



Arthrite psoriasique

Un diagnostic et un traitement en temps utile peuvent réduire le risque de lésions articulaires permanentes

Parmi les patients atteints de psoriasis, 20% souffrent parallèlement d'une atteinte articulaire, appelée arthrite psoriasique. Non traitée, l'arthrite psoriasique entraîne des lésions articulaires irréversibles et des limitations fonctionnelles persistantes. Un diagnostic et un traitement réalisés à temps peuvent permettre de réduire voire de prévenir le risque de lésions articulaires permanentes, ce qui implique une collaboration optimale entre le médecin de famille, le dermatologue et le rhumatologue.

Le psoriasis («éruption galeuse») est une affection fréquente touchant env. 2% de la population. Parmi ces personnes, environ un cinquième souffre simultanément d'une atteinte articulaire, l'arthrite psoriasique (APs). L'APs est une inflammation articulaire chronique progressive pouvant entraîner des lésions articulaires irréversibles, en particulier en cas de pose tardive du diagnostic.¹ Il a pu être montré qu'un délai de 6 mois entre le début des symptômes et la première consultation chez le rhumatologue favorise déjà le développement d'érosions articulaires et se traduit par un devenir à long terme plus défavorable en termes de mobilité.² Ces dommages structurels se manifestent déjà tôt dans l'évolution de la maladie. Une étude a ainsi révélé que chez 47% des patients atteints d'APs, des lésions articulaires pouvaient être mises en évidence radiologiquement après en moyenne 2 années de maladie.³ Un diagnostic et un traitement en temps opportun peuvent permettre de réduire voire de prévenir le risque de lésion articulaire durable.^{3,4} Il est dès lors essentiel que le diagnostic d'APs soit posé dès que possible et qu'un traitement adéquat soit initié. Il est possible de recourir par exemple au questionnaire de dépistage PEST⁵ (www.doubleepruve.ch) afin de faciliter la pose du diagnostic.

Dans l'entretien qui suit, le Docteur Nathalie Irla-Vuille et le Docteur Thomas Langenegger nous expliquent comment diagnostiquer et traiter une APs le plus tôt possible.

Entretien avec la dermatologue Nathalie Irla-Vuille, de Zoug, et le rhumatologue Thomas Langenegger, exerçant à l'hôpital cantonal de Zoug, à Baar

Dr Irla-Vuille, comment se développent le psoriasis



et l'APs?

Dr Irla-Vuille: Ces deux affections sont ce qu'on appelle des maladies auto-immunes. Le psoriasis cutané naît de la migration de cellules inflammatoires dans la peau, où elles libèrent des cytokines, ce qui provoque l'inflammation. Dans le cas de l'APs, des processus similaires se produisent au niveau des articulations. Pour ce qui est du psoriasis, il existe une prédisposition génétique, qui peut toutefois sauter plusieurs généra-

tions. Des facteurs extérieurs, tels que le stress, une maladie ou une opération, jouent également un rôle et peuvent déclencher une poussée.

Comment se manifestent le psoriasis et l'APs?

Dr Irla-Vuille: La peau est le plus souvent le premier lieu de manifestation de la maladie, tandis que les articulations suivent souvent après plusieurs années seulement. Cependant, il existe également des patients chez lesquels les articulations sont touchées *en premier* et la peau ensuite



Dr Nathalie Irla-Vuille

seulement, et des patients qui présentent *seulement* une manifestation articulaire.

Est-il possible de déterminer les patients pouvant être sujets à une atteinte articulaire?

Dr Irla-Vuille: Il existe des signes indiquant la survenue potentielle d'une problématique articulaire. Il s'agit avant tout de l'atteinte du cuir chevelu et des ongles, ou de lésions cutanées le long de la fente anale. Je demande toutefois directement à mes patients lors de chaque consultation s'ils souffrent de problèmes articulaires connus ou d'apparition nouvelle. En cas de réponse affirmative, je collabore alors toujours avec un rhumatologue. Le diagnostic d'APs est très difficile à poser; en cas d'atteinte articulaire, les patients doivent toujours consulter un rhumatologue.



Que conseillez-vous aux patients atteints de psoriasis?

Dr Irla-Vuille: Ils doivent être encouragés à rapporter sans délai à leur médecin de famille ou dermatologue toute douleur articulaire.

Dr Langenegger, existe-t-il une évolution typique de l'APs?

Dr Langenegger: L'APs est l'une des formes d'arthrite dont la présentation est la plus variée. Il est possible qu'une seule articulation soit touchée, par exemple le genou, que plusieurs articulations soient touchées, par exemple les doigts – ce qu'on appelle alors «doigts en saucisse» –, ou que la colonne vertébrale soit touchée. Les symptômes typiques sont les douleurs, les raideurs matinales et les difficultés à se mettre en action. Le spectre clinique est extrêmement vaste, ce qui complique la pose du diagnostic.

Comment se déroule la pose du diagnostic d'APs?

Dr Langenegger: La pose du diagnostic est basée d'une part sur les manifestations cutanées et de l'autre sur l'atteinte articulaire. En outre, des résultats de laboratoire, tels qu'une sédimentation sanguine accrue ou d'autres valeurs inflammatoires élevées, sont utiles. Il est également possible de recourir à la radiographie conventionnelle ou à l'IRM. La situation est particulièrement compliquée lorsque les patients ne présentent aucune atteinte cutanée, ce qui se produit dans un faible pourcentage de cas.

