la PR, mais le plus souvent il s'agit d'une oligoarthrite (atteinte de moins de 5 articulations) asymétrique.
- L'atteinte des inter-phalangiennes distales doit attirer l'attention et elle peut même être prédominante ou isolée. L'atteinte des doigts peut réaliser une dactylite, c'est-à-dire un aspect de doigt en saucisse par atteinte combinée des gaines synoviales et des articulations.
- Il peut s'agir aussi d'une spondylarthrite prédominante avec les atteintes rachidiennes et pelviennes (surtout sacro-iliaques) mais l'aspect le plus évocateur est un mélange d'arthrites périphériques et de signes pelvi-rachidiens associés à une inflammation des insertions tendineuses (enthésites).
- L'existence d'un psoriasis cutané et unguéal est évidemment un élément très important pour le diagnostic, mais il faut souligner 2 points : d'une part le psoriasis peut être discret, caché derrière les oreilles, dans le cuir chevelu ou le pli inter-fessier ; il peut même être absent chez le malade et présent dans sa famille ; d'autre part, s'il est présent, précédant le rhumatisme dans 75 % des cas, il faut se méfier d'une coïncidence fortuite entre un psoriasis et une PR qui sont deux maladies fréquentes.
- Les signes extra-articulaires sont rares en dehors du psoriasis : il n'y a pas de vascularite, différence avec la PR, alors que l'uvéite est assez fréquente comme dans la spondylarthrite.
- Les radiographies sont normales au début du RhPso, comme dans la PR, et si l'évolution vers la destruction articulaire est habituelle, au moins dans les formes graves, elle se caractérise par la présence d'une néoformation osseuse et d'enthésites qui sont rares dans la PR. Au maximum, on peut observer un aspect d'arthrite mutilante ou une ankylose osseuse des articulations du rachis et des membres. Cependant, les signes radiologiques les plus spécifiques sont rarement présents.

Diagnostic

Le diagnostic est difficile au début, comme pour la PR, même si les critères positifs du RhPso ont été modifiés récemment car souvent, ces critères ne sont réunis que dans les formes évoluées de la maladie, ce qui enlève beaucoup de leur intérêt.

De plus, il manque les critères d'exclusion qui sont très importants au début d'un RIC pour éliminer les maladies qui ressemblent à la PR ou au RhPso.

Les anomalies immunologiques sont beaucoup plus rares que dans la PR. Le RhPso est en général séronégatif pour le facteur rhumatoïde (dépisté par la réaction de Waaler-Rose

notamment) et les anticorps anti-CCP (peptides cycliques citrullinés). Lorsque ces anticorps sont présents (5-8 % des cas), l'atteinte est polyarticulaire et érosive (est-ce une coïncidence avec la PR ?). Il y a une association entre le virus HIV et les formes sévères du RhPso, alors que la PR et le lupus, qui dépendent aussi des lymphocytes TCD4, sont améliorés par la présence du virus.

Etiopathogénie

Les facteurs génétiques sont importants dans le RhPso, dont la transmission se fait par le père de famille et le chromosome 16q.

Plus de 40 % des RhPso ont un membre au premier degré de leur famille atteint de psoriasis ou de RhPso.

De plus, la fréquence du psoriasis et du RhPso est augmentée chez les jumeaux mono- et dizygotes. Il y a une relation avec les antigènes du système HLA et surtout avec le B27 dans les formes pelvi-rachidiennes mais il n'y a pas de relation avec l'épitope partagé HLA-DRB1 comme dans la PR. Ainsi, dans la pathogénie du RhPso, on incrimine une interaction entre les molécules HLA de classe I et les cellules TCD8 ; le ratio CD4/CD8 dans le liquide synovial du RhPso est inversé par rapport à celui de la PR.

On explique mal, pour cette raison, la présence de cellules T activées et de centres germinatifs avec de nombreux lymphocytes B à la fois dans la peau et la synoviale (est-ce une coïncidence entre psoriasis et PR ?).

Le RhPso peut-être déclenché par un facteur d'environnement, en particulier un traumatisme et une infection virale, ou surtout bactérienne par un germe gram positif.

La synovite du RhPso est moins hyperplasiée mais plus vasculaire que celle de la PR avec des vaisseaux tortueux retrouvés aussi dans les lésions cutanées et liés à la présence de facteurs angiogéniques. La destruction des articulations fait intervenir, comme dans la PR, le TNF α et d'autres cytokines ainsi que les métalloprotéinases de la matrice.

Traitement

Le traitement du RhPso a bénéficié des recherches sur la PR.

Les principes généraux du traitement sont les mêmes : combinaison de traitements locaux, surtout dans les oligoartrites, et de traitements généraux ; association d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de préférence aux corticoïdes, et de traitements de fond ; recours à la rééducation et à la chirurgie si besoin.

Concernant les traitements de fond, le méthotrexate est plus toxique dans le RhPso que dans la PR et on hésite à utiliser les antipaludéens de synthèse à cause de l'atteinte cutanée. On peut utiliser la sulfasalazine, le léflunomide et les sels d'or dans les formes périphériques.

Les anti-TNF α ont une certaine efficacité, comme dans la PR, mais les 3 produits utilisés ont déclenché, de façon paradoxale, des éruptions psoriasiformes chez des sujets indemnes jusque là de dermatose.

D'autres biothérapies sont dirigées contre les lymphocytes T et notamment contre la co-stimulation avec la cellule présentatrice d'antigène, comme dans la PR (Abatacept). D'autres produits dirigés contre d'autres cytokines pro-inflammatoires, les métalloprotéinases, les facteurs de croissance vasculaire ou du remodelage osseux sont à l'étude ainsi que celle des cytokines anti-inflammatoires comme l'IL-10.

L'évolution est dans l'ensemble moins sévère que celle de la PR, mais il existe des formes graves destructrices et ankylosantes.

Conclusion

Le rhumatisme psoriasique a des points communs avec la polyarthrite rhumatoïde, mais aussi des différences qui justifient des études thérapeutiques individualisées basées sur sa physiopathologie. Il est classé parmi les spondyloarthropathies, de façon abusive à mon avis car seules les formes de rhumatisme psoriasique avec des signes pelvi-rachidiens liés au HLAB27 mériteraient de l'être.