

## Item 114 – Psoriasis

### Epidémiologie

- 30-35 ans
- Prévalence 0,2-0,5%, chez patients souffrant de psoriasis cutané 5-25%
- Prédilection associée aux **Ag HLA** Cw\*0602 et B17 ; HLA-B27 et atteinte axiale

### Clinique

|  |  |
|--|--|
| <b>Atteinte articulaire</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Arthrite de l'articulation interphalangienne distale aux doigts et aux orteils</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10-15%</li> <li>- Isolée et associée à <b>psoriasis unguéal</b> sus-jacent</li> </ul> </li> <li>○ <u>Polyarthrites séronégatives symétriques ou asymétriques</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20%</li> <li>- Présentation <b>proche de la PR</b> : touche les mains mais atteinte <b>asymétrique</b> et <b>prédominante des interphalangiennes distales</b>, ACPA -, FR-</li> <li>- Parfois atteinte globale « tripolaire » d'un ou plusieurs doigts</li> </ul> </li> <li>○ <u>Mono- ou oligoarthrites asymétriques</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15-40%</li> <li>- <b>Grosses articulations</b> ou <b>doigts</b> ou <b>orteils</b></li> <li>- Aspect évocateur : <b>dactylie</b> (doigt ou orteil en saucisse) = arthrite de <b>interphalangienne distale</b>, de <b>interphalangienne proximale</b> et <b>ténosynovite des fléchisseurs</b></li> </ul> </li> <li>○ <u>Formes axiales ou spondyloarthrite psoriasique</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20%</li> <li>- <b>Rachialgies inflammatoires +/- sacro-iliite</b></li> <li>- + <b>atteinte périphérique</b> dans 50% des cas</li> </ul> </li> <li>○ <u>Formes sévères avec arthrites mutilantes des mains et des pieds</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exceptionnelle mais grave</li> <li>- <b>Destruction des articulations digitales, ostéolyse</b> des phalanges, <b>aspect en « lorgnette »</b></li> </ul> </li> <li>○ <u>Onycho-pachydermo-périostite</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Psoriasis unguéal, épaissement</b> douloureux des parties molles + <b>ostéopériostite</b></li> <li>- Prédominant à <b>l'hallux</b></li> </ul> </li> <li>○ <u>Orteil de Bauer</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteinte <b>unguéale</b> de <b>l'orteil</b> + arthrite de <b>interphalangienne distale</b></li> </ul> </li> <li>○ <u>Fomes à présentation enthésopathique pure</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Epicondylites, tendinites achilléennes, calcanéites</b></li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Atteinte cutanée</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 90% psoriasis préexistant ou synchrone</li> <li>▪ <b>Psoriasis en plaques ou « commun »</b> : coudes, genoux, sacrum (omibilic, pli interfessier, cuir chevelu, CAE)</li> <li>▪ <b>Atteinte unguéale</b> : onycholyse distale, hyperkératose sous-unguéale, aspect ponctué des ongles en « dé à coudre »</li> <li>▪ Localisations les plus à risque de développer un rhumatisme psoriasique : cuir chevelu, pli interfessier, atteinte unguéale</li> </ul>  |
| <b>Manifestations extra-articulaires</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uvéite, entérocolopathies inflammatoires ....</li> </ul>  |
| <b>Comorbidités</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cardiovasculaires ++</b> : <b>obésité, HTA, dyslipidémies, insuffisance coronarienne</b></li> </ul>  |

### Biologie

- Si poussée : **marqueurs de l'inflammation** (+++ si polyarticulaire)
- FR -, anti-CCP -, ACPA-
- **Syndrome métabolique** fréquent : dyslipidémie, hyperuricémie

### Radiologie

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Lésions générales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Lésions destructrices</u> : <b>érosion marginale, ostéolyse</b></li> <li>▪ <u>Lésions reconstructrices</u> : <b>hyperostose, appositions périostées, périostite enthésophytes</b></li> <li>▪ Ostéolyse précède l'ankylose</li> <li>▪ Progression <b>centripète</b> des érosions =&gt; ostéolyse =&gt; reconstruction ostéopériostée =&gt; ankylose osseuse</li> </ul> |
|--------------------------|---|



|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Atteinte axiale</b> | <b>Sacro-iliite bilatérale, syndesmophytes, rares érosions vertébrales, lombaire ++</b> |
|------------------------|---|

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>Au pied</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Erosion</b> postérieure ou inférieure du <b>talon</b> =&gt; reconstruction périostée =&gt; « <b>pseudo-épine</b> »</li> <li>▪ Dans formes évoluées : <b>périostite</b> engainante et exubérante du calcaneus</li> </ul>  |   |
| <b>Aux orteils et aux doigts</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arthrite érosive d'une <b>interphalangienne distale</b></li> <li>▪ <b>Ostéolyse interphalangienne</b> : interligne anormalement élargi et surfaces adjacentes diminuées</li> <li>▪ <b>Ankylose d'une interphalangienne</b></li> <li>▪ <b>Périostite juxta-articulaire</b> en spicule ou en bande d'un doigt ou d'un orteil</li> <li>▪ Résorption de la houppe phalangienne ou ostéopériostite de la phalange</li> </ul> |   |
| <b>Diagnostic différentiel</b>      |  |   |
| <b>Du psoriasis</b>                 | Affections mycosiques, dyshidroses, dermite séborrhéique   |   |
| <b>De l'atteinte rhumatologique</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PR</li> <li>▪ Autres spondylarthropathies</li> <li>▪ Arthrose</li> </ul>  |   |
| <b>Traitement</b>                   |  |   |
| <b>Symptomatique</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>AINS</b></li> <li>▪ <b>Antalgiques</b></li> </ul>  |   |
| <b>Tt locaux rhumato</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infiltrations de dérivés cortisoniques</li> <li>▪ Synoviorthèse</li> <li>▪ Chirurgie réparatrice</li> </ul>   |   |
| <b>Tt non pharmaco</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Physiothérapie</li> <li>▪ Ergothérapie</li> <li>▪ Podologie</li> <li>▪ Kiné</li> </ul>  |   |
| <b>Tt de fond</b>                   | <i>Tt synthétiques conventionnels</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Méthotrexate</b> 15-25mg/semaine : actif sur atteinte cutanée et articulaire</li> <li>▪ <b>Léflunomide</b> 20mg/j : actif sur rhumatisme psoriasique</li> <li>▪ <b>Salazopyrine</b> 2g/j : non efficace sur atteinte cutanée</li> </ul>   |
|                                     | <i>Tt synthétiques ciblés</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Aprémilast</b> : inhibiteur de isoforme 4 de la phosphodiesterase, efficace sur atteintes périphériques et psoriasis</li> <li>▪ Inhibiteurs de JAK</li> </ul>   |
|                                     | <i>Biothérapies</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Anti-TNF</b> : efficace sur atteinte cutanée et articulaire, ralentissement de la progression des lésions radiologiques</li> <li>▪ <b>Anticorps anti-IL-17</b> (secukinumab, ixekizumab) : efficaces sur psoriasis ++, sur atteintes articulaires périphériques, atteintes axiales</li> <li>▪ <b>Ustékinumab</b> : efficacité sur plan cutané et articulaire</li> </ul> |