Pour quelle raison la pose du diagnostic s'avère-t-elle souvent difficile?

Dr Langenegger: Le problème vient en premier lieu du patient, qui doit savoir que les troubles articulaires peuvent être associés au psoriasis cutané. Il doit donc être bien informé. En second lieu intervient la collaboration entre le médecin de famille, le dermatologue et le rhumatologue. La collaboration s'est nettement améliorée disons au cours des 10 dernières années. Je le remarque également dans mon quotidien, car aujourd'hui, les patients me sont adressés bien plus tôt, ce qui permet une pose précoce du diagnostic. Il est vraiment primordial que la collaboration fonctionne bien.

Pour quelle raison un diagnostic précoce est-il essentiel?

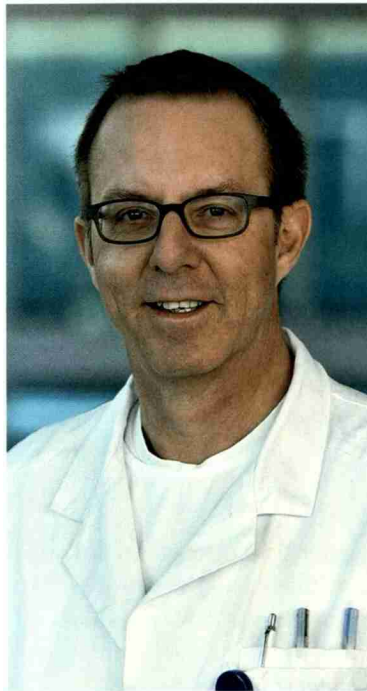
Dr Langenegger: Le diagnostic précoce est absolument essentiel pour le traitement, car une fois le diagnostic d'APs est posé, cette dernière se traite bien. Cela permet d'éviter que les articulations subissent des lésions permanentes et une destruction ir-



réversible en raison de l'inflammation.

En quoi consiste votre collaboration avec les dermatologues?

Dr Langenegger: L'essentiel est que la collaboration fonctionne bien. En règle générale, le rhumatologue pose le diagnostic d'APs. En concertation avec le dermatologue, un plan thérapeutique est ensuite déterminé en conséquence. En effet, tous les médicaments agissant sur l'inflammation des articulations n'agissent pas sur la peau. Il faut utiliser des médicaments qui sont efficaces à la fois sur la peau et sur les articulations. A cet égard, il convient de déterminer quels symptômes se trouvent au premier



Dr Thomas Langenegger

plan, soit les manifestations cutanées, soit les manifestations articulaires.

En quoi consiste le traitement d'une APs?

Dr Langenegger: Il faut savoir que le traitement du psoriasis est un traitement à vie, car la maladie est incurable. Il existe différents groupes de médicaments pouvant être utilisés en cas d'APs. D'un côté, il y a les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), utilisés pour combattre la douleur, mais n'influençant aucunement la maladie. Le premier groupe entrant en compte dans le traitement de l'APs est souvent celui des médicaments de base tels que le méthotrexate, la sulfasalazine et le léflunomide, qui répriment l'activité inflammatoire à moyen et long terme. Il existe ensuite les médicaments biologiques, les médicaments les plus puissants, qui sont capables de réprimer l'ensemble des processus inflammatoires, non seulement dans les articulations, mais également dans la peau. Ils sont utilisés lorsque les traitements de base ont un effet insuffisant. Dans le meilleur des cas, ils sont capables de mettre la maladie totalement «au repos». L'objectif est toujours la rémission, qui n'est toutefois pas toujours atteinte chez l'ensemble des patients, malgré les bonnes



options thérapeutiques. Les recommandations thérapeutiques de l'EULAR offrent un algorithme de traitement. Il convient de toujours commencer par un médicament de base. Si son effet s'avère insuffisant, un traitement par médicament biologique y est ajouté, généralement après 3 mois. Par la suite, si une rémission est obtenue, il est possible de tenter de réduire la dose médicamenteuse, voire de stopper la prise d'un médicament.

Que peut faire le patient?

Dr Langenegger: Le patient doit bien s'informer, mais aux bons endroits. Sur internet, on tombe souvent sur des expériences négatives et sur des formes thérapeutiques qui ne sont pas basées sur l'évidence. Personnellement, je donne à mes patients les adresses d'organisations de patients telles que l'Association Suisse des Polyarthritiques ou la Ligue suisse contre le rhumatisme. Ces organisations disposent de très bons moyens d'information. La collaboration entre le médecin de famille, le dermatologue et le rhumatologue, et naturellement le patient bien informé, est décisive pour le succès du traitement.

Dr Irla-Vuille, Dr Langenegger, merci beaucoup pour cet entretien!

- 1 Gladman DD, et al. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? *Ann Rheum Dis.* 2011 Dec;70(12):2152-4.
- 2 Haroon M, et al. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015 Jun;74(6):1045-50.
- 3 Kane D, et al. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford).* 2003 Dec;42(12):1460-8.
- 4 Schett G, et al. Structural damage in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: traditional views, novel insights gained from TNF blockade, and concepts for the future. *Arthritis Res Ther.* 2011 May 25;13 Suppl 1:S4.
- 5 Helliwell PS. Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): a report from the GRAPPA 2009 annual meeting. *J Rheumatol.* 2011 Mar;38(3):551-2.

CHHUR160393a - 07.2016

Responsable du contenu de cet article

AbbVie AG
Neuhofstrasse 23
6341 Baar
www.abbvie.ch